İCMALLAR- ОБЗОРЫ

РАК НОСОГЛОТКИ - ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Аскеров Н.М., Казиева Р.Р.
Национальный центр онкологии, г.Баку

Рак носоглотки сравнительно редко встречающейся патология [1,7,16,46]. Частота возникновения данной патологии в мире составляет 0,1-2% среди всех новообразований и до 2% среди злокачественных опухолей головы и шеи. В 2002 году в мире был диагностирован 80043 новых случаев рака носоглотки (из них, 55796 мужчины, 24247- женщины), а от данной патологии умерли 50332 (из них, 34913-мужчины, 15419-женщины) человек. В европейских странах, частота заболеваемости не превышает 1-4 на 100 000 населения. Однако, в некоторых регионах Китая, Юго-Восточной Азии, северо-восточной Индии, Северной Африке и среди эскимосов Канады и Аляски**,** частота заболеваемости колеблется от 18 до 40 на 100 000 населения.

Основные клинические проявления рака носоглотки зависят от размеров первичной опухоли, степенью инвазии и периневральным распространением новообразования в полость черепа и в соседние структуры. Изучены основные направления роста злокачественных опухолей носоглотки, они следующее: кпереди с вовлечением полости носа, клеток решетчатого лабиринта, верхнечелюстных пазух, крылонебной ямки, крыловидного отростка; кзади в сторону шейных позвонков, спинного мозга и задней черепной ямки; кверху с вовлечением основной пазухи и средней черепной ямки; кзади, и латерально с вовлечением рваного отверстия и кавернозного синуса, каротидного канала; заднебоковое распространение с поражением парафарингеального пространства; распространение опухоли через естественные отверстия основания черепа, или вследствие деструкции костей.

У больных раком носоглотки затруднение носового дыхания происходит при локализации опухоли в своде носоглотки. Нарастающее затруднение носового дыхания сопровождается слизисто-гнойным и гнойным отделяемым из полости носа с примесью крови. При изъязвлении поверхности опухоли отмечаются периодически возникающие кровотечения, при локализации опухоли на боковой стенке впереди устья слуховой трубы развивается симптомокомплекс Троттера: понижение слуха на стороне поражения, невралгия и анестезия веточек третьей ветви тройничного нерва, а также одностороннее ограничение подвижности мягкого неба. При локализации опухоли вблизи устья слуховой трубы на первый план выступают явления снижения слуха, ощущение шума, чувство заложенности носа. Симптомы заболевания обусловлены также соответствующим поражением черепно-мозговых нервов при прорастании опухоли на соседние ткани. Глазные симптомы (диплопия, страбизм, экзофтальм) наблюдаются при поражении глазодвигательного, блокового и отводящего нервов. При вовлечении ветвей тройничного нерва возникает потеря чувствительности, невралгические боли. Прорастание опухолью языкоглоточного, блуждающего и добавочного нервов проявляется симптомами паралича мягкого неба, гортани, глотки с нарушением процессов глотания и жевания. Экзофитная форма роста опухоли с прорастанием в полость носа, верхнечелюстные пазухи, орбиту характеризуется соответствующими симптомами (отсутствие носового дыхания, экзофтальм, мягкотканный компонент в области гайморовых пазух). Очень часто (45-56%) больные жалуется на увеличение шейных, подчелюстных лимфатических узлов с одной или с двух сторон.

Несмотря на довольно типичную клиническую картину заболевания, продолжительность этапа поликлинического наблюдения за больными колеблется от 6 до 24 мес. Только 15% больных начинают противоопухолевое лечение в сроки до 3 мес с момента обращения к врачу, а 7% – спустя 2–3 года Среднестатистический срок обследования больных до установления окончательного диагноза составляет 7-9 мес.

Согласно классификации ВОЗ выделяют 5 морфологических форм эпителиального рака носоглотки, однако в клинической практике наиболее часто встречаются 3 формы :

1-тип- ороговевающий плоскоклеточный рак.

2-тип- неороговевающий плоскоклеточный рак: дифференцированная плоскоклеточная карцинома, недифференцированная плоскоклеточная карцинома.

3-тип- базально-клеточная карцинома.

Следует отметить, что морфологическое строение опухоли в 70–80% случаев представлено недифференцированными формами рака.

Обьем обследования больных включает эндоскопическое исследование носоглотки-фиброэпифарингоскопия с биопсией опухоли, морфологическое изучение биоптатов, рентгенография органов грудной полости, ультразвуковое исследование лимфатических коллекторов, печени, компьютерная томография или ядерно-магнитный резонанс носоглотки, головного мозга, радиоизотопные, иммунологические методы. Необходима оценка неврологического статуса, а также зрения и слуха.

Стадирование рака носоглотки основывается на рекомендациях UICC/AJCC (International Union Against Cancer и American Joint Committee on Cancer), шестой редакции 2002 года.

Оперативное лечение больных раком носоглотки широкого распространение не получило. Это связано со следующими факторами: 1.Данная локализация труднодоступна для удаления опухоли с соблюдением основных онкологических принципов. 2.Больные поступают в клинику в поздних стадиях заболевания, что также ограничивает возможность хирургического лечения.

В лечение больных раком носоглотки в основном используется радиотерапия (43-45).

Впервые ионизирующее излучение- рентгеновские лучи был использованы для лечения 89-летнего больного раком носоглотки доктором Voigt из Гамбурга (Германия). Об этом сообщил доктор Леопольд Freund в 1904 году (20). До 1950 года для лечения больных раком носоглотки, использовалась рентгенотерапия и внутриполостная лучевая терапия с радиоактивным радием. New G. и Stevenson W. (36) в обзорной статье проанализировали результаты лечения больных раком носоглотки в различных клиниках мира и показали «свободные от болезни» показатели 5-летней выживаемости и при этом число больных, живущих 5 лет не превышало 25%.

Вскоре после разработки гамматерапевтических установок с Co-60 и линейных ускорителей с мощностью дозы 2 MeV, оснащение ведущих клиник такими установками в лечение больных раком носоглотки появился новые возможности. Эффективность использования ускорителей с мощностью дозы 2 MeB при раке носоглотки, впервые был опубликованы в 1963 году сотрудниками из Massachusetts General Hospital, и при этом авторы наблюдали у 48% больных 5-летней выживаемости (31). Данную работу можно считать одной из первых, где изучено влияние прогностических показателей, и в первую очередь распространенности патологического процесса на результаты. Авторы указывают на низкую эффективность лечения при вовлечении в процесс церебральных нервов, параназальных синусов и/или костей основания черепа. Эти данные были подтверждены сотрудниками Anderson Hospital Fletcher G.H. и Million R.R. в 1960 году [18,19].

Сотрудники Cancer Hospital of the Shanghai Medical University в 2000 году представили результаты лучевого лечения больных раком носоглотки в различные периоды развития клинической онкологии и радиотерапии, в зависимости от использованной терапевтической техники (32, 33). В 1-ую группу вошли пациенты, которым проводилась 180 kV рентгенотерапия, вторую- гамматерапия без использования в предлучевой подготовке компьютерной техники, третью- где предлучевая топо-, дозиметрическая подготовка производилась с помощью компьютерной техники в режиме 2-х мерного измерения. Независимо от стадии заболевания наблюдалось значительное улучшение лечения в 3-й группе (рисунок 1). Для всех больных разница между ортовольтной рентгенотерапией и гамматерапией оказалась в два раза больше (27,7% и 54,0%).

Mu-Tai Liu et al. изучали эффективность радиотерапии рака носоглотки в зависимости от таких факторов T и N (35). Если при T1 + T2 трехлетняя безрецидивная выживаемость оказалась 68%, то этот показатель при T3 + T4 составила -49%. Подобная зависимость была установлена также при изучение результатов в зависимости от символа N (Таблица 1). Общая выживаемость для больных N0 составила 88%, N1 + N2- 85% и 58% у больных с символом N3. Кроме того, если при суммарной дозе в опухоли >75.6 Гр три года прожили 86%, то этот показатель при дозе ≤75.6 Гр составила 60%.

Для улучшения непосредственных и отдаленных результатов лечения больных раком носоглотки, также используется противоопухолевая химиотерапия. Цитостатики как правило используют вместе с лучевой терапией в различной последовательности. Как неоадьювантное лечение до начала радиотерапии, как адъювантное- по окончанию лучевой терапии (после достижения ремиссий), а также вместо с радиотерапией.

В другом исследовании (NPC-9902) Lee et al. (27) при T3-4N0-1M0 стадиях рака носоглотки (189 больных) провели сравнительный анализ радиотерапии, в самостоятельном варианте и одновременно химиолучевой терапией (цисплатин) с последующим использованием адьювантной химиотерапией (цисплатин+фторурацил). Радиотерапия проводилась в классическом и ускоренном режимах фракционирования. Показатель безрецидивной трехлетней выживаемости при использовании ускоренного режима фракционирования, в комбинации с химиотерапией оказалася значительно лучше (94%), чем после облучения в режиме классического фракционирования.

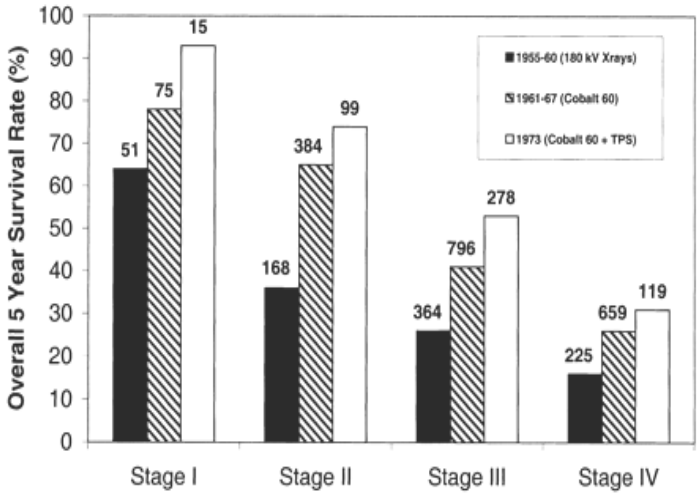


Рис. 1. Результаты дистанционной лучевой терапии (Co60) рака носоглотки в различные годы в зависимости от развития радиотерапевтической техники (32, 33)

Lin J.C. et al. (28-30) изучали сравнительную эффективность радиотерапии (1группа) и одновременной химио (cisplatin 20 mg/m^2/день+ fluorouracil 400 mg/m^2/день, 1 и 5 дни недели, всего 2 цикла, во время проведения лучевой терапии) и лучевой терапии (2 группа) у 284 больных с III - IV стадиями рака носоглотки. Через 2 месяца после завершения запланированного курса лечения в группе, где радиотерапия осуществлялась в самостоятельном варианте (1группа) полная ремиссия была достигнута в 85,3%, частичная в 14,7% случаях (соответственно, у 122 и 21 больных из 143). В исследуемой 2 группе (одновременное химиолучевое лечение) эти показатели, соответственно , составили, 95,0% и 5,0% (у 134 и 7 из 141 пациентов). За 65 месяц наблюдения во 2 группе рецидивы заболевания установлены в 26,2% (у 37 из 141 чел.), в 1-й группе- в 46,2% (у 66 из 143 чел.) наблюдениях. Детальным анализом установлено, что частота метастазов и рецидивов в носоглотке, при одновременной химиотерапии значительно меньше, чем после радиотерапии, осуществленной в самостоятельном варианте. Пятилетняя общая и безрецидивная выживаемость во 2 группе оказалась значительно лучше (соответственно, 71,6% и 72,3%), чем в 1 группе (соответственно, 53,0% и 54,2%).

Hui E.P.et al. (21), изучали влияния неоадьювантной химиотерапии (docetaxel+cisplatin) на эффективность одновременной химио+ лучевой терапии (1 группа), и одновременной химио,+ лучевой терапии больных раком носоглотки (без неоадьювантной химиотерапии- 2 группа). Неоадьювантная химиотерапия проводилась docetaxel 75 mg/m^2 1 день и cisplatin 75 mg/m^2 в 1 день (рисунок 2). Циклы полихимиотерапии повторяли через каждые 3 недели и всего проводили 2 циклов. После проводили радиотерапию одновременно с введением cisplatin 40 mg/m^2 1 раз в недели.

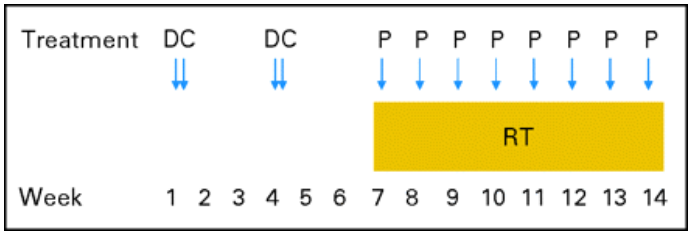


Рис. 2. Лечебный план Hui E.P.et al для лечения больных раком носоглотки (21; **D, docetaxel 75 mg/m^2; C, cisplatin 75 mg/m^2; P, cisplatin 40 mg/m^2; RT, радиотерапия)**

После неоадьювантной химиотерапии объективный эффект отмечен у 26 из 34 больных- 76,5% (из них полная ремиссия- 23,5%, частичная- 58,8%). По завершению планированного курса лечения в 1 группе, где пациентам осуществлялась неоадьювантная химиотерапия полная ремиссия отмечена у 28 из 34 пациентов (82,4% %). Во 2 группе, где пациентам проводилась одновременно, химио-,+лучевая терапия данные показатели соответственно составили- у 16 из 26 больных (61,5%). После 4,3 года наблюдения в 20 случаях установлен прогрессирование заболевания, умерли 17 больных, из них в 1 группе прогрессирование -23,5%, умерли-11,8%, во 2 группе прогрессирование- 38,7%, умерли-41,9% пациентов. Трехлетняя безрецидивная выживаемость для больных 1 групп составила 88,2%, общая- 94,1%, а в контрольной группе, соответственно, 59,5% и 67,7%.

Таблица 1
Показатели локального контроля и 5-ти летней выживаемости больных раком носоглотки в зависимости от состояния регионарных лимфатических узлов-символа N (35)

Авторы	Частота полных регрессий в %		
	N0 -N1	N2	N3
Bedwinek J.M. et al., (26)	98%	71%	64%
Mesic J.B. et al., (103)	95%	88%	81%
Авторы	5-ти летняя безрецидивная выживаемость в %		
	N0 -N1		N2-N3
Frezza G., et al., (65)	80%		30%
Perez CA, et al., (113, 133)	63%		56%
Lee AWM et al., (87)	72%		40%

Kwong DL et al. (23) изучали влияния адьювантной химиотерапии на результаты радио-, и одновременной химиорадиотерапии у 219 больных раком носоглотки. Больные в зависимости от тактики лечения были распределены на 4 группы. Лучевая терапия во всех случаях проводилась до суммарной очаговой дозы 62,5 Гр в области носоглотки и регионарных зон. При одновременной химиорадиотерапии прieняли uracil и tegafur, при адьювантной cisplatin, 5-FU (1,000 mg/m^2 в 1-3 дни), vincristin (2 мг), bleomycin (30 мг), methotrexat (150 mg/m^2) в 1 дни. Адьювантная химиотерапия повторялась через каждые 3 недели, и проводилось всего 6 циклов. Локорегиональные рецидивы за период наблюдения появились всего у 44 больных из 219 (20,0%), из них, в группе А- 5,5%, группе В- 13,2%, группе С- 5,6% и группе Д- 7,0% пациентов, умерли, соответственно, 20% (11 чел.), 17% (9 чел.), 29,6% (16 чел.), 14% (8 чел.) и всего 20% (44 чел.) больных (Таблица 2).

Таким образом, при проведении одновременной химиорадиотерапии, и потом адьювантной химиотерапии результаты оказались значительно лучше, чем при других схемах лечения. Подобные результаты получены, также другими исследователями [17,39].

При раке носоглотке изучением эффективности одновременной химиорадиотерапии+адьювантной химиотерапии впервые занимались Intergroup 0099 (IG 0099, 12, 25, 26, 43-45). В одной группе пациенты получали радикальный курс лучевой терапии, в другой- одновременно с радиотерапией- цисплатин, после завершения радиотерапии 3 цикла цисплатин+фторурацил. Безрецидивная 5-тилетняя выживаемость в 1 группе составила 29%, во второй- 58%, а общая- 37% и 67%, соответственно. Во второй группе за период наблюдения также отмечен значительное уменьшение число рецидивов и метастазов заболевания.

Таблица 2
Тактика лечения больных раком носоглотки (23)

Лечение	Число больных		Всего
	Радиотерапия	Одновременная химиорадиотерапия	
Без адьювантной химиотерапии	Группа А 55 чел.	Группа В, 53 чел.	108
Адьювантная химиотерапия	Группа С, 54 чел.	Группа Д, 57 чел.	111
Всего	109	110	219

Мы в доступной литературе нашли результаты использования химиорадиотерапии 15 рандомизированных исследований при раке носоглотки [11,37]. Во всех 15 исследованиях противоопухолевые препараты назначались в различных режимах и последовательности с лучевой терапией (неоадьювант химиотерапия+лучевая терапия- 4 исследований, одновременная химиолучевая терапия- 3 исследованиях, радиотерапия+адьювантная химиотерапия- 2 исследований, неоадьювант химиотерапия+радиотерапия+адьювант химиотерапия- 1 исследований, неоадьювант химиотерапия+радиохимиотерапия- 5 исследований). К сожалению семь из 15 исследований по различным причинам не были закончены [26,27,28,34,39,43,47].

Результаты этих исследований были оценены Nasopharyngeal Carcinoma collaborative group. В метаанализе результатов восьми рандомизированных исследований (PWH-88, AOCOA, VUMCA 1, Japan-91, IG-0099, PWHQEH-94, QMH-95, and TCOG-94) изучена эффективность лечения 1753 больных раком носоглотки, и в этих исследованиях доказаны значительные позитивные влияния химиотерапии на результаты лечения, в первую очередь на показатели выживаемости.

Langendijk et al. [24] провели метаанализ результатов лечения 2450 пациентов, и было установлено, что при одновременном использование химиорадиотерапии на 20% увеличивается показатель 5-летней выживаемости. Huncharek M. et al [22] and Thephamongkhol K. [42] отмечают, что использование препаратов платины на показатели выживаемости влияют значительно лучше, чем другие препараты.

Таким образом, несмотря на проведение различных методов химиорадиотерапии, у большинства пациентов развиваются рецидивы заболевания, что подтверждает неполную эрадикацию опухолевых клеток, что в свою очередь в конечном приводит к смерти больных.

Для преодоления радиорезистености опухолевых клеток весьма перспективным, сулящим значительный успех, представляется продолжение исследований по проблемам селективного управления радиочувствительностью тканей, с помощью различных радиомодифицирующих агентов [5,6,10,15].

Следует отметить, что использование ионизирующего излучения в клинике основано на различиях в радиочувствительности опухоли нормальных тканей, именуемых радиотерапевтическим интервалом. Нормальные ткани за счет стойких нейрогуморальных связей с организмом-носителем восстанавливают лучевые повреждения быстрее и полнее, чем опухоль в силу присущей ей автономии. Используя эти различия и управляя ими, можно добиться тотального разрушения опухоли, сохранив нормальные ткани. Этого можно достичь с помощью использования различных режимов фракционирования дозы облучения [3,4,8,10].

С целью расширения радиотерапевтического интервала также проводится химиосинхронизация клеток опухоли [5,6,10]. Основанием идеи синхрониизации является тот факт, что радиочувствительность клеток в определенной мере зависит от фазы клеточного цикла. Теоретико-экспериментальные предпосылки позволяют отнести к синхронизирующим агентам 5-фторурацил. Под воздействием 5-фторурацила клетки, находящиеся в разных фазах клеточного цикла, тормозятся перед вступлением в фазу S и предположительно вместе вступают в нее, и вместе достигают фазы митоза, наиболее чувствительной к облучению [5]. Помимо этого известно, что опухолевые клетки в фазе синтеза ДНК резистентные к облучению, проявляют чувствительность в 5-фторурацилу. Поэтому при сочетанном применении противоопухолевого лекарства и ионииизирующего излучения можно рассчитывать на усиление повреждения опухоли.

Еще одним универсальным механизмом является репарация сублетальных и потенциально летальных лучевых повреждений, поэтому применение ингибиторов репарации дает возможность надеятся на увеличение эффекта облучения.

По мере изучения препаратов платины выяснилось многообразие механизмов их действия: они не только оказывают непосредственное цитостатические влияние на опухолевую клетку, но и ингибируют репарацию сублетальных и потенциально летальных постлучевых повреждений, и тем самым повышают степень резорбции опухоли, причем для этого необходимы дозы значительно меньшие, чем терапевтические.

Базируясь на эти данные, разработаны схемы химиолучевого лечения, которые включают оба препарата: 5- фторурацил, который вводится до начала лучевой терапии, препараты платины - в сочетании с облучением [2,40, 41]. Необходимо отметить, что комбинация 5-фторурацила и цисплатины в эксперименте, показала достаточно высокую активность в отношении клеток плоскоклеточного рака, обладающих относительной устойчивостью к другим химиопрепаратам, и первыми обнаружили повышение эффекта при совместном использовании цисплатины и 5фторурацила. Среднее время жизни мышей с опухолью, обработанных комбинацией цисплатин+5фторурацил, превосходила время жизни мышей, обработанных каждым из препаратов отдельно.

Токсические проявления химиолучевой терапии по сравнению с одной радиотерапией, как правило, более выражены, и наблюдаются часто. Во многих исследованиях 0-18% больных наблюдаются анемия, 1-6% нейтропения, 0-8%- тромбоцитопения, 2-38%- лейкопения, 4-49%- тошнота и рвота, 0-84%- аллопеция и в 0-8% случаях наблюдается летальный исход из-за побочных явлений. Lee W. et al. (26) при радиохимиотерапии отмечает увеличение токсических проявлений от 7% до 23%. Chan A.T. et al. (16) наблюдали значительное похудание пациентов после радиохимиотерапии. Lee W. et al. (26) отмечают значительное увеличение мукозитов после радиохимиотерапии, однако, острые

радиационные токсические проявления незначительно увеличилось. В 9 исследованиях [17,25] после химиолучевой терапии, наблюдалось увеличение число смертельных случаев по сравнению с одной радиотерапией до 8% от 2,5%. Следует отметить, что частота и выраженность токсических проявлений в основном зависят от схем химиотерапии (доза, режим введения и др.) и режима фракционирования дозы облучения радиотерапии.

По данным Европейских исследователей при носоглоточном раке один год живут 73% и пять лет-43% пациентов. Показатели 5-ти летней выживаемости лучше у женщин (49%), чем у мужчин (41%), лиц молодого возраста (15-45 лет- 57%, 75 лет и старше- 19%). При морфологическом варианте- недифференцированной карциноме 10-30% больных живут больше, чем при других вариантах плоскоклеточного рака [14,38].

Все вышеуказанное делает актуальным поиск новых подходов к лечению больных раком носоглотки с целью улучшения результатов лечения.

Как отмечает Ткачев С.И. и соавт. (9) для преодоления радиорезистентности плоскоклеточного рака фарингеальной зоны, зависящей от степени гипоксии, способности клеток этих новообразований к репарации сублетальных повреждений и скорости репопуляции, наряду с другими радиомодифицирующими агентами (электроноакцепторными соединениями, гипоксической газовой смесью, локальной гипертермией, нетрадиционными схемами фракционирования дозы радиации), более активно используются лекарственные препараты. Особая роль химиотерапии в сочетании с лучевой терапией состоит в том, что кроме противоопухолевого действия, препараты оказывают в большей или в меньшей степени радиосенсибилизирующий эффект, увеличивая частоту локального контроля, а также снижают вероятность развития отдаленных метастазов. Прорывом в лечении плоскоклеточного рака головы и шеи стало использование высокоэффективной комбинации производных платины и 5-фторурацила. Это сочетание можно считать сегодня "золотым стандартом" индукционной и адъювантной терапии плоскоклеточного рака головы и шеи, где эти лекарственные препараты выступают как синхронизаторы клеточного цикла (5-фторурацил) и ингибиторы репарации (препараты платины) сублетальных лучевых повреждений. Однако рациональная последовательность лекарственного и лучевого компонентов у больных эпидермоидным раком головы и шеи окончательно не определена, из-за постоянных изменений и усовершенствований в каждом из консервативных методов лечения.

Таким образом, анализируя в целом многочисленные данные литературы, следует признать, что комбинация лучевой и лекарственной терапии, является перспективным направлением при лечении рака носоглотки. В то же время, нерешенным остается ряд основных вопросов, касающихся рациональных режимов фракционирования дозы во времени, и их комбинации с химиотерапией, оптимальной последовательности лекарственного и лучевого компонента. Проблема выбора максимально эффективного и минимально токсичного режима лечения до настоящего момента остается актуальной, и нуждается в дальнейшем изучении.

Решение этих задач позволит расширить возможности и повысить эффективность комбинированной терапии больных раком носоглотки и создаст возможность для разработки конкретных рекомендаций для внедрения в клиническую практику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев Д.А., Зейналов Р.С., Марданлы Ф.А. Заболеваемость злокачественными новообразованиями в Азербайджанской Республике в 2003 году Azerbaijan J. of oncology and related scienes, 2004, v.11, N.2, pp.3-11

2. Алиев Д.А., Исаев И.Г., Ализаде В.А. и др. Результаты лучевого лечения в ускоренном гиперфракционном режиме облучения в самостоятельном варианте и в комбинации с 5 фторурацил и цисплатиной у больных раком головы и шеи // Медицинская радиология и радиционная безопасность, 2009, №5, с. 56-62

3. Бойко А.В., ЧерниченкоА.В. Нетрадиционное фракционирование дозы // Практическая онкология, т.4, №1, 2003, с.51-55.

4. Голдобенко Г. В., Костылев В.А. Актуальные проблемы радиационной онкологии и пути их решения. М., 1994.

5. Дарьялова С.Л., Бойко А.В., Демидова Л.Б. и др. Использование противоопухолевых препаратов в качестве модификаторов реакции злокачественных опухолей на лучевую терапию. / Матер. Второй ежегодной Российской онкологической конференции. Современные тенденции развития лекарственной терапии опухолей. М., 1998

6. Дарьялова С.Л., Бойко А.В., Пелевина И.И. Химическая радиосенсибилизация злокачественных опухолей / Матер. V Российской конференции. М., 2001

7. Двойрин В.В., Аксель Е.М., Трапезников Н.Н. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований населения России и некоторых стран СНГ в 1993 году – М.: ОНЦ РАМН, 1995, с.5

8. Иванов В.К. Математическое моделирование и оптимизация лучевой терапии опухолей.М., 1997

9. Ткачёв С.И., Любаев В.Л., Матякин Е.Г. и др. Химиолучевая терапия плоскоклеточного рака головы и шеи / Матер. Конф. VII Российской онкологической конференции. М., 2003

10. Ярмоненко С.П., Коноплянников А.Г., Вайнсон А.А. Клиническая радиобиология. М., 1992.

11. Agulnik M, Siu L.L. State-of-the-art management of nasopharyngeal carcinoma: Current and future directions // Br J Cancer. 2005, v.92, p.799-806.

12. Al-Sarraf M, LeBlanc M, Giri P.G, et al Superiority of five year survival with chemo-radiotherapy (CT-RT) vs. radiotherapy in patients (Pts) with locally advanced nasopharyngeal cancer (NPC). Intergroup (0099) (SWOG 8892, RTOG 8817, ECOG 2388) phase III study: final report // Proc Am Soc Clin Oncol., 2001, v.20, p.227a

13. Berrino F, Capocaccia R, Coleman M.P., et al. Survival of cancer patients in Europe: the EUROCARE-3 study // Ann Oncol., 2003, v.14 Suppl 5

14. Bjordal K, de Graeff A, Fayers PM, et al. A 12 country field study of the EORTC QLQ-C30 (version 3.0)

15. Bucci MK, Bevan A, Roach M. 3rd. Advances in radiation therapy: Conventional to 3D, to IMRT, to 4D, and beyond. CA Cancer// J Clin. 2005, v.55, p.117-34

16. Chan A/T, Teo P/M, Johnson P.J. Nasopharyngeal carcinoma // Ann Oncol., 2002, v.13, p.1007-15

17. Chi K.H., Chang Y.C., Guo W.Y., et al. A phase III study of adjuvant chemotherapy in advanced nasopharyngeal carcinoma patient // Int J Radiat Oncol Biol Phys., 2002, v.52(5), p.238-44

18. Fletcher G H, editor. Textbook of radiotherapy. Philadelphia, Lea & Febiger: 1966

19. Fletcher G.H, Million R.R. Malignant tumours of the nasopharynx. Am J Roentgenol Radium Ther // Nucl Med., 1965, v.93, p.44–55

20. Freund L. Elements of general radiotherapy for practitioners. New York, NY: Rebman Publishing Company, 1904

21. Hui Edwin P., Brigette B. Ma, Sing F. L., et al. Randomized Phase II Trial of Concurrent Cisplatin-Radiotherapy With or Without Neoadjuvant Docetaxel and Cisplatin in Advanced Nasopharyngeal Carcinoma // Journal of Clinical Oncology, 2009, v.27, p. 242-249

22. Huncharek M, Kupelnick B. Combined chemoradiation versus radiation therapy alone in locally advanced nasopharyngeal carcinoma: Results of a meta-analysis of 1,528 patients from six randomized trials // Am J Clin Oncol., 2002, v.25, p.219-23

23. Kwong D.L., Sham J.S., Au G.K., et al . Concurrent and adjuvant chemotherapy for nasopharyngeal carcinoma: A factorial study // J Clin Oncol., 2004, v.22, p.2643-53

24. Langendijk J.A, Leemans C.R, Buter J, et al. The additional value of chemotherapy to radiotherapy in locally advanced nasopharyngeal carcinoma: A meta-analysis of the published literature // J Clin Oncol., 2004, v.22, p.4604-12

25. Lee A.W., Lau W.H, Tung S.Y. et al Preliminary results of a randomized study on therapeutic gain by concurrent chemotherapy for regionally advanced nasopharyngeal carcinoma: NPC-9901 trial by the Hong Kong Nasopharyngeal Cancer Study Group // J Clin Oncol., 2005, v23, p.6966-75.

26. Lee A.W., Tung S.Y., Chan A.T. et al Preliminary results of a randomized study (NPC-9902 Trial) on therapeutic gain by concurrent chemotherapy and/or accelerated fractionation for locally advanced nasopharyngeal carcinoma // Int J Radiat Oncol Biol Phys., 2006, v.66, p.142-51.

27. Lee W, Lau W.H., Tung S.Y. et al. Prospective randomized study on therapeutic gain achieved by addition of chemotherapy for T1-4N2-3M0 Nasopharyngeal Carcinoma (NPC) // J Clin Oncol., 2004, v.22 Suppl 14, p.A5506.

28. Lin J.C., Jan J.S., Hsu C.Y. Phase III study of concurrent chemoradiotherapy versus radiotherapy alone for advanced nasopharyngeal carcinoma: Positive effect on overall and progressionfree survival // J Clin Oncol., 2003, v.21, p.631-7.

29. Lin J.C., Jian-Sheng J., Chen-Yi H., et al. Phase III Study of Concurrent Chemoradiotherapy Versus Radiotherapy Alone for Advanced Nasopharyngeal Carcinoma: Positive Effect on Overall and Progression-Free Survival // Journal of Clinical Oncology, 2003, v.21, p.631-637

30. Lin J.C., Liang W.M., Jan J.S.,. et al Another way to estimate outcome of advanced nasopharyngeal carcinoma--is concurrent chemoradiotherapy adequate? // Int J Radiat Oncol Biol Phys., 2004, 60(1). p.156-64.

31. Little J.B., Schulz M.D., Wang C.C. Radiation therapy for cancer of the nasopharynx. Long-term follow-up on 113 adequately treated patients // Arch Otolaryngol., 1963, v.77, p.621–4.

32. Liu M.T., Hsieh C.Y., Chang T.H. et al Prognostic factors affecting the outcome of nasopharyngeal carcinoma // Jpn J Clin Oncol., 2003, v.33, p.501-8.

33. Liu T.F. Several problems concerning the treatment of nasopharyngeal cancer / International Congress in Modern Radiation Oncology/ Fuzhou, P.R. China, and Personal communication to RFM, 2000.

34. Ma J., Mai H.Q., Hong M.H. et al Results of a prospective randomized trial comparing neoadjuvant chemotherapy plus radiotherapy with radiotherapy alone in patients with locoregionally advanced nasopharyngeal carcinoma // J Clin Oncol., 2001, v.19, p.1350-7.

35. Mu-Tai L., Chang-Yao H., Tung-Hao C. et al Prognostic Factors Affecting the Outcome of Nasopharyngeal Carcinoma // Japanese Journal of Clinical Oncolog, 2003, v.33, p.501-508

36. New G.B, Stevenson W. End results of malignant lesions of the nasopharynx // AMA Arch Otolaryngol., 1943, v.38, p.205–9

37. O'Sullivan B. Nasopharynx cancer: Therapeutic value of chemoradiotherapy // Int J Radiat Oncol Biol Phys., 2007, v.69, p.S118-21

38. Roazzi P, Capocaccia R, Santaquilani M, Ca,rrani E. Electronic availability of EUROCARE-3 data: a tool for further analysis // Ann Oncol., 2003, v.14 Suppl 5, p.150-5.

39. Rossi A, Molinari R, Boracchi P. et al Adjuvant chemotherapy with vincristine, cyclophosphamide, and doxorubicin after radiotherapy in local-regional nasopharyngeal cancer: Results of a 4-year multicenter randomized study // J Clin Oncol., 1988, v.6, p.1401-10

40. Schabel FM Jr, Skipper HE, Trader MW, et al Establishment of cross-resistance profiles for new agents // Cancer Treat Rep., 1983, v.42, p.905–922,

41. Schabel FM Jr, Trader MW, Laster WR Jr, et al: Cis-dichlorodiamineplatinum (II): Combination chemotherapy and cross-resistance studies with tumors of mice //Cancer Treat Rep., 1979, v..63, p.1459–1473

42. Thephamongkhol K, Zhou J, Browman G. et al Chemoradiotherapy versus radiotherapy alone for nasopharyngeal carcinoma: A meta-analysis of 78 randomized controlled trials (RCTs) from English and non-English databases. Proc Am Soc Clin Oncol: 2004

43. Wee J, Tan E.H, Tai B.C. et al Phase III randomized trial of radiotherapy versus concurrent chemo-radiotherapy followed by adjuvant chemotherapy in patients with AJCC/UICC (1997) stage 3 and 4 nasopharyngeal cancer of the endemic variety // J Clin Oncol., 2004, v.22 Suppl14, p.A5500

44. Wee J, Tan E.H., Tai B.C. et al Randomized trial of radiotherapy vs. concurrent chemoradiotherapy followed by adjuvant chemotherapy in patients with American Joint Committee on Cancer/International Union against cancer stage III and IV nasopharyngeal cancer of the endemic variety // J Clin Oncol., 2005, v.23, p.6730-8.

45. Wee J., Tan E., Tai B. et al Final report of SQNP01: A phase III randomized trial comparing RT with chemoRT for locally advanced nasopharyngeal cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2006.

46. Yu MC, Yuan JM. Epidemiology of nasopharyngeal carcinoma // Semin Cancer Biol., 2002, v.12, p.421-9.

47. Zhang .L., Zhao C., Peng P.J. et al Phase III study comparing standard radiotherapy with or without weekly oxaliplatin in treatment of locoregionally advanced nasopharyngeal carcinoma: Preliminary results // J Clin Oncol., 2005, v.23, p.8461-8.

SUMMARY

TUMOR OF RHYNOPHARYNX- QUESTIONS OF DIAGNOSTIC AND TREATMENT

Askerov N.M., Kaziyeva R.R.

It was analysed some questions of diagnostic and treatment tumor of rhynopharynx in this review article. There analysed materials of Russian anad other authors on this topic.

Daxil olub:11.01.2010

ESCHERICHIA COLI BAKTERİYASININ BAĞIRSAQ EPİTELİNƏ TƏSİR MEXANİZMİ

Qasimov E.K., Quliyeva N.T., Eyyubova G.M., Əliyarbəyova A.Ə.
Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Bağırsaq çöpləri (*Escherichia coli – E. coli*) bağırsaq mikroflorasının tərkibində ən çox rast gəlinən fakültativ anaerob qram-mənfi bakteriyalardan biridir. Bu mikroorqanizmlərin uzunluğu təxminən 2 mkm, diametri 0,5 mkm, hüceyrə həcmi isə 0,6 – 0,7 mkm^3-dir [3,4,5,17]. Onlar əsasən yoğun bağırsağın selikli qişasında kolonizasiya edir [7,8]. *Escherichia coli* ilk dəfə 1885-ci ildə alman pediatrı Teodor Eşerix tərəfindən uşaqların bağırsaq möhtəviyyatında təyin edilmişdir [5].

E. coli mühüm tibbi əhəmiyyət kəsb edir. Bu bakteriyalar su və qida məhsullarının analizi zamanı əsas sanitar-göstərici mikroorqanizmlər sayılır [1,2,3,6].

E.colinin praktik əhəmiyyət kəsb edən bir neçə patogen növü kəşf edilmişdir: enteropotogen E. coli-EPEC, Enterohemorragik E. coli - EHEK, Enterotoksigen E.coli - ETEC, Enteroaqreqativ E.coli - EAEC, Enteroinvaziv E.coli –EİEC və Diffuz yapışan E.coli -DAEC [30]. Bu mikroorqanizmlərin xarici zarının vacib komponenti olan endotoksin (lipopolisaxarid) immun sistemin stimulyatoru olmaqla yanaşı, bir sıra xəstəliklərin yaranmasına səbəb olur [10,11,12,13]. Bununla yanaşı, E.coli insan orqanizmində bağırsaq epiteli hüceyrələri ilə birbaşa kontakta girərək kəskin diareyaların yaranmasma səbəb olur [14,15,16,17,18]. Diareya ilə nəticələnən xəstəliklər hər il 2 milyon insanın, xüsusən də 5 yaşdan kiçik uşaqların ölümünə səbəb olur. Son onilliklər ərzində bu orqanizmlər ətrafında aparılan tədqiqatlara baxmayaraq onların insan orqanizminə təsir mexanizmləri hələ də tam dəqiqləşdirilməmişdir.

EPEC bakteriyalarının patogenezində onların epitel hüceyrələrinə adheziya mexanizmləri daha çox öyrənilmişdir. Belə ki, bakteriyaların mədə-bağırsaq sistemində kolonozasiyasının başlıca mərhələsi bu orqanizmlərin sahib hüceyrənin səthinə yapışması (adheziyası) ilə başlayır. Məlumdur ki, normal

mikroflora üçün adheziyanın əhəmiyyətli rolu vardır. Ancaq bununla yanaşı, adheziya həmdə E. colinin patogen ştammlarının törətdiyi diareya ilə nəticələnən bütün xəstəliklərin ilkin kritik mərhələsi hesab edilir. E.colinin yapışma mexanizmlərinin öyrənilməsi bağırsaqlarda normal mikrofloranın lazımi səviyyədə saxlanılması üçün müxtəlif metodlarının inkişaf etdirilməsində, digər tərəfdən isə patogen E.coli növləri tərəfindən törənən infeksion proseslərin qarşısının alınmasında mühüm rol oynayır.

Bu bakteriyaların bağırsaq epiteli hüceyrələrinə yapışması sitoskelet elementlərinin dağıdılması və A/E (attaching and effacing - yapışma və məhvetmə) zədələnmələri adlandırılan histopotoloji əlamətin meydana çıxması ilə nəticələnir [19,20]. Bu zədələnmələr isə fırçalı haşiyə mikroxovlarının lokal dağılması, bakteriyaların sahib hüceyrə zarına sıx yapışması və yapışmış bakteriyaların altında aktinlə zəngin olan "oturacaqların" formalaşması ilə xarakterizə olunur [21,22]. Göstərilən zədələnmələr bağırsaq epitelinin sorucu funksiyalarını zəiflədir, nəticədə diareyaya gətirib çıxaran elektrolit balansının pozulması baş verir.

Virulentlik faktorlarının xəstəlik törədici mikroorqanizmdən sahib hüceyrəyə birbaşa keçirilmə prosesinin molekulyar mexanizmi önəmli patogenetik aspektlərdən biri hesab olunur. Bakterial patogenlərin sahib hüceyrələrlə qarşılıqlı əlaqələri bakteriya səthində yerləşən və ya hüceyrəxarici sahəyə sekresiya edilmiş faktorlarla xarakterizə olunur. Sekresiya edilən bakterial zülalların çoxsaylı və müxtəlif funksiyalara malik olmasına baxmayaraq, bu zülalların bakteriyadan hüceyrəxarici sahəyə nəql olunması yalnız bir neçə konkret yolla baş verir. Belə ki, qram-mənfi bakteriyalarda zülal sekresiyasının 4 yolu (1-4-cü növlər) müəyyən edilmişdir [23,24].

E.coli bakteriyalarının virulentlik amilləri sahib hüceyrəyə translokasiya olunma üçün ən azı 3 zar keçməlidirlər (2 bakterial, 1 sahib hüceyrə zarı). Bu proses bakterial inyeksiya mexanizmləri adlandırılan III-cü (T3SS) və IV-cü (T4SS) növ sekresiyanı həyata keçirən xüsusi translokasiya sistemləri vasitəsilə yerinə yetirilir [25,26].

III-cü növ sekresiya sistemi (T3SS) çoxkomponentli orqanel olub qram - mənfi patogenlərin virulentlik faktorlarının bakteriyadan sahib hüceyrəyə bir dəfəyə traslokasiya olunmasını təmin edir [28,29].

Elektron - mikroskopik tədqiqatlar zamanı məlum olmuşdur ki,T3SS -tərkibinə mil kompleksi (bakteriyaların hər 2 zarını və peptidoqlikan qatını birləşdirən iki cüt zülal halqası və onları birləşdirən mərkəzi kanal) və iynə (bakteriyadan xaricə tərəf çıxaraq sahib hüceyrənin zarı ilə əlaqə yarada bilən iynəşəkilli sturuktur) daxildir (Şək.1.) [30].

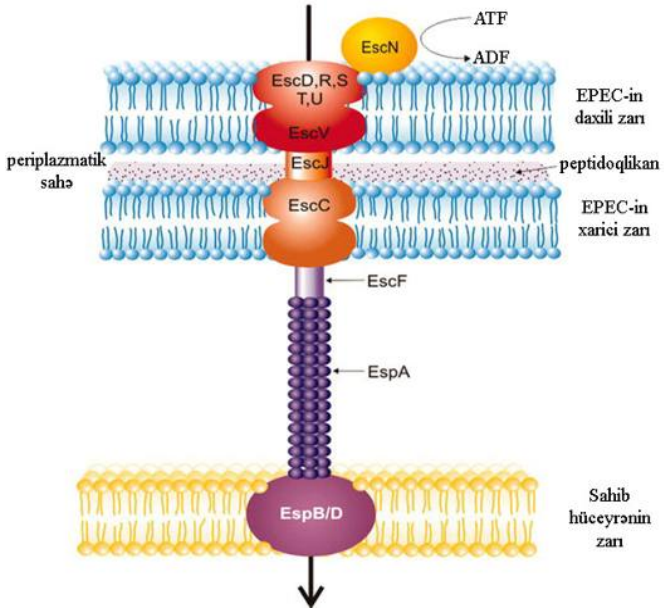
T3SS -in mil kompleksinin elektron - mikroskopik şəkli qamçıların bazal cisimciklərini xatırladır [31]. EPEC və EHEC-də mil kompleksinin əsas komponentləri EspC və EscV zülalları sayılır [65]. EscC xarici [66,67] EscV isə daxili zarda halqavari strukturu formalaşdırmaqla molekulların keçirilməsini təmin edir.

İynə kompleksinə aid olan EscJ və onun homoloqları periplazmatik sahədə yerləşən lipoproteinlər olub daxili və xarici zarların zülal halqaları arasında körpü rolunu oynayır.

T3SS-in iynəsinin ayrıca EscF zülalından ibarət olduğu görünür. EscF iynəsi T3SS -asılı zülal sintezi üçün vacib olan çıxıntılı kanal formalaşdırır.

T3SS-in özünəməxsus xüsusiyyəti mil kompleksi ilə birləşmiş EscF iynəsindən uzanan EspA adlanan sapşəkilli (filamentar) çıxıntının olmasıdır. Bu xüsusiyyət T3SS-i yeni filamentar sinfə (FT3SS) aid etməyə imkan verir [34]. Ölçü fərqlərinə baxmayaraq EspA filamentləri ilə qamçı filamentlərinin quruluşunda oxşarlıq vardır. EspA filamentinin kanalı vasitəsilə zülallar bakteriyadan sahib hüceyrəyə çatdırılır. EspA filamentinin ucunda Tir effektor zülalının sintez olunaraq ötürülməsi buna əyani misaldır [71]. Beləliklə, yetkin EspA filamentləri mühüm adheziya faktorları olub bakteriya ilə sahib hüceyrə arasında müvəqqəti əlaqə yaradır və effektor zülalların translokasiyasını həyata keçirir [55,56,70,72]. Zülal translokasiyasının ardınca EspA filamentləri və iynə bakteriyanın hüceyrə səthindən kənarlaşdırılır ki, bu da intimin-Tir qarşılıqlı əlaqələrinin yaranmasını və bakteriyanın sahib hüceyrəyə sıx birləşməsini təmin edir [51,74].

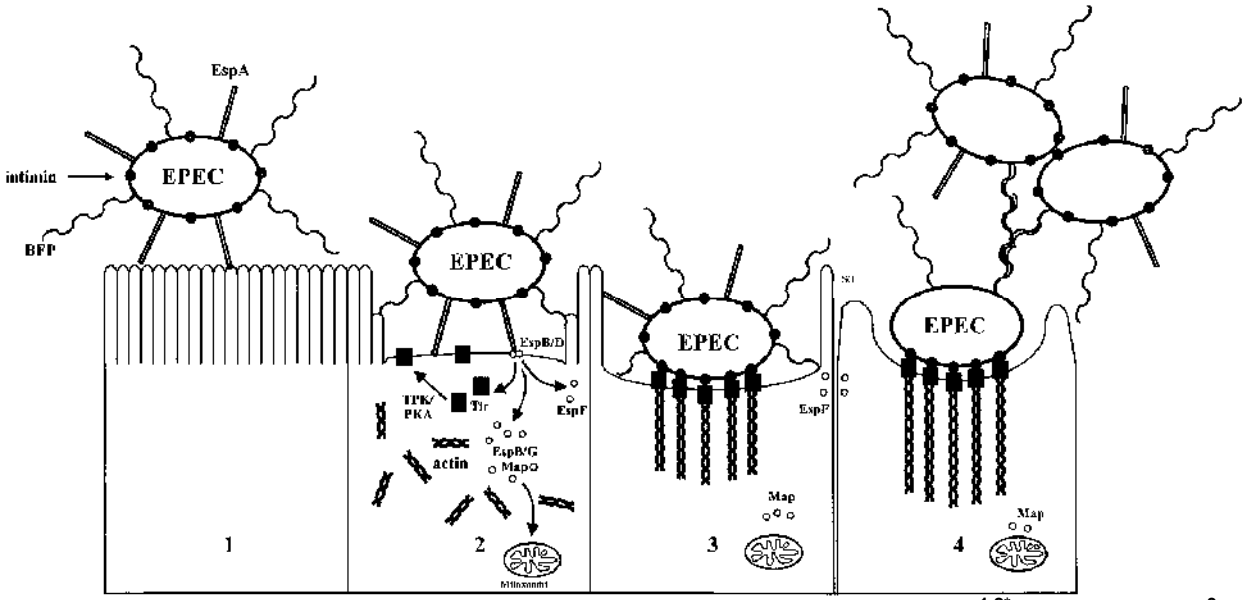
Effektor zülallar EspA filamentinin uc hissəsindən sahib hüceyrənin sitoplazmasına xüsusi translokasiya dəliyi vasitəsilə çatdırılır. Bu dəlik sahib hüceyrənin plazmatik zarında EspB və EspD translokasiya zülallarından formalaşır (Şək. 1) [32,37,40,44,50,69].



Şək. 1. EPEC-də fəaliyyət göstərən III tip sekresiya sisteminin struktur komponentlərinin sxemi (Annick Gauthier, Nikhil A. Thomas və B. Brett Finlay, Bacterial Injection Machines, 2003)

Nazik bağırsaqlarda koloniyaların əmələ gətirilməsi üçün EPEC EspA-fılamentləri ilə yanaşı digər adhezinlərdən də istifadə edir. Bunlara dəstələr əmələ gətirən xovları (BFP) və intimini aid etmək olar. BFP 50-500 nm, uzunluğu 14-20 mkm olan xov quruluşlu törəmələrdir [41]. Bunlar ilkin yapışmanı təmin edən başlıca faktor olmaqla yanaşı bakteriyaların mikrokoloniyalarından təşkil olunmuş üç-ölçülü tor əmələ gətirir [42,43].

Beləliklə EPEC infeksiyalarının patogenezində 4 əsas mərhələ (Şək.2) ayırd etmək olar [36,70]. :I-mərhələdə EPEC hüceyrəsi ətraf mühitin müəyyən şəraitində sıx yapışmanı təmin edən intimin molekullarını, Esp-A filamentlərini və dəstə əmələ gətirən xovları (BFP) ekspressiya etməyə başlayır. Bu törəmələrin ekspressiyası plazmid və xromosomal genlərlə əlaqəlıdır. II-mərhələdə EPEC hüceyrəsi BFP və Esp-A filamentlərinin vasitəsilə epitel hüceyrələrinə yapışır, və intiminin translokasiya reseptorunu (TİR) eləcə də başqa effektor molekullarını III-cü növ sekresiya sistemin (TTSS) vasitəsilə sahib hüceyrəyə yeridir .



Şək. 2. EPEC patogenezinin dörd mərhələsi. (S.C. Clarke,[1,2*] R.D. Haigh,[3] P.P.E. Freestone,[3] and P.H. Williams[3] Virulence of Enteropathogenic *Escherichia coli*, a Global Pathogen 2003). İzahı mətində verilmişdir. İxtisar:EPEC-enteropatogen E.coli; BFP-dəstələr əmələ gətirən xovlar;TPK-triozin proteinkinaza; PKA – proteinkinaza A;SƏ – sıx əlaqə

Effektor molekullar sahib hüceyrədə müxtəlif signal reaksiyaların aktivləşməsi nəticəsində sitoskelet dəyişikliklərinə, yəni aktin filamentlərinin depolimerizasiyasına, sonuncu isə mikroxovların itməsinə gətirib çıxarır. İntiminin translokasiya reseptoru (TİR) proteinkinaza A və tirozinkinaza fermentlərinin köməyi ilə müəyyən dəyişikliklərə uğradıqdan sonra sahib hüceyrənin plazmalemmasına yerləşdirilir. III-cü mərhələdə EspA filamentləri bakteriyanın səthindən aralanır, bakterial adhezin olan intimin özünün translokasiya reseptoru (TİR) ilə əlaqə yaradaraq sıx yapışmanı təmin edir . TİR sahib hüceyrənin plazmalemmasında N və C ucları ilə sitoplazmaya, orta- intimin birləşən hissəsi ilə isə hüceyrəxarici sahəyə yönəlməklə ilgək şəklini alır . Müəyyən olunmuşdur ki, TİR intimin üçün reseptor olmaqla yanaşı həmçinin N və C ucları ilə sahib hüceyrənin sitoskelet elementləri və müxtəlif hüceyrədaxili amillərlə birləşə bilir [45,46,47]. Bu səbəbdən bakteriyanın yapışma nahiyyəsində aktin və digər sitoskelet filamentlərinin toplanma prosesi başlayır. IV- cü mərhələdə isə sitoskelet elementlərinin bakteriyanın yapışdığı nahiyyədə külli miqdarda toplanması EPEC üçün səciyyəvi olan "oturacaqları" formalaşdırır. Belə "oturacaqlar" A/E (attaching and effacing - yapışma və məhvetmə) mexanizmi ilə təsir edən patogenlərin bağırsaqlarda kolonizasiyasını təmin edir [39]. Daxil olmuş effektorlar isə:

1. Sıx əlaqələrin tamlığının pozulması, hüceyrə çıxıntılarının dağılması və transepitelial rezistentliyin azalması ilə müşayət olunan bağırsaq baryerinin pozulmasına [57,58,59].
2. Mitoxondrilərin deformasiyası, şişməsi və zədələnməsinə gətirib çıxaran mitoxondrial zar potensialının itirilməsinə [60,61];
3. Hüceyrə tsiklinin G2 fazasından mitoz bölünməyə keçidin ləngiməsinə [62];
4. Hüceyrə apoptozunun başlanmasına gətirib çıxarır [53,63,65].

Bütün bunlar elektrolit itkisinə və sonda isə ölümə səbəb olur [38].

Yapışmada əhəmiyyətli rolu olmamasına baxmayaraq [48] EPEC bakteriyasının flaqellin zülalından təşkil olunmuş qamçısı sahib hüçeyrə ilə əlaqəyə girərək immun cavaba səbəb olur. EPEC –in Flic-genlərinin kodlaşdırdığı bu törəmə [32] bağırsaq epiteli hüceyrələrində IL-8-in ifrazını artırır . Bu proses mitogenlə aktivləşən proteinkinazaların (MAPK) fəallaşması nəticəsində mümkün olur [27]. Qeyd etmək lazımdır ki, mitogenlə aktivləşən proteinkinazaların (MAPK) bağırsaq epiteliositlərinin bakteriyalara qarşı bir çox cavab reaksiyalarında , o cümlədən sitokinlərin ifrazının tənzim olunmasında mühüm rolu vardır. Belə ki, MAPK-ların fosforlaşması NF-kappa B və AP-1 kimi transkripsiya faktorlarının aktivləşməsinə gətirib çıxarır. Nəticədə İL-8 və digər zülalların ekspressiyası artır. Bu isə flaqellinin bağırsaqlarda infeksiyalar zamanı iltihab reaksiyalarının inkişafındakı rolunun göstıricisidir [49]. Lakin, Julian A. Guttman və həmmüəllifləri (2006) qeyd edirlər ki, epitel hüceyrələri arasında yerləşən sıx əlaqələrin pozulmasının və bununla da bağırsaq səddinin pozulmasının başlıca səbəbi iltihab reaksiyalarında deyil, bakteriyanın bağırsaq divarına bilavasitə yapışmasındadır (A/E) [68].

Mitoxondrilər bir çox patogenlər üçün əsas hədəflərdən biri olduğu kimi [35] EPEC-in də ifraz etdiyi bir sıra faktorlar məhs mitoxondrilərə miqrasiya edərək bakterial infeksiyada mühüm rol oynayır. Belə effektorlara misal olaraq mitoxondriyə birləşən zülalı (MAP) göstərmək olar ki, mitoxondri-hədəf siqnal hissəsi ilə mitoxondrilərə daxil olur. EspF - faktoru mitoxondrilərin membran potensialını aşağı salmaqla hüceyrəni nekroza uğradır [33]. Müəyyən olunmuşdur ki, hüceyrədaxili ATF-in konsentrasiyasının hüceyrə ölümünün yolunun müəyyənləşdirilməsində kifayət qədər rolu vardır [52]. Esp-F sitoxrom c-nin ifrazını artırır, bununla da hüceyrədə ATF-in konsentrasiyasını aşağı endirir [53] və hüceyrənin nekrotik ölümünə səbəb olur. (Sitoxrom c mitoxondrilərdə tənəffüs zəncirinin vacib komponentlərindən biridir). EspF-in digər bioloji aktivliyi onun hüceyrələrarası əlaqələri dağıtmaqla epitelin sədd funksiyasını pozması ilə əlaqədardı [64]. Takeshi Nagai və əməkdaşları (2005) bu prosesi də hüceyrədə ATF-in miqdarının azalması ilə əlaqələndirirlər [54].

Yuxarıda göstərilənlərdən göründüyü kimi E.coli bağırsaqların selikli qişasının epitel hüceyrələrində əsaslı zədələnmələr, patoloji dəyişikliklər əmələ gətirir. Bağırsaq səddinin pozulması isə bu bakteriyalardan azad olan toksinlərin, o cümlədən enotoksinin qana keçərək orqanizmin sinir sistemi daxil olmaqla [9] bütün orqan və sistemlərində iltihab xarakterli patologiyalar törətməsinə səbəb olur.

ƏDƏBİYYAT

1. Anderson K.L., Whitlock J.E., Hardwood V.J. Persistence and differential survival of fecal indicator bacteria in subtropical waters and sediments // Appl. Environ. Microbiol., 2005, v.71, p.3041-3048.
2. Kon T., Weir S.C., Howell E.T. et al. Genetic relatedness of *Escherichia coli* isolates in interstitial water from a Lake Huron (Canada) Beach // Appl. Environ. Microbiol., 2007, v.73, N.6, p.1961-1967.
3. Поздеев О.К. Медицинская микробиология. М., ГЭОТАР-МЕД, 2001, 778 с.
4. Воробьев А.А., Быков А.С., Пашков Е.П., Рыбакова А.М. Микробиология. Второе издание М.: Медицина, 2003, 330 с

5. Бельский В.В., Московцева А.И. Колонизация *escherichia coli* кишечника и частота выявления плазмидных факторов множественной лекарственной устойчивости и колициногенности у детей на протяжении первого года жизни // Педиатрия, 2007, №1, с.25-28.

6. Лобзин Ю.В., Макарова В.Г., Корвякова Е.Р. и др. Дисбактериоз кишечника (клиника, диагностика, лечение). СПб., 2003, 254 с.

7. Kubitschek H.E. Cell volume increase in Escherichia coli after shifts to richer media // J. Bacteriol., 1990, v.172, N.1, p.94-101.

8. Garmendia J., Frankel G., Crepin V.F. Enteropathogenic and enterohemorrhagic *Escherichia coli* infections: translocation, translocation, translocation // Infect. Immun., 2005, v.73, N.5, p.2573-2585.

9. Bohatschek M., Werner A., Raivich G. Systemic LPS injection leads to granulocyte influx into normal and injured brain: effects of ICAM-1 deficiency // Exp. Neurol., 2001, v.172, N.1, p.137-152.

10. Cetin S., Ford H.R., Sysko L.R. et al. Endotoxin inhibits intestinal ipithelial restitution through activation of Rho-GTPase and increased local adhesions // Biol. Chem., 2004, v.279, N.23, p.24592-24600.

11. Stoll L.L., Denning G.M., Weintraub N.L. Potential role of endotoxin as a proinflammatory mediator of atherosclerosis // Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol., 2005, v.25, N.5, p.38.

12. Chen H.D., Frankel G. Enteropathogenic *Escherichia coli*: unravelling pathogenesis // FEMS Microbiol. Rev., 2005, v.29, p.83-98.

13. Crane J.K., Choudhari Sh.S., Naeher T.M. et al. Mutual enhancement of virulence by enterotoxigenic and enteropathogenic *Escherichia coli* // Infect. Immun., 2006, v.74, N.3, p.1505-1515.

14. Crane J.K., Naeher T.M., Choudhari Sh.S. et al. Two pathways for ATP release from host cells in enteropathogenic *Escherichia coli* infection // Am. J. Physiol. Gastrointest. Liver Physiol., 2005, v.289, p.407-417.

15. Dean P., Kenny B. Intestinal barrier dysfunction by enteropathogenic *Escherichia coli* is mediated by two effector molecules and a bacterial surface protein // Mol. Microbiol., 2004, v.54, p.665-675.

16. Nataro J.P., Kaper J.B. Diarrheagenic *Escherichia coli* // Clin. Microbiol. Rev., 1998, v.11, p.142-201.

17. Frankel G., Phillips A.D., Rosenshine I. et al. Enteropathogenic and enterohaemorrhagic Escherichia coli: more subversive elements // Mol. Microbiol., 1998, v.30, p.911-921.

18. Moon H.W., Whipp S.C., Argenzio R.A. et al. Attaching and effacing activities of rabbit and human enteropathogenic *Escherichia coli* in pig and rabbit intestines // Infect. Immun., 1983, v.41, p.1340-1351.

19. Knutton S., Lloyd D.R., McNeish A.S. Adhesion of enteropathogenic *Escherichia coli* to human intestinal enterocytes and cultured human intestinal mucosa // Infect. Immun., 1987, v.55, p.69-77.

20. Shaw R.K., Daniell S., Frankel G. et al. Enteropathogenic *Escherichia coli* translocate Tir and form an intimin–Tir intimate attachment to red blood cell membranes // Microbiology, 2002, v.148, p.1355-1365.

21. Blocker A., Deane J., Veenendaal A. et al. What's the point of the type III secretion system needle? // Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 2008, v.105, N.18, p.6507-6513.

22. Finlay B.B, Falkow S. Common themes in microbial pathogenicity revisited // Microbiol. Mol. Biol. Rev., 1997, v.61, p.136-169.

23. Gauthier A., Thomas N.A., Finlay B.B. Bacterial injection machines // J. Biol. Chem., 2003, v.278, N.28, p.25273-25276.

24. Roe A.J., Hoey D.E., Gally D.L. Regulation, secretion and activity of type III-secreted proteins of enterohaemorrhagic Escherichia coli O157 // Biochem. Soc. Trans., 2003, v.31, N.1, p.98-103.

25. Khan A.M., Bouzari S., Ma C. et al. Vallance flagellin-dependent and -independent inflammatory responses following infection by enteropathogenic *Escherichia coli* and *Citrobacter rodentium* // Infect. Immun., 2008, v.76, N.4, p.1410-1422.

26. Chilcott G.S., Hughes K.T. The type III secretion determinants of the flagellar anti-transcription factor, FlgM, extend from the amino-terminus into the anti-sigma28 domain // Mol. Microbiol., 1998, v.30, N.5, p.1029-1040.

27. Blocker A., Komoriya K., Aizawa S. Type III secretion systems and bacterial flagella: insights into their function from structural similarities // Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 2003, v.100, N.6, p.3027-3030.

28. Sekiya K., Ohishi M., Ogino T. et al. Supermolecular structure of the enteropathogenic *Escherichia coli* type III secretion system and its direct interaction with the EspA-sheath-like structure // PNAS, 2001, v.98, N.20, p.11638-11643.

29. Kubori, T., Matsushima Y., Nakamura D. et al. Supramolecular structure of the *Salmonella typhimurium* type III protein secretion system // Science, 1998, v.280, p.602-605.

30. Wilson R.K., Shaw R.K., Daniell S. et al. Role of EscF, a putative needle complex protein, in the type III protein translocation system of enteropathogenic *Escherichia coli* // Cell. Microbiol., 2001, v.3, p.753-762.

31. Daniell S.J., Takahashi N., Wilson R. et al. The filamentous type III secretion translocon of enteropathogenic *Escherichia coli* // Cell. Microbiol., 2001, v.3, p.865-871.

32. Daniell S.J., Delahay R.M., Shaw R.K. et al Coiled-coil domain of enteropathogenic *Escherichia coli* type III secreted protein EspD is involved in EspA filament-mediated cell attachment and hemolysis // Infect. Immun., 2001, v.69, p.4055-4064.

33. Kenny B., Ellis S., Leard A.D. et al. Co-ordinate regulation of distinct host cell signalling pathways by multifunctional enteropathogenic *Escherichia coli* effector molecules // Mol. Microbiol., 2002, v.44, p.1095-1107.

34. Marches O., Ledger T.N., Boury M. et al. Enteropathogenic and enterohaemorrhagic *Escherichia coli* deliver a novel effector called Cif, which blocks cell cycle G2/M transition // Mol. Microbiol., 2003, v.50, p.1553-1567

35. Crane J.K., McNamara B.P., Donnenberg M.S. Role of EspF in host cell death induced by enteropathogenic *Escherichia coli* // Cell. Microbiol., 2001, v.3, p.197-211.

36. Donnenberg, M. S., and J. B. Kaper. Enteropathogenic *Escherichia coli* // Infect. Immun., 1992, v.60, p.3953-3961.

37. Ide, T., S. Laarmann, L. Greune, H. Schillers, H. Oberleithner, and M. A. Schmidt. 2001. Characterization of translocation pores inserted into plasma membranes by type III-secreted Esp proteins of enteropathogenic *Escherichia coli* // Cell. Microbiol. 3:669-679.

38. S. C. Clarke,[1,2*] R. D. Haigh,[3] P. P. E. Freestone,[3] and P. H. Williams[3] Virulence of Enteropathogenic *Escherichia coli*, a Global Pathogen 2003.

39. Nataro, J. P., and J. B. Kaper. 1998. Diarrheagenic *Escherichia coli* // Clin. Microbiol. Rev. 11:142-201.

40. Creasey, E. A., D. Friedberg, R. K. Shaw et al CesAB is an enteropathogenic *Escherichia coli* chaperone for the type-III translocator proteins EspA and EspB // Microbiology, 2003, v.149, p.3639-3647.

41. Girón, J. A., A. S. Ho, G. K. Schoolnik. An inducible bundle-forming pilus of enteropathogenic *Escherichia coli* // Science, 1991, v.254, p.710-713

42. Hicks, S., G. Frankel, J. B. Kaper, G. Dougan, and A. D. Phillips. Role of intimin and bundle-forming pili in enteropathogenic *Escherichia coli* adhesion to pediatric intestinal tissue in vitro. // Infect. Immun., 1998, v. 66, p. 1570-1578

43. Sohel, I., J. L. Puente, S. W. Ramer, D. Bieber, C. Y. Wu, and G. K. Schoolnik. Enteropathogenic *Escherichia coli*: identification of a gene cluster coding for bundle-forming pilus morphogenesis // J. Bacteriol. 1996.

44. Delahay, R. M., S. Knutton, R. K. Shaw et al The coiled-coil domain of EspA is essential for the assembly of the type III secretion translocon on the surface of enteropathogenic *E. coli* // J. Biol. Chem., 1999, v.274, p.35969-35974

45. Batchelor, M., S. Prasannan, S. Daniell, et al, Structural basis for recognition of the translocated intimin receptor (Tir) by intimin from enteropathogenic *Escherichia coli*. 2000.

46. Liu, H., P. Radhakrishnan, L. Magoun, M. Prabu, K. G. Campellone, P. Savage, F. He, C. A. Schiffer, and J. M. Leong.. Point mutants of EHEC intimin that diminish Tir recognition and actin pedestal formation highlight a putative Tir binding pocket. Mol. Microbiol. 2002

47. Luo, Y., E. A. Frey, R. A. Pfuetzner et al Crystal structure of enteropathogenic *Escherichia coli* intimin-receptor complex. Nature2000.

48. Cleary, J., L. C. Lai, R. K. Shaw, A. Straatman-Iwanowska, M. S. Donnenberg, G. Frankel, and S. Knutton. Enteropathogenic *Escherichia coli* (EPEC) adhesion to intestinal epithelial cells: role of bundle-forming pili (BFP), EspA filaments and intimin // Microbiology, 2004..

49. Zhou X., Girón J.A.,. Torres A.G et al Flagellin of enteropathogenic *Escherichia coli* stimulates interleukin-8 production in T84 cells. Infect. Immun. 2003.

50. Buttner, D., and U. Bonas. Port of entry—the type III secretion translocon // Trends Microbiol., 2002, v.10, p.186-192.

51. . Cleary, J., L. C. Lai, R. K. Shaw, A. Straatman-Iwanowska, M. S. Donnenberg, G. Frankel, and S. Knutton. Enteropathogenic *Escherichia coli* (EPEC) adhesion to intestinal epithelial cells: role of bundle-forming pili (BFP), EspA filaments and intimin // Microbiology 2004, v.150, p.527-538.

52. Leist M, Single B, Castoldi, AF, Kühnle S, Nicotera P. - Intracellular adenosine triphosphate (ATP) concentration: a switch in the decision between apoptosis and necrosis // J. Exp. Med., 1997, v.185, p.1481-1486.

53. Crane J.K., McNamara B.P., Donnenberg M.S. Role of EspF in host cell death induced by enteropathogenic *Escherichia coli* // Cell. Microbiol. 2001, v.3, p.197-211.

54. Takeshi Nagai‡, Akio Abe§, and Chihiro Sasakawa, Targeting of Enteropathogenic Escherichia coli EspF to Host Mitochondria Is Essential for Bacterial Pathogenesis. 2005

55. Delahay, R. M., S. Knutton, R. K. Shaw, E. L. Hartland, M. J. Pallen, and G. Frankel. The coiled-coil domain of EspA is essential for the assembly of the type III secretion translocon on the surface of enteropathogenic *E. coli*. //J. Biol. Chem., 1999, v.274, p.35969-35974

56. Daniell, S. J., E. Kocsis, E. Morris, S. Knutton, F. P. Booy, and G. Frankel. 3D structure of EspA filaments from enteropathogenic *Escherichia coli* // Mol. Microbiol. 2003, v, 49, p.301-308

57. McNamara B.P., Koutsouris A., O'Connell C.B. et alTranslocated EspF protein from enteropathogenic *Escherichia coli* disrupts host intestinal barrier function // J. Clin. Investig., 2001, v.107, p.621-629.

58. Muza-Moons M.M., Schneeberger E.E., Hecht G.A. Enteropathogenic *Escherichia coli* infection leads to appearance of aberrant tight junctions strands in the lateral membrane of intestinal epithelial cell // Cell. Microbiol., 2004, v.6, p.783-793.

59. Viswanathan, V. K., A. Koutsouris, S. Lukic, M. Pilkinton, I. Simonovic, M. Simonovic, and G. Hecht. Comparative analysis of EspF from enteropathogenic and enterohemorrhagic *Escherichia coli* in alteration of epithelial barrier function // Infect. Immun., 2004, v.72, p.3218-3227.

60. Kenny B., Ellis S., Leard A.D. et al Co-ordinate regulation of distinct host cell signalling pathways by multifunctional enteropathogenic *Escherichia coli* effector molecules // Mol. Microbiol., 2002, v.44, p.1095-1107.

61. Kenny, B., and M. Jepson. Targeting of an enteropathogenic *Escherichia coli* (EPEC) effector protein to host mitochondria // Cell. Microbiol., 2000, v.2, p.579-590.

62. Marches O., Ledger T.N., Boury M. et al Enteropathogenic and enterohaemorrhagic *Escherichia coli* deliver a novel effector called Cif, which blocks cell cycle G2/M transition // Mol. Microbiol., 2003, v.50, p.1553-1567.

63. Crane J.K., Majumdar S., Pickhardt D.F.R. Host cell death due to enteropathogenic *Escherichia coli* has features of apoptosis // Infect. Immun., 1999, v.67, p.2575-2584.
64. Foster, D. B., M. Abul-Milh, M. Huesca, and C. A. Lingwood. Enterohemorrhagic *Escherichia coli* induces apoptosis which augments bacterial binding and phosphatidylethanolamine exposure on the plasma membrane outer leaflet // Infect. Immun., 2000, v. 68, p.3108-3115.
65. Gauthier, A., J. Puente, and B. Finlay. Secretin of the enteropathogenic *Escherichia coli* type III secretion system requires components of the type III apparatus for assembly and localization. // Infect. Immun., 2003, v.71, p.3310-3319.
66. Hueck, C. J. Type III protein secretion systems in bacterial pathogens of animals and plants. // Microbiol. Mol. Biol. Rev., 1998, v.62, p.379-433
67. Cornelis, G. The *Yersinia* Ysc-Yop virulence apparatus // Int. J. Med. Microbiol., 2002, v.291, p.455-462.
68. Julian A. Guttman Fereshte N. Samji, Yuling Li, Finlay. Evidence that Tight Junctions Are Disrupted Due to Intimate Bacterial Contact and Not Inflammation during Attaching and Effacing Pathogen Infection In Vivo 2006
69. Delahay, R. M., and G. Frankel. Coiled-coil proteins associated with type III secretion systems: a versatile domain revisited // Mol. Microbiol., 2002, v.45, p.905-916.
70. Knutton S., Rosenshine I., Pallen M.J. et al A novel EspA-associated surface organelle of enteropathogenic *Escherichia coli* involved in protein translocation into epithelial cells // EMBO J. 1998, v.17, p.2166-2176.
71. Sekiya K., Ohishi M., Ogino T. et al . Supermolecular structure of the enteropathogenic *Escherichia coli* type III secretion system and its direct interaction with the EspA-sheath-like structure // Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 2001, v.98, p.11638-11643.
72. Wilson R.K., Shaw R.K., Daniell S. et al Role of EscF, a putative needle complex protein, in the type III protein translocation system of enteropathogenic *Escherichia coli* // Cell. Microbiol., 2001, v. 3, p.753-762

Daxil olub:18.12.2009

ALLERGIK RINIT VƏ POLLINOZ BRONXIAL ASTMANIN ƏMƏLƏ GƏLMƏSINDƏ RISK FAKTORU KIMI

Məmmədov C.T., Abbasəliyeva K.T.
Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Son onillikdə bronxial astma (BA), allergik rinit (AR) və atopik dermatitlə (AD) xəstələnmə tezliyi xeyli yüksələrək, əksər inkişaf etmiş ölkələrdə əhalinin 39 % - ə qədərini əhatə edir [6]. AR və pollinoz (P) kimi allergik xəstəliklərin ilkin profilaktikası və klinikaya qədərki diaqnostikası BA-nın əmələ gəlməsinin və yayılmasının qarşısını alır.

AR və P ağır xəstəliklər sırasına daxil olmasalar da onların BA kimi ağir allergik xəstəliyə transformasiyasını nəzərə alsaq, bu xəstəliklərin ciddi problem kimi qarşıda durması qaçınılmazdır. Epidemioloji və kliniki müşahidələrin nəticələrinə əsaslanaraq P, AR və BA arasında sıx əlaqə müəyyən edilmişdir. Belə ki, 80% BA-lı xəstələrdə rinit əlamətləri və 10-40% allergik rinitli xəstələrdə BA əlamətləri müşahidə olunur [10]. AR və P-u olan xəstələrin çoxu yüksək bronxial reaktivliyə malikdir. Bu onu göstərir ki, AR və P, BA-nın yaranması üçün risk faktorudur. AR və P-la xəstə olanlar sağlam insanlara nisbətən 3 dəfə çox BA ilə xəstələnirlər [12].

AR - ətraf mühitin allergenlərinin təsirinə cavab olaraq burun selikli qişasında yaranan iltihabi allergik xəstəlikdir. Son illərə qədər AR iki əsas qrupa bölünürdü: mövsümi və ilboyu davam edən AR. 2001-ci ildə ÜST-nın bir qrup müşahidəçiləri AR-i 2 formaya bölməyi təklif etdilər: persistəedici və intermittəedici formalar. Beləliklə, əgər AR 1 həftədə 4 gündən az və ya 1 ildə 4 həftədən az meydana çıxırsa, bu intermittə edən forma, əgər simptomlar həftədə 4 gündən çox və ya 1 ildə 4 həftədən çox olursa, bu persistə edən formadır [13].

AR-in əmələ gəlmə səbəbi bitki çiçək tozcuğu, məişət faktorları, kif göbələkləri və s. ekzoallergenlərdir. Bitki tozcugu allergenləri P-un yaranma səbəbi hesab olunur.

P – "pollen" bitki çiçək tozcuqları ilə sensiblizasiya fonunda toxumada allergik iltihabın inkişafı nəticəsində əmələ gələn, ən çox tənəffüs yollarının, konyunktivanın, dərinin, sinir sistemi, həzm sistemi və digər daxili üzvlərin zədələnməsi ilə xarakterizə olunan allergik xəstəlikdir. Xəstəliyin ən mühüm əlaməti dövri xarakter daşıyaraq, hər il eyni mövsümdə təkrar olunmasıdır.

P müxtəlif ölkələrdə əhalinin 4%-35%-də, bəzi yerlərdə isə hətta, 80%- əhalidə rast gəlinir [11].

Ümumiyyətlə, P-u törədən etioloji faktorlar allergen aktivliyi olan bitki tozcuqlarıdır. Bu allergen xüsusiyyətli bitkilər 3 əsas qrupa bölünür:

1. Ağaclar – qarağac, ağ qovaq, qara qovaq, ağcaqayın, tozağacı, palıd, çinar, iydə, şam, küknar və s.

2. Dənli bitkilər–cır yulaf, çovdar, tülküquyruğu, pişikquyruğu, nanə, ayrıq, dəlicəotu,çobantoxmağı və s.

3. Alaq otları – ambroziya, yovşan, sirkən və s.

Müəyyən olunmuşdur ki, Azərbaycanın şimal zonasında (Quba-Qusar zonası) P törədən əsas allergen bitkilərə ambroziya, yovşan, günəbaxan, qarğıdalı və s., qərb zonasında isə qoz, fındıq, şabalıd, küknar və s. tozcuq allergenləri daha çox əhəmiyyət kəsb edirlər [7].

Hər bir regionun xüsusi çiçəklənmə təqvimi vardır. P törədən bitkilərin Abşeron yarımadasında çiçəklənmə təqvimi aşağıdakı kimidir:

Çiçəklənmə dövrü	Bitkilər
Fevral-mart	fındıq
Mart-aprel	qovaq, söyüd, qarağac və s.
Aprel-may	vələmir, nanə, tülküquyruğu, çinar və s.
May-iyun	zeytun, kətan, çovdar, pişikquyruğu, dəlicəotu, tut və s.
May-iyun-aprel	ayrıq
İyun	qaramuq
İyun-aprel	akasiya
İyun-sentyabr	sirkən
Avqust-sentyabr	qarğıdalı
Sentyabr-noyabr	yovşan

Təqvim 1975-ci ildə prof. C.T. Məmmədov tərəfindən tərtib olunmuşdur(6). P ilə xəstələnmə kənd əhalisinə nisbətən şəhər əhalisində (şəhər havasında tozcuğun konsentrasiyası kənd havasına nisbətən daha az olmasına baxmayaraq) daha geniş yayılmışdır. Bu da onunla izah edilir ki, şəhər əhalisi müxtəlif maşın qazları və atmosferə buraxılmış kimyəvi məhsullarla çirklənmiş hava ilə nəfəs alır. Bitki çiçək tozcuqları belə havaya qarışaraq, uzun müddət insan orqanizminə təsir etmək imkanı əldə edir. Bundan başqa, pollinozlu xəstələrin peşə tərkibinin öyrənilməsi zamanı məlum olmuşdur ki, əqli əməklə məşğul olanlar 58%, kənd təsərrüfatında məşğul olan xəstələr isə yalnız 2% təşkil edir [5].

P-u küləklə yayıla bilən bitkilərin tozcuqları törədir. Təqribən 700 növdən çox allergiya törədən bitkilər məlumdur. Bu bitkilərin tozcuqları çox kiçik 10 – 50 mikrona qədər ölçüdə olur. Tozcuq dənəsinin tərkibi intima – daxili sellüloz membran və ekzima–ikiqatlı xarici səthdən ibarətdir. Tozcuq dənəsinin xarici səthi sporopellindən qurulmuşdur ki, bu da yüksək molekullu polimer yağ turşularından ibarətdir. Ekzimanın səthi tozcuq dənəsinə xarakterik və vacib görünüş verən müxtəlif dişciklər, urlar, tikanlardan ibarətdir. Ümumiyyətlə, tozcuq dənəsinin kimyəvi tərkibi çox mürəkkəbdir və axıra qədər öyrənilməmişdir. Məlumdur ki, onun tərkibində zülallar, yağlar, karbohidratlar, vitaminlər, piqmentlər və hormonlar vardır. Tozcuğun allergen və ya antigen xassəsi onun zülallar və azottərkibli qeyri – zülal birləşmələri ilə əlaqədardır [18]. Tozcuq antigeni təkcə tozcuq dənəsində deyil, həmçinin yarpaqlarda, ağac və ya bitkinin gövdəsində də rast gəlinir. Ona görə də ağac tozcuqlarına qarşı allergiyadan əziyyət çəkən xəstələrdə yarpaqların tökülməsi zamanı xəstəliyin şiddətlənməsi müşahidə oluna bilər.

Tozcuq antigeni nəfəs alma zamanı hava ilə orqanizmə daxil olaraq, burun boşluğu səyrici epitelisi kirpikciklərində, udlağın burun hissəsində və traxeyanın yuxarı şöbələrində ilişərək, saxlanılır. Tozcuqda səyrici epitel hüceyrəsini dağıdan, "nüfuzetmə faktoru" adlanan enzimin olması sayəsində tozcuq antigeni toxumanın dərinliyinə daxil olur. Sağlam adamların burun seliyində bu faktorun aktivliyini tormozlayan zülal təbiətli maddə tapılmışdır [17]. Hesab edilir ki, allergiyalı şəxslərdə bu spesifik zülalın çatmamazlığı olduğundan tozcuq özünü antigen kimi apara bilir.

AR və P patogenezinin əsasında sürətli tipli reaksiya törədən allergik xəstəliklər sırasına daxildirlər. Allergik iltihabın əsas iştirakçıları kimi burunun selikli qişasında İqE antiteli ilə allergen arasında qarşılıqlı əlaqə zamanı özünü göstərən tosqun hüceyrələr, eozinofillər, limfositlər, endotelial hüceyrələr hesab olunur. Formalaşmış İqE bazofillərin və ya tosqun hüceyrələrin səthində fiksə olunur. Allergenlərlə növbəti təmas zamanı bazofil və ya tosqun hüceyrələrin səthindəki İqE – nin aqreqasiyası baş verir və hüceyrələrin tamlığı pozulur. Daha sonra tamlığı pozulmuş tosqun hüceyrələrin daxilində olan bioloji aktiv maddələr – histamin, prostoqlandinlər, leykotrienlər, kininlər və s. xaric olaraq bir neçə dəqiqə ərzində kəskin allergik reaksiyanın yaranmasına səbəb olurlar.

Burun selikli qişasında və konyunktivada yaranan allergik iltihab onların bütün funksiyalarını pozaraq, tipik kliniki şəklin meydana çıxmasına səbəb olur. Bu zaman xəstələr tutmaşəkilli asqırma,

rinoreyya, burunda qaşınma, burun tutulması, gözdə qaşınma, gözdən yaşaxma, "gözdə qum" hissiyyatından şikayətlənirlər.

Allergenin qidaya qarışması zamanı əsas simptomlara mədə - bağırsaq traktının zədələnməsi əlamətləri: ürəkbulanma, qusma, diarreya, qarında ağrılar da qoşulur. Tədqiqatlara əsasən 31% pollinozlu xəstələrdə qida allergiyası da müşahidə olunur [16].

AR və P zamanı diaqnoz anamnezə, kliniki əlamətlərə, spesifik allerqoloji dəri sınaqlarının nəticələrinə və qanda spesifik İqE-nin təyininə əsasən qoyulur.

AR və P-un müalicəsi əsasən 4 etapdan ibarətdir: 1. Eliminasion tədbirlər; 2. Simptomatik farmakoterapiya; 3. Spesifik immunoterapiya və ya allerqovaksinasiya; 4. Xəstələrin maarifləndirilməsi.

Eliminasion tədbirlər mövsümi allergik xəstəliklərin müalicəsində mühüm yerlərdən birini tutur. Tozcuq allergeninə yüksək həssaslığı olan xəstələr xəstəliyin kəskin dövründə yaşayış yerindən digər regiona getməli, açıq havada az olmalı, təbiətlə təmasa meyl göstərməməlidirlər. Eyni zamanda qida rasionundan bitki tərkibli qidalar çıxarılmalı və bitki tərkibli dərman preparatlarından (fitopreparatlar) imtina edilməlidir.

P və AR-in simptomatik müalicəsində allergik iltihabı və onun simptomlarını azaldan preparatlar istifadə olunur. Bu preparatlara antihistaminlər, xromqlikatlar, simpatomimetiklər, xolinolitiklər, kortikosteroidlər aiddir. Xəstələr bu preparatları çiçəklənmə dövründə (xəstəliyin kəskinləşmə dövründə) hər gün qəbul etməlidirlər.

P və AR-in müalicəsində daha çox istifadə olunan əsas preparatlar antihistaminlərdir. Bu preparatların təsir mexanizmi allergik reaksiya zamanı tosqun hüceyrələrdən azad olmuş histaminin effektini azaltmaqdır. Antihistamin preparatlarının daxilə qəbulu zamanı burunda qaşınma, rinoreyya, asqırma, burun tutulması kimi əlamətlər azalır.

Hal-hazırda, antihistamin preparatlar 3 qrupa bölünür:

I nəsil antihistaminlər - sedativ effektə malik olan, qısa müddətli terapevtik təsir göstərən və uzun müddətli qəbul zamanı öyrəşmə yarada bilən preparatlar: suprastin, taveqil, dimedrol, fenkarol, bikarfen, qimebon, diazolin, omeril, pipolfen, peritol və s.-dir.

II nəsil antihistaminlər- daha az sedativ effektə malik olub, öyrəşmə törətməyən preparatlar - loratadin, terfenadin, astemizol, setirizin, kestin və s.

III nəsil antihistaminlərdən feksofenadin (Telfast), dezloratadin (Erius) yüksək selektivli antihistamin preparatlar olub, sedativ effektə malik olmayıb, qaraciyərdə parçalanmır və kardiotoksik təsirləri yoxdur.

Xromqlikat turşusunun nümayəndəsi olan nedokromil allergik cavabda iştirak edən bir çox hüceyrələrə yayılaraq allergik reaksiyanın həm tez, həm də gecikmiş fazalarını tormozlayır. Nedokromilin təsir spektri kromoqlikat Na-un təsir spektrindən daha genişdir.

Ümumi müalicə sxemində damardaraldıcı təsirə malik olan və burun tutulmasını azaldan α-adrenomimetiklərin istifadəsi göstərişdir. Bu dərman maddələrinə afrin, ksimelin, nazivin, tizin və s. aiddir.

P-un və AR-in müalicəsi üçün yuxarıda qeyd olunan preparatlar az effekt verdikdə yüksək iltihabəleyhi aktivliyə malik olan topik yerli qlükokortikosteroidlər müalicəyə əlavə edilir. Bir neçə qrup kortikosteroidlərdən istifadə olunur: mometozon furoat (nazoneks), flutikason propionat (fliksonaze), rinokort, sintaris, bekonaze və s. Kortikosteroidlərin nazal aerozol forması çox vaxt burun tutulması olduqda müalicəyə əlavə edilir. Bu preparatların iltihabəleyhi təsiri ilə yanaşı digər terapevtik effektləri də sübut olunmuşdur:1. rinoreyyanı, asqırmanı və burun qaşınmasını azaldır; 2. selikli qişanın ödemini azaltmaq hesabına burun tənəffüsünü bərpa edir; 3. burunda olan poliplərin ölçüsünü azaldır və onların inkişafını ləngidir [6].

Sübut olunmuşdur ki, nazal qlükokortikosteroidlərlə terapevtik dozalarda uzunmüddətli müalicə zamanı (12-36 ay) burun boşluğu selikli qişasının atrofiyası müşahidə olunmur [19].

P-un və AR-in müalicəsində əsas yerlərdən birini spesifik immunoterapiya və ya allerqovaksinasiya tutur. Spesifik immunoterapiya və ya allerqovaksinasiya üsulu 1911 – ci ildə L. Nun tərəfindən tətbiq edilmiş və effektiv üsul kimi bütün dünyada istifadə olunmaqdadır. Bu üsul prosesin immunoloji dövrünə təsir etməklə, təkcə xəstəliyin simptomlarına deyil, həmçinin allergik reaksiyanın bütün zəncirində dəyişiklik törədir [8]. Müxtəlif müəlliflərin məlumatlarına əsasən allergenspesifik immunoterapiyanın kliniki effekti 70-90 %-a çatır [3,14,15]. Bu üsulla artan dozada allergenin orqanizmə yeridilməsi həssaslığı tədricən aşağı salaraq, xəstəliyin kliniki simptomlarının azalması və ya tam itməsinə gətirib çıxarır.

Qənaətbəxş nəticə alınması üçün müalicə kursunun 3-5 il müddətində aparılması tövsiyyə olunur. SİT farmakoterapiyadan bir çox üstünlüklərə malikdir: 1. Müvəffəqiyyətli SİT kursundan sonra uzun müddətli remissiya əldə olunur; 2. Allergen spektrinin artmasının qarşısı alınır; 3. Xəstəliyin daha da ağırlaşmasının və yaxud da onun daha ağır formaya (atopik BA) keçməsinin qarşısı alınır; 4.Allergiyaəleyhi dərman preparatlarına tələbat azalır.

Tədqiqat nəticələrinə görə SİT kursunu müvəffəqiyyətlə keçmiş 75% BA-lı xəstədə 3-5 illik müalicədən sonra 20 il ərzində xəstəliyin nəzərəçarpacaq kliniki simptomları olmamışdır (9). SİT-in aparılmasında daha yaxşı nəticə həşərat - arı zəhərinə allergiyada 95%-ə qədər, pollinozda 80-90%-ə qədər, məişət allergiyasında 70-85%-ə qədər, göbələk allergiyasında isə 60-70%-ə qədər təsadüfdə əla və yaxşı nəticələr əldə edilmişdir [13].

SİT-də allergenin xəstə orqanizmə müxtəlif üsulla yeridilmə yollarından istifadə olunur: 1.Müalicəvi allergenlərin parenteral yeridilməsi (dərialtı və ya dəriiçi); 2.Allergenin selikli qişaya yeridilməsi (mukozal - buruna, konyunktivaya, ağıza və s.)

Bundan başqa hər iki üsulun birlikdə istifadəsi də mümkündür (kombinə olunmuş üsul).

Müxtəlif sxemlərin və allergenlərin yeridilmə üsullarının istifadəsi zamanı SİT-in ağırlaşma tezliyi və onun ağırlığı da müxtəlifdir. Klassik dərialtı iynə üsulunda yerli reaksiya 5-35 % xəstələrdə, tezləşdirilmiş üsulda yerli və sistem reaksiyalar 12-36 % təsadüfdə müşahidə olunmuşdur [13]. Bəzi ədəbiyyat məlumatlarına əsasən, parenteral üsuldan fərqli olaraq, mukozal allerqovaksinasiyada (peroral, sublinqval, intranazal) yüngül sistem reaksiyalar yalnız 0,5-13% xəstələrdə müşahidə edilmişdir [4,13].

SİT-in uzunmüddətli istifadəsinə baxmayaraq, onun immun sistemə təsir mexanizminin çox az hissəsi öyrənilmişdir. Aparılan çoxsaylı tədqiqatlar sübut edir ki, allerqovaksinin orqanizmə yeridilməsi zamanı bir çox immunoloji dəyişikliklər baş verir. İlk növbədə SİT-dən sonra allergenə qarşı toxuma həssaslığının azalması formalaşır; qeyri-spesifik toxuma hiperreaktivliyinin azalması və nəhayət, allergik iltihabın əlamətlərinin sönməsi müşahidə olunur. İlk müalicə kursundan sonra allergenspesifik İqE-nin titrinin yüksəlməsinin dayanması [13], təkrari müalicə kursundan sonra isə onun səviyyəsinin aşağı düşməsi, sitokinlərin miqdarının normallaşması və İNF γ-nın normal sintezi baş verir [20].

Müayinələr göstərir ki, SİT təkcə İqE və İqG –nin qandakı səviyyəsini deyil, həmçinin İL-2 və İL-4-ün miqdarını da azaldır ki, bu da özünü əsasən kliniki simptomların xeyli sönməsində göstərir. SİT ilə 2 il müalicədən sonra eozinofillərin aktivliyini göstərən eozinofil kation zülalının miqdarı da qan zərdabında və burun seliyində azalmışdır [15].

SİT – də allergenin yeridilməsində əsas parenteral üsul daha çox öyrənilmiş hesab olunur. Bu üsul xüsusi işlənmiş sxemlə, allergenin növündən və xəstənin həssaslıq dərəcəsindən asılı olaraq, onun artan dozada dərialtı yeridilməsinə əsaslanır. Bu zaman allergenin su-duz ekstraktı, 35-55 inyeksiya olmaqla 5-6 ay ərzində yeridilir. Klassik sxemin daha müasir variantında ambulator şəraitdə 8-9 həftəyə, bəzən də allerqoloji şöbədə aparılmaqla 20 günə qədər qısaldıla bilər. Bu üsulda xəstənin daha çox həkimə olan viziti və iynə yerində yaranan yerli reaksiyalar, kompleansın çətinliyi, xəstənin müalicəni düzgün aparmaması və s. görə allergenin daha alternativ yeridilmə yollarını tapmağa məcbur edir.

Beləliklə, son illər bütün dünyada allergenin yeridilməsinin digər üsulu - mukozal allerqovaksinasiya geniş tətbiq olunmağa başlandı. Mukozal allerqovaksinasiyanın intranazal, inhalyasion, peroral, sublinqval və orofarinqeal yeridilmə yollarından istifadə olunur.

Mukozal allerqovaksinasiya atopik BA, P, AR və AD-də istifadə olunur. İndiki dövrə qədər mukozal allerqovaksinasiyada hansı mexanizmlərin aparıcı rol oynadığı hələ də tam aydınlaşdırılmamışdır. Sübut olunmuşdur ki, mukozal üsulda allerqovaksinin yeridilməsi zamanı İL-12-nin sintezi normallaşır, İNFγ-nın sintezi yüksəlir, İL-5, İL-4-ün isə ifrazı azalır. Mukozal allerqovaksinasiyanın allergik iltihaba təsiri – spesifik allergenə qarşı dəri həssaslığı və bronxial hiperreaktivliyin azalması ilə müşayət olunur [13].

Beləliklə, qeyd etmək lazımdır ki, P və AR kimi allergik xəstəliklərin geniş yayılmasına, xəstənin həyat keyfiyyətini kəskin aşağı salmasına, müalicəsində böyük maliyyə məsrəfinə və daha ciddi allergik xəstəlik olan – BA-ya transformasiyasına görə ciddi problem kimi hələ də qarşıda durmaqdadır. Allergenspesifik immunoterapiyada yeni istiqamətlərin işlənməsi, yeni farmakoloji preparatların axtarışı xəstəliyin kliniki simptomlarını minimuma endirir və bu ciddi patoloji prosesin xoşagəlməz nəticələrinin qarşısını qismən alır.

ƏDƏBİYYAT

1. Məmmədov C.T., Alimetov S.N.. Daxili xəstəliklərin propedevtikası. Bakı: Nurlan, 2007, s.321-325

2. Sadıqov Ə.S. Bronxial astmanın diaqnostikası, müalicəsi və profilaktikasına dair ümummilli proqram. Bakı, 2008, c. 11-12
3. Акпарова Ю.А. Специфическая и неспецифическая иммунотерапия поллиноза с применением рекомбинантного интерлейкина-2%: Автореф. дис…. канд.мед.наук. Алматы, 2008, с 15
4. Выхристенко Л.Р. Разработка и апробация перорального и внутрикожного методов аллерговакцинации больных атопической бконхиальной астмой: Автореф. дис. …канд.мед.наук. Витебск, 2002, 22 с.
5. ГанцеваХ.Х., Бурашникова Ю.А. Эпидемиология поллиноза //Аллергология, 1999, №2, с.36-41
6. Горячкина Л.А., Астафьева Н.Г. Специфическая иммунотерапия аллергических заболеваний. 1998
7. Горячкина Л.А., Передкова Е.В., Храмцова Н.Н. Поллинозы. Учеб. Пособие. М., 2004, с. 2-15.
8. Гущин И.С. Аллергическое воспаление и его фармакологический контроль.М.:Фармарус Принт 1998,252 с.
9. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология. Киев, 2006, с.405-409
10. Ильина Н.И., Павлова К.С.Дополнительные возможности выбора интраназальных глюкокортикостероидов в лечении аллергического ринита. Болезни органов дыхания //Consillium medicum, 2009, с.48-53
11. Климанов И.А., Соодаева С.К., Лисица А.В., Чучалин А.Г.. Изменения метаболизма оксида азота при поллинозе и бронхиальной астме // Пульмонология 2006, №4, с.30-32
12. Ненашева Н.М. Аллергический ринит как фактор риска развития бронхиальной астмы // Consilium medicum, 2008, №10, с. 90-97
13. Новиков Д.К., Выхристенко Л.Р. Современные методы специфической иммунотерапии аллергических заболеваний // Аллергол. и иммунология, 2003, №2, с.37-50
14. Осипова В.В. Бронхиальная астма и аллергический риноконъюнктивит: маркеры воспаления и современные подходы к иммунокорригирующей терапии поллиноза: Автореф. дис… канд.мед.наук. М., 2008, 25 с.
15. Сергей Польнер. Поллинозы // Конспект врача, 2003, №36, с. 7-9
16. Федорович С.В., Бутрамьева С.А., Рачинская Г.В.. Перекрестная пищевая аллергия у больных поллинозами // Аллергол. и иммунология, 2003, №2, с. 85-86
17. Хаитов Р.М. Клиническая аллергология. М.: Медпресс-информ, 2002, 623 с.
18. Частная аллергология. Т.2. Под ред.Г.Б. Федосеева. СПб: Нормед-Издат, 2001, 464 с.
19. Passalacqua G., Albano M., Canomica G.W. et al. Position paper. Inhaled and nazal steroids: safety aspects // Allergy, 2000, v.55 (1), p.16-32
20. Strait R.T., Morris S.C., Finkelman F.D. IgG - blocinq antibodies inhibit IgG-mediated anaphylaxis in vivo through both antigen interception and Fc gamma RII b cross-linking //J. Clin. Invest., 2000, v.116, p. 833-841

SUMMARY

ALLERGIC RINITIS AND POLLINOSIS AS A FACTOR OF RISK OF APPEAR BRONCHIAL ASTMA.

Mamedov J.T., Abbasaliyeva K.T.

Recent data on the use of spesific immunotherapy in the treatment of allergic diseases - pollinosis , allergic rinitis are summarized.Ways of increasing mucosal spesific allergovaccination efficacy are analysed.Efficacy and safety of mucosal allergovaccination of pationts with pollinosis and allergic rinitis are presented.

Daxil olub:23.12.2009

UÇUŞLARIN TƏHLÜKƏSİZLİYİNDƏ UÇUŞ FAKTORLARININ TİBBİ CƏHƏTDƏN ÖYRƏNİLMƏSİ

Quliyev N.A., Məmmədov M.Q., Qurbanov A.Q., Namazov İ.İ.
Mərkəzi hərbi klinik hospital, Bakı

Aviasiya texnikasının günbəgün mürəkkəbləşməsi və aviasiya-yerüstü komplekslər qarşısında qoyulmuş operativ-taktiki tapşırıqların genişlənməsi uçuş heyətindən daha dəqiq uçuş vərdişləri, operativ fəaliyyət və yüksək iş qabiliyyəti tələb edir. Uçuş qəzaları və səhv hərəkətlərin öyrənilməsi, pilotun sağlamlığı və iş qabiliyyəti, eləcə də uçuş faktorlarının orqanizmə təsiri ilə əlaqəsinin olub-olmamasını aydınlaşdırmaq aviasiya təbabəti mütəxəssislərinin qarşısında duran əsas vəzifələrdəndir.[17]

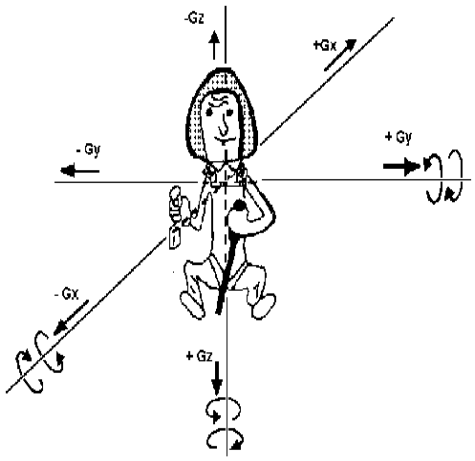
Müxtəlif xarici mühit faktorlarının uçuş heyətinin orqanizminə mənfi təsiri nəticəsində iş qabiliyyətinin azalması baş verə bilər; bu faktorlara aşağıdakılar aiddir: iş yerinin gigiyenik xarakteristikası və ətraf mühit amilləri (temperatur, rütubət, atmosfer qazları, işıqlanma); uçuşun dinamik şərtləri (vibrasiya, küy, müxtəlif istiqamətli düzxətli və bucaq təcilləri); fəaliyyət şəraitinin tez-tez dəyişməsi (barometrik təzyiq dəyişməsi, kabinədə qaz qarışıqlarının əmələ gəlməsi, o cümlədən YSM buxarları); müxtəlif elektromaqnit şüalarının təsiri (UYT, UBŞ, görünən işığın qığılcımları). [11,14,17]

Uçuş fəaliyyətində təcil, barometrik təzyiq dəyişmələri, nəfəs alınan havada oksigenin parsial təzyiqinin aşağı düşməsi, eləcə də vibrasiya və küy xüsusi əhəmiyyət kəsb edir.

Təcil. Uçuş faktorları arasında insan orqanizminə daim təsir edən amillərdən müxtəlif istiqamətli və hüdudlu təcillər vacib əhəmiyyətə malikdir.

Məlumdur ki, radial təcilə dözümlülük baş beynin qan təchizatındakı pozğunluğun dərəcəsindən asılıdır. Qanın başdan axını mərkəzi sinir sisteminin müxtəlif nahiyələrinin funksional pozğunluqlarına səbəb olur. Bu zaman görmə qabiliyyətinin pozulması baş verə bilər. Görmənin pozulması orqanizmin təcilə qarşı ən həssas sahəsidir. Təcil təsirinin ilkin əlamətləri kimi görmə sahəsinin daralması və göz qabağında qara və bozumtul sahələrin olması baş verir. Bu zaman hərəki aktların icra olunması azalır, hərəkətlərin icra olunma vaxtı artır, dəqiqliyi azalır. Bununla əlaqədar yüklənmənin əksi istiqamətində olan hərəkətlərin icrası çətinləşir.

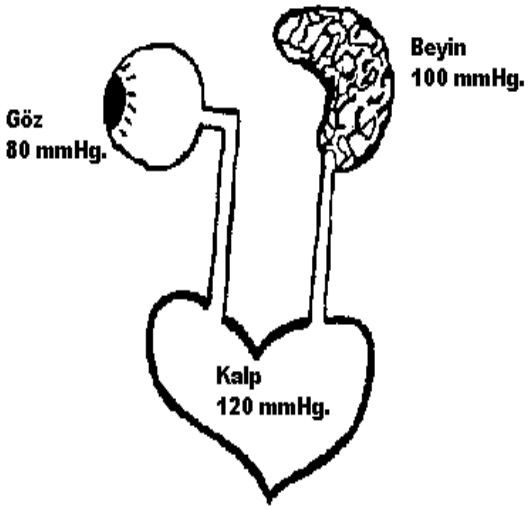
əcilin (akselerasiyanın) bədənə təsiri qüvvələrin bədən oxlarına görə "istiqaməti" ilə müəyyən olunur. Bu qüvvə bədən oxlarına olan istiqamətə görə, "müsbət G" вə "mənfi G" olaraq adlandırılır. Başdan ayaq istiqamətinə yaranan "uyğunsuzluq və ya yerin cazibə qüvvəsi" «müsbət G» qüvvəsini yaradır.



Pilotlar "müsbət G" ilə uçuş zamanı "yat – dön-çək" manevraları və katapult zamanı qarşılaşırlar.

Təbii bir "G" olanda, ürək beyinə lazımi qan axımını verəcək imkandadır. Ancaq "G" səviyyəsi artdıqca qan bədənin aşağı hissələrinə tərəf yayılır və ayaqlarda toplanir. 1 "G" artımi baş səviyyəsindəki qan təzyiqini olduğu miqdardan 22 mm.c.süt. aşaği salir.

Ürək artmış "G" qüvvəsinə dayana bilmədikcə qan təzyiqi düşməyə başlayir. Düşmüş qan təzyiqinin ilk əlamətləri ətrafı görə bilməməkdir. "G" səviyyəsi yüksəldikcə, qan təzyiqi daha da azalır və rəngli görmə itir, ətraf boz rəngə bürünür. Buna "grayout" (bozarma) deyilir. Beyinə gələn qan axımı tamamilə duranda görmə tam itir, ətraf qaraya bürünür, huş aydın olmasına baxmayaraq heç bir şey görmək mümkün olmur. Buna "blackout" (qaralma) deyilir. Beyindəki oksigen ehtiyatı tükənəndə huş itir. Buna "G" ilə əlaqəli şüur itməsi, yəni (G-LOC) deyilir. Pilotun təyyarə üzərindəki nəzarəti tamamilə itir.



«G-LOC» yarandiqdan sonra ortaya çıxacaq əlamətlər bunlardır: qeyri-iradi əzələ dartılmaları, üz, qol və ayaqlarda кeyləşmə, koordinasiyasinin pozulması, «G-LOC» olduğunu başa düşməmək və inkar etmək, yuxu və ya yuxuya dalmaq hissi, inamsizliq, qərarsızlıq, təəcüblənmək, eyforiya, sıxıntı, qorxu, təlimatçiya və ekipaja qarşı negativ münasibət. [5,6,7,8]

Təcilin artması dövründə və təcilin təsirindən ilk 6-30 san. müddətində hərəkət koordinasiyasının pozulmalarına daha çox təsadüf edilir.

Görmə sahəsinin daralması təyyarəçidə cihazların parametrlərinə diqqət yetirməyə maneçilik törədir və bu da öz növbəsində pilotun manevr icra etməsini əngəlləyir. Skelet əzələlərində tonusun reflektoru olaraq artması hesabına hərəkətlərin icra olunmasında müəyyən çətinliklər meydana çıxır. Hərəkətlərin amplitudası qeyri-iradi olaraq artır ki, bu zaman hərəkətlərin tempi aşağı düşür və bununla əlaqədar idarəetmə alətindən istifadədə səhvlərə yol verilir. Radial təcilin təsirindən insanda informasiyanın qəbulu və təhlili imkanları azalır, hərəki vərdişlərin vegetativ komponentinin səviyyəsi əhəmiyyətli dərəcədə artmış olur. Təcil və hipoksiyanın eyni bir vaxtda təsiri zamanı nəzarətetmə funksiyasının daha kobud pozulmaları müşahidə edilir. [5,6,7,9]

Beləliklə, təcilin hipoksiya ilə eyni vaxtda təsiri nəticəsində idarəetmənin effektivliyi azalır, orqanizmin normal funksional imkanları aşağı düşür.

Təcilə dözümlülüyü artırmaq üçün orqanizmin ümumi fiziki hazırlığına xüsusi fikir vermək lazımdır. Təcilin təsiri müddətində aşağı ətraf və qarın boşluğu əzələlərindəki gərginlik daxili orqanlardan qanın yerdəyişməsini təmin etmiş olur. Təcilə dözümlülüyü artırmaq üçün uçuşönü əmək, istirahət və qidalanma rejiminə düzgün əməl etmək, alkoqol qəbulu və siqaret çəkməkdən yayınmaq, uçuş geyiminin iqlim şəraitinə müvafiqliyini nəzərdə saxlamaq vacibdir. Təcilə qarşı orqanizmin dözümlülüyünü artıran vasitələrdən: yüksəklik kompensəedici kostyum (YKK) və yüklənmə əleyhinə kostyumdan (YƏK) istifadə edilməsi məqsədəuyğundur.

BAROMETRIK TƏZYIQ DƏYIŞMƏLƏRI VƏ BAROMETRIK TƏZYIQIN AŞAĞI DÜŞMƏSI. Təyyarə kabinəsinin qəfləti olaraq hermetikliyinin pozulması zamanı kəskin barometrik təzyiq dəyişmələri müşahidə edilir. Kabinənin hermetikliyinin pozulması qəflətən və ya tədricən baş verə bilər.

Məlumdur ki, bu zaman əsas patofizioloji effekt orqanizm boşluqlarındakı sərbəst qazların genişlənməsi və parçalanması (orqanizm mayesində həll olunmuş qazların qazabənzər hala keçməsi) ilə müəyyənləşir. 19-20 km və daha böyük hündürlüklərdə mühafizə vasitələrindən istifadə etmədikdə yüksəklik toxuma emfizeması yaranır. Adətən barometrik təzyiq dəyişməsinin təsiri müxtəlif lokalizasiyalı və xarakterli ağrılarla müşayiət olunur ki, bu da həmişə təyyarəçinin diqqətini uçuş tapşırığını yerinə yetirməkdən yayındırır. Oynaq-bağ aparatında, eləcə də əzələlərdə olan ağrılar təyyarənin idarə olunmasını çətinləşdirir. Güclü ağrılar zamanı ətraflar məcburi bir vəziyyət alır ki, nəticədə həmin ətrafın funksional imkanları pozulmuş olur. Bir çox hallarda baş verən görmə pozğunluqları, nistaqm, diplopiya və s. əlamətlər də idarəetmənin pozulmasına səbəb olur. Belə halda təyyarəçi cihazları pis görür, oradakı informasiyanı düzgün qavrayıb analiz edə bilmir və qeyri-dəqiq qərar qəbul edərək müəyyən səhvlər buraxır. [8, 10]

Dekompensəolunmuş pozğunluqların dəri formalarından qaşınma, yerli qızartı, şişkinlik və bəzən də qansızmalara təsadüf edilir. Bu cür hallarda güclü qaşınma hissi pilotun iş qabiliyyətinə mənfi təsir göstərir. Barometrik təzyiqin düşməsi ilə əlaqədar dekompression pozğunluqlar kəskin oksigen aclığına səbəb ola bilər ki, bu da adətən oksigen-tənəffüs aparatından qeyri-düzgün istifadə zamanı və ya onun düz ekspluatasiya olunmaması hallarında baş verir.

Partlayış dekompressiyasının fizioloji əhəmiyyəti boşluqlu orqanlarda toplanan qazların və havanın genişlənməsi ilə əlaqədardır. Bu da öz növbəsində ikincili sinir-reflektoru əlamətlərə səbəb olur. Hansı ki, bunlar dekompressiyanın zədələyici təsirinin qarşısını almış olur. Fiziki və fizioloji təsiri hesabına partlayış dekompressiyası özünü hərəki reaksiyalarda, orqanizmin ümumi vəziyyəti və davranışında büruzə verir.

Seyrəlmiş atmosferin orqanizmə təsir əlamətlərindən biri-yüksərlik toxuma emfizemasıdır ki, bu da özünü adətən 19 km-dən artıq hündürlüklərdə göstərir. Bu zaman dərinin açıq səthlərində yaranan dərialtı yerli şişkinlik xoşagəlməz gərginlik hissiyyatı və ağrı törədir ki, bu da uçuşun yerinə yetirilməsinə mənfi təsir edərək müəyyən səhvlərin yaranmasına səbəb olur. Dekompression pozğunluqların profilaktikasında təyyarə kabinəsində yüksək hündürlüklər zamanı və stratosferdə barometrik təzyiqin lazımi həddinin gözlənilməsi vacibdir. Bu zaman təmiz oksigenlə nəfəs alma hesabına orqanizmdən azotun desaturasiyası da böyük əhəmiyyət kəsb edir. Yadda saxlamaq lazımdır ki, təmiz oksigenlə nəfəs alma heç də dekompression pozğunluqların tam olaraq qarşısını almır, lakin bu cür çatışmamazlıqların baş verməsini əhəmiyyətli dərəcədə azaltmış olur. Müasir yüksəklik təchizatı vasitələrindən istifadə yüksəklik emfizemasının qarşısını almağa kömək edir. Kompensəedici əlcəklərdən istifadə edilməsi bir qayda olaraq əl barmaqlarında yüksəklik emfizemasının yaranmasına mane olur.

Hipoksiya. Hazırkı dövrdə müasir təyyarələrdə uçuş yerinə yetirərkən təyyarəçilər arasında kəskin oksigen çatışmamazlığına yalnız oksigen-tənəffüs aparatlarındakı nasazlıqlar və ya onlardan qeyri-düzgün istifadə hallarında rast gəlmək mümkündür. Yüksəklik təchizat vasitələrindən istifadə zamanı ən çox aşağıdakı pozğunluqlara təsadüf edilir: oksigen borusunun oksigen cihazına düzgün qoşulmaması, kilidin tam bağlanılmaması, oksigen maskasının düzgün geyinilməməsi və bunun daha böyük hündürlüklərdə, stratosferdə çıxarılması və s. Bütün bu hallar təyyarəçilər tərəfindən buraxılan səhvlərdir və ona görə də bunu "şəxsi faktor " anlayışına aid etmək lazımdır.

Bir qayda olaraq oksigen aclığı kabinənin tam və ya hissəvi olaraq hermetikliyinin pozulması zamanı, xüsusi hündürlük təchizatı vasitələrindən və oksigen-tənəffüs cihazlarından düzgün istifadə olunmaması və bu cihazların nasazlığı zamanı meydana çıxır.

Hipoksiyanın dərəcəsindən asılı olaraq orqanizmdə oksigenin toxumalara paylanmasında kompensator imkanlardan tutmuş, funksional imkanların məhvi və fəaliyyətin tam dayanması halına gətirib çıxaran vəziyyət müşahidə edilə bilər. Oksigen aclığının mərkəzi sinir sisteminə və onun müəyyən sahələrinə təsiri nəticəsində iş qabiliyyətinin azalması baş verir. Kəskin hipoksiyanın ilkin əlamətlərindən biri-tənəffüsün çətinləşməsi və hava çatışmamazlığı hissinin yaranmasıdır. Bu cür hissiyyat hipoksiya təsirinin ilk dəqiqələrində özünü daha aydın göstərsə də təyyarəçi öz diqqətini buna yönəltmir. Bu əlamətlər sonradan ümumi halsızlıq, pulsasiyaedici baş ağrıları və başda ağırlıq hissiyyatı kimi əlamətlərlə maskalanmış olur. Tənəffüsün çətinləşməsi və hava çatışmamazlığı təyyarəçinin ümumi vəziyyətində və davranışında özünü büruzə verməmiş olsa da, baş ağrıları onun diqqətini yayındırır, təyyarənin idarə olunmasına maneçilik törədir. Kəskin hipoksiyanın erkən aşkar olunması uçuş qəzalarına zəminlərin yaxşı sonluqla nəticələnməsinə səbəb ola bilər. Bəzi hallarda isə baş vermiş hipoksiya eyforiya ilə müşayiət olunur ki, bu da hadisələrin qavranılmasında təhrif olunma hallarına gətirib çıxarır. Bu səbəbdən də kəskin ifadə olunan hipoksiya halı heç bir xoşagəlməz hissiyyat törətmədiyindən təyyarəçinin davranışı və uçuş fəaliyyətindəki hər hansı bir kənara çıxma halı əsas simptom kimi qiymətləndirilməlidir. Bu vəziyyətdə təyyarəçi süst olur, hərəkətlərində ləngimələr qeyd olunur,

radiomübadilənin aparılmasında gecikmələr müşahidə edilir. Uçuş tapşırığının icrası zamanı təyyarəçi əvvəl az əhəmiyyətli nöqsanlar buraxsa da, sonradan bu nöqsanlar uçuş parametrlərindən çox kənara çıxmış olur. Hipoksiyanın get-gedə inkişaf etməsi baş verənlərə qarşı laqeydliyə, apatiyaya, rəng duymanın və görmə itiliyinin azalmasına səbəb olur. Nəticədə akkomodasiya funksiyası pozulur ki, bu zaman təyyarəçi məsafənin qiymətləndirilməsində müəyyən səhvlərə yol verir. Daha çox hərəki koordinasiyalar pozulur ki, buna görə də təyyarəçi idarəetmədə böyük çətinliklərlə üzləşərək kobud səhvlər buraxmış olur. Onun hərəkətləri qarışıq və dağınıq olur, verilən komandalara qarşı cavab reaksiyası ləngiyir.

Hipoksiyanın qarşısının alınması istiqamətində vaxtında tədbir görülməsə və ya hündürlükdən vaxtında eniş olmasa bu, yuxululuğa, cavab reaksiyasının tam itməsinə və hipoksik bayılmaya gətirib çıxara bilər. [5,6,7,10,13]

Barokamerada sınaq zamanı zəif dərəcəli hipoksiya zamanı orqanizmdə olan dəyişiklər real uçuşda olan dəyişikliklər ilə üst-üstə düşür. Hipoksiyanın başlanğıc mərhələsində uçuş fəaliyyətinin aşağı enməsi zamanı orqanizmin ümumi vəziyyəti heç də pisləşmir. 5500-6000 m hündürlükdə uçuş zamanı pilot kobud səhvlər buraxdıqda belə onun orqanizmində əhvalın pisləşməsi ilə bağlı heç bir əlamət qeydə alınmamışdır. Bu zaman sınağı dayandırmağa yalnız idarəetmədə olan çətinliklər səbəb olmuşdur. İdarəetmə hərəkətləri bu halda birdən və qarışıq şəkildə icra olunur. 5000m. hündürlükdə ilk 20 dəqiqə ərzində idarəetmə səhvlərinin mütləq həddi ilkin məlumatlarla müqayisədə 3.8 dəfə; 6000 m.-də isə 4.6 dəfə artmış olur.

Sonrakı 20 dəqiqə ərzində isə hipoksiyanın təsiri nəticəsində səhvlərin sayı daha da artaraq 5000 m. hündürlükdə-7,3 dəfə ; 6000 m.-də 7,9 dəfəyə çatır.

Tərkibində 10% oksigen olan qaz qarışığı ilə tənəffüs zamanı trenajorlarda məşq vaxtı səhvsiz idarəolunmanın ümumi müddəti hipoksiyanın təsir müddətindən asılı olaraq azalır. Belə ki, göstərilən şəraitdə idarəetmə 15-20-ci dəqiqədə atmosfer havasındakı ilə müqayisədə 1,8-2,1 dəfə azdır. Əlavə tapşırıqların verilməsi daha böyük səhvlərin baş verməsinə və uçuş fəaliyyətinin aşağı düşməsinə səbəb olur. Bu məlumatlar bir daha sübut edir ki, hipoksiya şəraitində peşə fəaliyyətinin kəskin olaraq aşağı düşməsi və səhvlərin meydana çıxması, eləcə də bunun nəticəsində uçuş qəzalarının baş verməsi labüddür. Bu zaman uçuş fəaliyyətinin aşağı düşməsi öz-özünə yaranmış olur. Təyyarəçi elə hesab edir ki, idarəetməni əvvəlki dəqiqliklə saxlayır. Lakin əslində isə keyfiyyət əvvəlki ilə müqayisədə xeyli enmiş olur. Kəskin oksigen aclığından mühafizə üçün yüksək hündürlüklü uçuşlarda və stratosferdəki uçuşlar zamanı müxtəlif oksigen cihazlarından istifadə olunmalıdır.

Aviasiya həkimi yüksək hündürlüklü uçuşlarda uçuşların fizioloji-gigiyenik xüsusiyyətlərinə, yüksəklik təchizatı vasitələrinin ekspluatasiya və hazırlanmasına dair tələblərə xüsusi fikir verməlidir. Yüksəklik təchizatı vasitələrinin uçuş heyətinin boyuna və ölçülərinə müvafiqliyi aviasiya həkiminin hərbi hissənin mühəndis-texniki heyəti ilə birgə fəaliyyəti nəticəsində mümkün ola bilər. Bu işdə aviasiya təbabəti mütəxəssislərinin də fikirləri nəzərə alınmalıdır. Yüksəklik təchizat vasitələrinin düzgün seçilməməsi və onlardan düzgün istifadə edilməməsi uçuş fəaliyyətinə mənfi təsir göstərən amillərdəndir [3,8].

Yüksək təzyiq altında tənəffüs. 12000 m-dən artıq hündürlükdə kabinənin hermetikliyinin pozulması zamanı təyyarəçidən daha dəqiq, incə hərəkətlərin icrası tələb olunduqda yüksək təzyiq altında tənəffüsə keçilə bilər. Yüksək təzyiq altında tənəffüs oksigen aclığının qarşısını alsa da reflektoru və mexaniki yolla orqanizmə mənfi təsir göstərərək qanın sirkulyasiyasını və xarici tənəffüsü pozmuş olur. Eyni zamanda MSS tərəfindən də xarici mühit qıcıqlarına qarşı reaksiya müddətinin uzanması, tormozlanma, hissiyyat pozğunluqları və s. kimi dəyişikliklər baş verir. Görmə sahəsinin daralması, cihazdakı parametrləri oxumağın çətinləşməsi, sadə və mürəkkəb hərəki reaksiyaların icrası vaxtının uzanması baş verir [1,2,8].

Yüksəklik kompensəedici kostyumda və şlemin altında təzyiqin yaranması zamanı təyyarəçidə bir qədər tormozlanma və hərəki koordinasiyaların pozulması baş verir ki, bu da uçuş səhvlərinin artmasına səbəb olur. Kostyumdakı artmış təzyiq yuxarı ətraf hərəkətlərini məhdudlaşdırır ki, bu isə təyyarəçidən hər hansı bir hərəkəti yerinə yetirmək uçun böyük qüvvə sərf etməyi tələb edir. Hərəkətlər qeyri-dəqiq olur, onların sürəti azalır, başın və gövdənin hərəkətliliyi məhdudlaşır. Bu zaman idarəetmənin keyfiyyətliliyi təzyiqin yüksəkliyi ilə tərs mütənasib olub, yüksəldikcə uçuş fəalyyəti pisləşir. Yüksəklik təchizatı vasitələrinin düzgün seçilməməsi və onlardan düzgün istifadə olunmaması zamanı uçuş fəaliyyətinin aşağı düşməsinə təsadüf edilir. Belə ki, üzün konfiqurasiyası və antropometrik göstəriciləri nəzərə alınmadan oksigen maskasından istifadə etdikdə oksigenin maskanın altından kənara sızması bas verir. Nəticədə isə gözdə qıcıqlanma, göz yaşının axması, konyuktivanın qızarması, göz yarıqlarının daralması müşahidə olunur. Belə halda təyyarəçi maskanı üzünə sıxaraq, gözlərini yummağa məcbur olur ki, bu da idarəetmədə daha böyük səhvlərə gətirib çıxarır.

Yüksəklik kompensəedici kostyumdan (YKK) düzgün istifadə olunmaması onun işçi qabiliyyətini aşağı salır, nəticədə isə hemosirkulyator pozğunluqlar fonunda uçuş fəaliyyəti aşağı düşür.

Uçuş heyətinin yüksək təzyiq altında işləmək qabiliyyətini artırmaq məqsədi ilə trenajorlarda tanışlıq məşqlərinin həyata keçirilməsi vacibdir. Belə məşqlər uçuş heyətində düzgün tənəffüs vərdişlərinin yaranmasına, yüksəklik təchizat vasitələrindən düzgün istifadə adətlərinin yaranmasına səbəb olur. Aviasiya

həkimi isə bu cür məşqlər zamanı təyyarəçilərdə bu amillərin təsirinə qarşı onun orqanizminin dözümlülüyünün davamlılığını müşahidə etməli və təchizat vasitələrinin düzgün seçilməsinə köməklik göstərməlidirlər. Bu cür məşqlər zamanı vaxt intervalını aşmamaq və müvafiq rəhbər sənədlərin tələblərinə əməl olunması vacibdir.

BAYILMA HALLARI. Uçuşlar zamanı şəxsi faktorla əlaqədar uçuş qəzalarına zəminlər və qəza şəraitlərində təyyarəçilər arasında baş verən bayılma və bayılmaönü vəziyyət daha təhlükəlidir. Bu cür hallar müxtəlif səbəblərdən baş verə bilər:

Birinci qrupa emosional davamsızlıq, vegetativ-damar pozğunluqları, neyrosirkulyator asteniya, sinir sisteminin funksional pozğunluqları və s. aiddir.

İkinci qrupa isə orqanizmin müxtəlif səbəblərdən müvəqqəti zəifləməsinə gətirib çıxaran amillər aiddir. Orqanizmin müvəqqəti zəifləməsi isə uçuşönü rejimin pozulması zamanı, yorğunluq, yuxusuzluq, kəskin xəstəliklər, bu və ya digər zərərli adətlər (içki qəbulu, siqaret çəkmə) və s. ilə əlaqədar meydana çıxa bilər.

Orqanizmin dözümlülüyünün aşağı düşməsində xidmətdə və ailə münasibətlərində yaranan mənfi emosional sfera da böyük rol oynayır.

Qorxu hissi, özünə inamsızlıq, hipoqlikemiya və hiperventilyasiya damardaraldıcı effekt ilə nəticələnir ki, bu da baş beyinə qan axınını azaldır və bayılmaya səbəb olur.

Sağlam şəxslərdə bayılma halları həddən artıq yorğunluq, yuxusuzluq zamanı və uçuş faktorları (hipoksiya, əlavə yüklənmə və s.) ilə əlaqəli intoksikasiya təsirindən yarana bilər. Qalxanvarı vəzin üzvi və funksional xəstəlikləri, mədə və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyi hipoksik bayılmaya səbəb ola bilər. Bundan əlavə əvvəlki uçuşlarda baş vermiş qəza şəraiti psixi travmatizasiya da böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Bayılma hallarının meydana çıxması zamanı aviasiya həkiminin qarşısında duran vacib tapşırıqlardan biri də bunun səbəbini müəyyənləşdirməkdir. İlk olaraq bayılmanın şərti və şəraiti, uçuş tapşırığının xarakteri, uçuş hündürlüyü, sürət, yüklənmənin həddi və istiqaməti aydınlaşdırılmalıdır. Oksigen təminatına, cihazların sazlığına xüsusi fikir verilməlidir. Bayılmadan öncə pilotun subyektiv hissiyyatı, əhvalı dəqiqləşdirilməli, uçuşönü tibbi müayinə məlumatları, uçuşönü istirahət rejimi, emosional vəziyyəti və eləcə də bayılmadan sonrakı tibbi müayinə məlumatları dəqiqləşdirilməlidir. Sonra isə uçuş tapşırığını yerinə yetirmə zamanı huşun itməsinə səbəb ola biləcək bilavasitə səbəblər müəyyən edilir.

Bayılma hallarının olması zamanı təyyarəçinin uçuş işinə yararlılıq məsələsi MN MHKH-nın UHHE bölməsində müvafiq müayinələrdən sonra həkim mütəxəssislərinin rəyinə əsasən müəyyənləşdirilə bilər.

UÇUŞ QƏZALARININ YARANMASINDA TƏYYARƏÇININ FƏRDI-PSIXOLOJI XÜSUSIYYƏTLƏRININ ƏHƏMIYYƏTI Əksər hallarda təyyarəçinin fəaliyyətinin keyfiyyəti onun fərdi-psixoloji xüsusiyyəti ilə müəyyən olunur. Səhv hərəkətlərin öyrənilməsi, eyni vaxtda şəxsiyyətin öyrənilməsi metodlarından biri olduğundan, həmin səhvlərin əksər hallarda səbəbi şəxsiyyətin xüsusiyyətləri ilə əlaqəli olur.

Fərdi-psixoloji xüsusiyyətlərin meydana çıxması psixi proseslər, psixi vəziyyət və şəxsiyyətin psixi xüsusiyyətləri səviyyəsində baş verir. Fəaliyyət keyfiyyətinin dəyişməsi adətən psixi pozğunluqlar ilə əlaqədar meydana çıxır və bu psixi proseslər emosional, iradi və qavrama olmaqla üç yerə ayrılır.

Qavrama prosesləri daha böyük əhəmiyyət kəsb edir ki, buna: dərketmə, hissetmə, nitq, yaddaş, düşüncə, eləcə də diqqət aiddir. Bütün bunlar insanın psixi fəaliyyətinin əsasını təşkil edir.

Uçuşun çətin elementlərinin icrası diqqət funksiyasına yönəlmiş əhəmiyyətli yüklənmə ilə xarakterizə olunur. Diqqətsizlik və ya diqqətin yayınması təyyarənin idarə olunmasında ciddi səhvlərə gətirib çıxarır. Hər hansı bir hərəkətin icra olunmaması və ya icrasının unudulması, yaddan çıxarılması çoxsaylı informasiyanın qəbulu nəticəsində də yarana bilər ki, bu halda pilot həmin informasiyanın öz beynində təhlilinə diqqət ayıra bilmir. Gərginlik və ya yüklənmə ilə əlaqədar olaraq uçuş heyəti uçuş tapşırığını yerinə yetirərkən baş verən diqqətsizlik radiomübadilənin aparılmasında və radio vasitəsi ilə komandaların qəbulunda çətinliklər törədir. Bəzi halda isə bu, uçuş qəzalarına zəminlərə gətirib çıxara bilər. Diqqətin düzgün bölüşdürülməməsi adətən yerüstü hədəflərə atəşlər zamanı aşkar müşahidə edilir. Bu zaman hədəfi bombalamaq, məhv etmək istəyi pilotun digər fəaliyyətləri üzərində dominantlıq etmiş olur ("hədəfin hipnozu"). Lakin buna oxşar səhvlər pilotun təcrübəsizliyindən də irəli gələ bilər [3,15,16].

Diqqətin qeyri-düzgün bölüşdürülməsi ilə əlaqədar olan səhvlər əksər hallarda təyyarənin idarə olunmasındakı vərdişlərin yetkinsizliyinin nəticəsi kimi baş verir. Tək-tək hallarda isə bu, təyyarəçinin fərdi xüsusiyyətləri, diqqətinin yayınması ilə əlaqədar meydana çıxa bilər. Bu cür keyfiyyətlər müvəqqəti xarakter daşıyaraq təlim prosesləri nəticəsində aradan qaldırıla bilər. Diqqətin qeyri-düzgün bölüşdürülməsi bəzən təcrübəli təyyarəçilərdə də təsadüf edilir ki, bu da davamlı təcrübə toplanana qədər təyyarə kabinəsində müntəzəm məşqlər tələb edir. Belə məşqlər heç bir effekt vermədikdə, təyyarəçinin eksperimental-psixoloji müayinəsi aparılmalıdır. Bu müayinə baş vermiş səhvlərin pilotun davamlı fərdi psixojoli xüsusiyyətləri ilə əlaqəsini müəyyən etməyə imkan verir.

Baş vermiş uçuş qəzalarından və ya qəza şəraitlərindən sonra təkrar səhvlər zamanı eksperimental-psixoloji müayinə daha vacibdir.

Bəzənsə belə fərdi-psixoloji xüsusiyyətlər hər hansı bir xəstəliklər, xüsusən də baş beyin damarlarının sklerozu ilə əlaqədar meydana çıxa bilər. Xüsusi psixoloji müayinələrin köməyi ilə bu halda yaddaş zəifləməsi, lazımi tempdə işləmək qabiliyyətinin aşağı enməsi aşkarlanmış olur.

Psixoloji müayinələr adətən xarici mühit faktorlarının, intoksikasiyaların təsirindən funksional imkanların aşağı düşməsini aşkarlamağa kömək edir. Belə ki, tez-tez alkoqol qəbulu zamanı təlimatın qavranılmamasına yönəlmiş intellekt enir, diqqətin bölüşdürülməsi çətinləşir, əqli iş qabiliyyəti və yaddaş zəifləyir. Bundan əlavə iradi keyfiyyətlərin azalması və emosional-vegetativ labilliyin kəskin ifadə olunması meydana çıxır.

Emosional labillik özünü aparmaq qabiliyyətinə mənfi təsir edir, çətin vəziyyətlərdə özünə inamsızlığa və yüksək gərginliyə səbəb olur. Bütün bunlar vegetativ-sinir sistemində dəyişikliklərlə müşayiət olunur. Əksər halda əhvalın pisləşməsi, ümumi zəiflik, ağızda quruluq, gözlərin önündə boz pərdə hissiyyatı, boğazda nəyinsə ilişib qalma hissi və uçuşdan qorxma baş verir.

Vaxt defisiti uçuş fəaliyyətinin aşağı düşməsinə və əhvalın pisləşməsinə səbəb olur. Bu, xüsusən sinir sistemi zəif olan şəxslərdə daha böyük çətinliklər yaradır. Belə şəxslərdə emosional fon stereotipin yenidən formalaşmasını çətinləşdirir və MSS tərəfindən arzuolunmaz reaksiyalara səbəb olaraq iş qabiliyyətini aşağı salır.

Eksperimental-psixoloji müayinə əksər hallarda orqanizmin astenizasiyasını aşkar etməyə və yorğunluqla əlaqədar onun funksional imkanlarının aşağı enməsini aşkarlamağa imkan verir.

Emosional davamsızlıq fonunda iş qabiliyyətinin aşağı düşməsinə həddən artıq psixi gərginlik səbəb olur ki, bu da çox vaxt emosinal-motor, emosional-sensor və emosional-intellektual pozğunluqlar şəklində özünü biruzə verir.

Emosional-motor pozğunluqlar emosional amillərin təsiri nəticəsində meydana çıxır və hərəkətlərin koordinasiyası və dəqiqliyinin azalması, "sıxıcı" idarəetmənin baş verməsi ilə xarakterizə olunur. Bu da təyyarənin qeyri- dəqiq və təhlükəli idarə olunmasına səbəb olur.

Emosional-sensor pozğunluqlar emosional amillərin təsiri və eləcə də müxtəlif analizatorların funksiyalarının müvəqqəti zəifləməsi nəticəsində özünü biruzə verir. Bunlar adətən cihazdakı göstəricilərin ləng və çətinliklə qəbul edilməsi, radiomübadilənin və verilən komandaların gec mənimsənilməsi şəklində meydana çıxır. Əgər uçuş iş qabiliyyəti aşağı olan pilot tərəfindən yerinə yetirilərsə, onda bu cür əlamətlər daha tez özünü göstərmiş olur. İş qabiliyyətinin enməsinə səbəb ola biləcək amillərə yorğunluq, uçuşönü rejim pozğunluqları. xəstəliklər, mübahisəli vəziyyətlər və s. aid edilə bilər.

Emosional-intellektual pozğunluqlar öz hərəkətlərinə kiçik qiymət vermənin enməsi, düşüncə əməliyyatlarının çətinləşməsi(xüsusən də assosiativ düşüncənin), yaddaşın müvəqqəti zəifləməsi, donuqluğun yaranması vəs. ilə müşayiət olunur. Stress halı insanlarda müxtəlif formalarda özünü biruzə verir: tormozlanma forması hansı ki, iş qabiliyyəti kəskin olaraq enir və təyyarəçi müvafiq hərəkətləri icra edə bilmir; impulsiv forma- düşünülməmiş xaotik hərəkətlərlə xarakterizə olunur; generalizə olunan forma bu hal üçün fəaliyyət tempinin enməsi xarakterik olub, hərəkətlərin diskoordinasiyası və vegetativ funksiya pozulmaları baş verir. [14,18]

Stress zamanı ən çox yayılan qavrama pozğunluqlarına konsentrasiya və diqqətin daralması, verilən komandalara vaxtında reaksiya verilməməsi aiddir.

Stress vəziyyəti əksər halda böyük psixi yüklənməyə və ya uçuşun qeyri-adi və təhlükəli vəziyyətinə qarşı cavab reaksiyasıdır. Aşağıdakı hallar bu cür vəziyyətə səbəb ola bilər: uçuş hazırlığının səviyyəsinin uçuş tapşırığına uyğun gəlməməsi; təhlükəli uçuş vəziyyətlərinə dair məşqlərin lazımi səviyyədə aparılmaması; xəstəlik, istirahət rejiminin pozulması və digər amillərlə əlaqədar təyyarəçinin orqanizmində baş verən funksional pozğunluqlar; uçuş zamanı güclü emosional amillərin təsiri; təyyarəçinin fərdi-psixoloji keyfiyyətlərinin təlim-tədris prosesində nəzərə alınmaması və s.

Uçuşlar zamanı hər hansı səhvlərin buraxılmaması təyyarəçinin qəza şəraiti zamanı hərəki vərdişləri və avtomatizmi ilə yanaşı, onun psixi(sensor və intellektual) keyfiyyətlərinin səviyyəsindən də asılıdır. Bu halda informasiyanın düzgün qəbulu, operativ düşüncə və təhlil, doğru qərar qəbul etmək qabiliyyəti və s. vacib şərtlərdəndir.

Bəzən uçuş heyətinin psixi xüsusiyyətlərini qiymətləndirərkən psixi reaksiyaların adətən hər hansı bir sinir sistemi xəstəliyi ilə əlaqədar (nevroz, baş beyin damarlarının aterosklerozu və s.) olması faktı üzə çıxır.

Xüsusi psixoloji metodlar təyyarəçinin mənfi psixi xüsusiyyətlərini(konfliktə meyllilik, aşağı səviyyəli emosionallığın olmasını, etik qaydaları gözləməmək və s.) aşkar etməyə, eləcə də onun iş qabiliyyətinin səviyyəsini qiymətləndirməyə imkan verir.

Uçuşdan sonra dərhal tibbi müayinənin aparılması pilot üçün çətinlik törədə biləcək şəxsiyyət xüsusiyyətlərinin (yuxarı və aşağı ətrafların əsməsi, göz qapaqlarının tremoru, üz əzələlərinin titrəməsi, tez-tez udqunma hərəkətləri, hiperhidroz və s.) aşkarlanmasına əsas verir. Adətən pilot uçuşda baş verən vəziyyəti barədə həmin an məruzə edə bilmir.

Yeni tip aviasiya texnikasının öyrənilməsi prosesində təyyarəçinin psixoloji xüsusiyyətləri daha aşkar özünü biruzə verir. Öyrənmə prosesinin əvvəlində bütün pilotlarda yeni vərdişlərin yadda saxlanılmaması müşahidə olunur. Peşə təcrübəsi və fərdi xüsusiyyətlərdən asılı olaraq bəzi təyyarəçilərdə bunlar tez yaddan çıxır, digərlərində isə bu, davamlı xarakter daşıyır.

Öyrənmə-tədris prosesində geri qalan təyyarəçilərin eksperimental-psixoloji müayinəsi zamanı verilən tapşırıqların yadda saxlanılmasının çətinləşməsi müşahidə edilir. Belə şəxslərdə sağlamlıq nöqteyi – nəzərdən heç bir patologiyaya təsadüf edilmir.

Ümumiyyətlə, təlimatçılar və komandirlər tərəfindən söylənən rəylər və eksperimental-psixoloji müayinənin nəticələri pilotun sonrakı uçuş işini davam etdirməsi məsələsinin həllində böyük rol oynayır. Sonrakı əlavə trenajor məşqləri və ya ikinəfərlik təyyarədəki real uçuşun yerinə yetirilməsi düzgün qərar qəbuluna kömək edə bilər. Ehtiyac olduqda isə təyyarəçi MN-nin MHKH-da ambulator və ya stasionar şəraitdə müayinəyə cəlb oluna bilər. [1,2,4]

Eksperimental-psixoloji müayinələrin təcrübəsi göstərir ki, sinir sistemindəki tormozlanmalar uçuşların tədrisi prosesində kobud səhvlərə səbəb olur. Bu zaman təyyarəçidə qərarsızlıq, hərəki vərdişlərin formalaşmasının çətinləşməsi, diqqət yayınmaları və s. müşahidə olunur.

Təyyarəçilər tərəfindən buraxılan səhvlərin daha dəqiqliklə öyrənilməsi və onların psixoloji müayinəsi bu səhvlərin bəzi psixoloji keyfiyyətlərlə (özünə inamsızlıq, diqqətin gec cəmləşdirilməsi, qazanılmış vərdişlərin unudulması) əlaqəsini sübut etmişdir. Bir çox hallarda isə diqqətlə bağlı buraxılan səhvlər sağlamlığında pozğunluğu (vegetativ-damar çatışmamazlığı) olan şəxslərdə özünü daha aydın göstərmişdir. Müayinə zamanı bu şəxslərdə diqqətin daralması , vaxt defisiti zamanı müvafiq tempdə işləmək qabiliyyətinin azalması, düşünmə qabiliyyətinin aşağı səviyyədə olması aşkar edilmişdir.

Beləliklə, psixoloji müayinə ilə birgə səhvlərin analizi təyyarəçinin fərdi xüsusiyyətlərini müəyyən etməyə imkan verir. Psixoloji müayinə zamanı uçuş vərdişlərinin kursantlar arasında ləng qavranılması və tez yaddan çıxarılması onlarda diqqətsizliyin olması, yaddaşın zəifliyi və s. aşkar edilmişdir.

Ümumiyyətlə, səhv hərəkətlərin şəraitini qiymətləndirərkən nəzərə almaq lazımdır ki, təlimatçı ilə birgə uçuş yerinə yetirən pilot və kursantlarda psixoloji vəziyyət adi halda olduğundan fərqlidir. Bəzən bu özünü qıcıqlanma, gərginlik şəklində, digər halda isə süstlük, donuqluq kimi biruzə verir.

Beləliklə, şəxsi faktorun uçuş fəaliyyətindəki rolu hər bir təyyarəçinin fərdi xüsusiyyətlərinin və onun buraxdığı səhvlərin, səhv hərəkətlərin hərtərəfli öyrənilməsi zamanı müəyyən edilə bilər. Təyyarəçinin buraxdığı hər bir səhvə onun sağlamlığı, fəaliyyət şəraiti və tədris prosesindəki şərtlərlə səbəb-əlaqə amili kimi baxılmalıdır.

Təyyarəçinin fəaliyyətinin psixoloji analizi və eksperimental müayinə uçuş fəaliyyətinin təyyarəçinin fərdi-psixoloji xüsusiyyətləri ilə əlaqəsinin olmasını aşkar etməyə imkan verir.

ƏDƏBİYYAT

1. Azərbaycan Respublikası Silahlı Qövvələri aviasiyasının uçuşların aparılması təlimatı (UAT – 2002).
2. Aviasiya hərbi hissələrində tibb xidmətinin təşkilinə dair metodik göstərişlər. Bakı-2006.
3. Azərbaycan Respublikası Müdafiə Nazirinin 30.09.2003-cü il tarixli 447 saylı əmri ilə qüvvəyə minmiş «Azərbaycan Respublikası Silahlı Qüvvələri aviasiyasının uçuşlarının tibbi təminatı haqqında təlimat» Bakı-2003.
4. Azərbaycan Respublikası Müdafiə Nazirinin 09.02.2003-cü il tarixli 55 saylı əmri ilə qüvvəyə minmiş «Azərbaycan Respublikası Silahlı Qüvvələri aviasiyasının uçuş heyətinin tibbi şəhadətləndirilməsi haqqında Əsasnamə». Bakı, 2003.
5. Quliyev N.A. Uçuşların təhlükəsizliyində insan faktorunun tibbi-fizioloji xüsusiyyətləri. Hərbi bilik -2008.-№5
6. Sacil Kılınçer. Fiziolojik Eğitim ders kitabı. Etimesgut-Ankara, 2001.
7. Havaçılık tıbbı el kitabı. Rehberlik / Hv. Rlt. Korğ. Erdoğan Öznal, Doç. Hv. Tbp. Alb. Muzaffer Çetinguçun redaktorluğu ile/ - Eskişehir: 1995.
8. Авиационная медицина. Учебник / Под ред. Н.М. Рудного, В.И. Копанева. Л.: ВМедА, 1984.
9. Бодров М.А., Алпатов И.М., Драч Л.Г. Проблемы личного и человеческого факторов в безопасности полетов. Тематический научный сборник. М. Воениздат, 1987.
10. Вавилов И.И. Предпасылки летных происшествий, связанные с действием на организм высотных факторо // Вапросы авиации. Мед., 1966, вып. 31. М. ВВС
11. Геллерштейн С.Г. Значение «личного фактора» в летных происшествиях и методы его изучения. / Тезисы доклада науч. конфен. Воинфака ЦИУВ. М., 1948
12. Доброленский Ю.П. Методы инжинерно-психологических иследований в авиации. М., 1975
13. Иванов Д.И., Рудный Н.М. Норма реакции и динамика ее как показатель функсионального состояния организма / Вопросы мед. исслед. и изучения летного состава. Вып.23.. М., 1975,

14. Куприянов А.А., Логвиненко Г.Л. Медицинские вопросы изучения и предупреждения предпосылок к летным происшествиям, связанных с личным фактором. М. Воениздат, 1980.
15. Пономаренко В.А., Завалова Т.Д., Логвиненко Г.Л. и др. Медицинский и психологический анализ ошибочных действий летнога состава. Пособие для авиацинных врачей. М., Воениздат, 1978.
16. Методические указания по медицинскому изучению предпасылок к летным происшествиям и ошибочных действий летчиков в палете. М. ВВС, 1974
17. Медицинские вопросы расследования летных происшествий / Под редакции Гозулова С.А. М. Воениздат, 1983.
18. Руководство во предотвращению летных происшествий в авиации вооруженных сил СССР / Под редакции Соловьева В.М. М. Воениздат, 1990.

Daxil olub:18.01.2010

ИНФОРМАЦИОННЫЕ СИСТЕМЫ ДЛЯ УЧЕТА БОЛЬНЫХ С ЮВЕНИЛЬНЫМИ АРТРИТАМИ

Алекперов М.М.,Гаралова М.З.
Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку

В последние года большое внимание уделяется внедрению информационных технологий в практику здравоохранения [1].

Указ Президента Азербайджана «Об информации, информатизации и защите информации» [18] определяет суть информатизации как «процесс создания оптимальных условий для удовлетворения информационных потребностей ... на основе формирования и использования информационных ресурсов».

Задачами, решаемыми с помощью компьютерных технологий, являются [19]: управление здравоохранением, управление специализированными медицинскими службами, управление лечебно - профилактическими учреждениями, информационная поддержка медицинского персонала, мониторинг уровня здоровья населения, информационное обеспечение научной работы.

По мнению А.Д.Царегородцева, Б.А.Кобринского [20] автоматизированные регистры и компьютерные системы поддержки решений врачей - педиатров и организаторов здравоохранения обеспечивают переход службы охраны здоровья детей на новый уровень, повышению эффективности ее деятельности и, в конечном итоге, более ранней диагностике заболеваний, снижению инвалидности и смертности детей.

Зекий О.Е. [5] считает, что основной стратегией развития учреждений здравоохранения является ИТ - стратегия, направленная на повышение качества медицинского обслуживания населения, эффективности системы образования управления ресурсным потенциалом системы здравоохранения.

Стародубов В.И., Берсенева Е.А. [15] полагают, что эффективное управление здравоохранением невозможно без использования информационных технологий.

По мнению Лепаева Ю.В., Кипарисовой Е.С. [10] медицинские информационные системы являются основой реформ российского здравоохранения. Авторы считают, что программирование медицинских ИКТ должно основываться на системном подходе и двух стандартах: электронной записи о пациентах и протоколе электронного обмена данными.

Романенко В.Ю., Костин О.Н., Коноплева О.П., Балашов Д.В. [13]: читают, что активное реформирование системы здравоохранения приводит к изменению требований к оформлению и ведению медицинской истории болезни (ИБ). По данным Полесского В.А., Мартынчика С.А., Запороженко В.Г. [12] функционирование системы мониторинга здоровья и качества жизни предполагает организационное взаимодействие субъектов первичного звена здравоохранения с целью подготовки и передачи в электронном виде медицинских регистров заболеваний, медицинских карт и протоколов оценки здоровья.

На необходимость создания единого информационного пространства в здравоохранении РФ указывают ряд авторов [14]. По мнению Я.И.Гулиева, С.И.Комарова [3] информатизация здравоохранения как одна из важнейших составляющих системы национальной безопасности отвечает стратегическим целям государства. Кобринский Б.А. [6] считает, что прогресс в охране здоровья населения основан прежде всего на внедрении в практику здравоохранения современных научных разработок, в том числе информационно - компьютерных технологий, обеспечивающих поддержку принятия врачебных решений.

По мнению В.К.Гасникова [1], Г.С.Лебедева [9] для развития управления необходимо формирование единого информационного пространства отрасли, создание единой системы ведения

справочников и классификаторов, разработка и внедрение медицинских информационных систем (МИС) территориального и федерального уровня.

Б.А.Кобринский [7] определяет единое информационное медицинское пространство как распределенную базу данных (БД) всей медицинской информации с возможностью санкционированного доступа для каждого врача к любым данным о пациенте, которые могут быть получены оперативно или через определенный промежуток времени с использованием телекоммуникационных каналов из любого учреждения.

Одной из ведущих информационных технологий, необходимых для функционирования Единой информационной среды, являются медицинские информационные системы, призванные обеспечить доступ ко всем необходимым сведениям о пациенте независимо от времени и места их сбора и хранения.

По мнению Я.И.Гулиева, С.И.Комарова [3], Козлова А.В., Бородиной Е.Е., Бородина О.Ю. [8] интегрированная информационная система должна отвечать ряду требований, в том числе: концентрация вокруг пациента, автоматизацией оформления документации, автогенерация статистических отчетов, представление медицинской информации в динамике, регламент доступа к медицинской информации.

Мильштейн М.И., Подкорытов Е.М., Антипов СМ. и др. [16] считают, что персонифицированные медицинские архивы позволяют наблюдать и анализировать патоморфоз различных нозологических форм и оценивать эффективность проведенного лечения.

В то же время, по данным Эльянова М.М. [23], изучившего 75-80% рынка МИС, около 82% всех современных разработок оставляют системы для администрации и задач обязательного медицинского страхования и только около 10% - системы для решения собственно медицинских задач. В журнале «Врач и информационные технологии» за 2004 год только 6% всех публикаций посвящены МИС для врачей [4]. Несмотря на большое количество разработанных автоматизированных мест (АРМ) врача полноценных разработок, поддерживающих врача на всех основных этапах его деятельности (заполнение первичных документов, осмотр пациента, обследование, назначение лечения, генерация протоколов) единицы [4]. По мнению А.В.Гусева, И.П.Дуданова, Ф.А.Романова, А.Г.Дмитриева [11] сложившаяся ситуация может быть обусловлена такими факторами, как недостаточность финансовых ресурсов, нерешенность юридической базы по защите медицинских работников, применяющих информационные технологии.

Классификации МИС посвящен ряд работ [2]. Отнесение МИС к тому или иному классу позволяет определить состав классификаторов, вторые должны поддерживаться в МИС, состав входных и выходных данных, их форматы.

Большинство авторов отмечают высокую стоимость информационных систем, что препятствует их широкому внедрению. В то же время в некоторых работах [22] показано повышение клинической, организационной и экономической эффективности функционирования больницы, повышение уровня качества лечения пациентов при уменьшении затрат.

По данным Троегубова В.И., Агалакова В.И., Бельтюкова В.Ю. [17] ведение истории болезни в электронном виде занимает меньше времени, открывает широкие возможности для анализа работы врача, существенно облегчает заполнение медицинской документации, что привело к положительным экономическим, организационным и клиническим эффектам.

По мнению Черных Т.М. [21] с позиций медико - экологического мониторинга перспективной является разработка персонифицированного регистра ревматических больных с применением информационных технологий, математического моделирования, системного анализа. Автором разработан регистр больных системной красной волчанкой, который позволяет изучать эпидемиологические особенности СКВ, проводить персонифицированный мониторинг течения болезни, оптимизировать фармакотерапию .

В доступной нам литературе имеются единичные работы, посвященные разработке информационных систем для учета, регистрации больных с ревматическими заболеваниями, в том числе с ювенильными артритами [26].

Яковлевой Л.В., Платоновым Д.В. [24] разработана электронная история болезни, адаптированная к наблюдению больных ювенильным ревматоидным артритом.

В работе Kuemmerle - Deschner J.B., Bergmann J., Ihle J. et al. [25] сообщается о разработке базы данных и информационной системе по больным ревматическими заболеваниями. ARDIS организована по модульному принципу. Предусмотрен сбор информации по следующим модулям: анамнез жизни, анамнез ревматического заболевания, физикальные данные, суставной статус, данные лабораторно - инструментальных исследований, диагноз, лечение.

Minden K., Niewerth M., Listing J., Zink A. [26] сообщают о работе Немецкой национальной ревматологической базе данных, включающей информацию о 2488 детей с ревматическими заболеваниями, в числе которых 931 ребенок с ювенильным хроническим артритом, 86 с ювенильной спондилоартропатией, 65 с ювенильным псориатическим артритом.

Таким образом, многие авторы указывают на необходимость внедрения информационных технологий, в том числе регистров больных. В то же время только в зарубежной литературе опубликованы единичные работы, посвященные разработке регистров детей, больных ювенильными артритами и другими ревматическими болезнями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гасников В.К. О методологических проблемах развития информатизации управления в здравоохранении // Врач и информационные технологии, 2004, № 1, с. 4-11
2. Гаспарян С.А. Классификация медицинских информационных систем // Врач и информационные технологии, 2005, № 3, с. 20-28
3. Гулиев Я.И. Медицинские интегрированные информационные системы: теория и практика // Врач и информационные технологии, 2004, № 3, с.29-32
4. Зарубина Т.В. Целевое использование информационных технологий -неотъемлемое условие эффективного здравоохранения // Врач и информационные технологии, 2005, № 3, с.11-14
5. Зекий О.Е. Информационные технологии - основа стратегии развития учреждений здравоохранения и системы медицинского образования в XXI веке) / Медицинские компьютерные технологии. Тез. докл. М., 2005, с. 334-337
6. Кобринский Б.А. Интеграция медицинских информационных систем (на пути к электронному здравоохранению) // Врач и информационные технологии, 2005, № 2, с.16-22
7. Кобринский Б.А. Концепция единого информационного медицинского пространства: Новая технология интеграции данных о состоянии здоровья // Вестник РАМН, 1994, № 1, с. 53-56
8. Козлов А. В. Информационные технологии в работе научно-исследовательского института / Инновационные технологии медицины XXI века: матер, первого Всерос. научного форума. М., 2005, с.128- 130
9. Лебедев Г.С. Основные направления информационной поддержки реформы здравоохранения // Врач и информационные технологии, 2005, № 3, с.15-17
10. Лепаев Ю.В. ИКТ - как основа доказательной медицины) / Медицинские компьютерные технологии. Тез. докл. М., 2005, с. 352-355
11. Особенности в проектировании и практической разработке медицинской информационной системы // Врач и информационные технологии, 2004, № 4, с.49-56
12. Полесский В.А. Мониторинг здоровья и качества жизни: структурные модели и социальные технологии) / Медицинские компьютерные технологии. Тез. докл. М., 2005, с.456-458
13. Романенко В.Ю., Костин О.Н., Коноплева О.П., Балашов Д.В. Проблемы и перспективы электронной истории болезни) / Медицинские компьютерные технологии. Тез. докл. М., 2005, с. 379-380
14. Клименко Г.Я., Львович Я.Е., Есауленко И.Э и др. Роль информационных ресурсов и технологий в повышении эффективности медицинского обслуживания населения // Врач и информационные технологии, 2004, № 3, с.28-31
15. Стародубов В.И. Информационные и технологические основы создания интегрированной автоматизированной информационной системы лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) / Медицинские компьютерные технологии. Тез. докл. М., 2006, с. 467-468
16. Мильштейн М.И., Подкорытов Е.М., Антипов СМ. и др. Структура базы данных для персонифицированного учета пациентов специализированного лечебного учреждения) / Медицинские компьютерные технологии. Тез. докл. М., 2005, с. 361-362
17. Бронтвейн А.Т., Шмырев В.И., Романов А.И. и др. Телемедицинские технологии в системе этапной реабилитации больных / Инновационные технологии медицины XXI века: матер, первого Всерос. науч. форума. - М., 2005, с.33
18. Указ Президента Азербайджана «Об информации, информатизации и защите информации», №729 от 19 июня 1998 г.
19. Хай Г.А. Постановка задач на разработку информационных систем в медицине // Врач и информационные технологии, 2004, № 9, с.19-21
20. Царегородцев А.Д. Компьютерные и телемедицинские технологии в педиатрической практике // Информационные технологии в здравоохранении, 2002, № 8-10, с.4-7
21. Черных Т.М. Системный мониторинг ревматологической ситуации в регионе на основе популяционного мониторинга // Научно-практическая ревматология, 2002, № 2, с.107
22. Шульман Е.И. Экономическая эффективность клинической информационной системы нового поколения // Врач и информационные технологии, 2004, № 7, с.30-39
23. Эльянов М.М. Рынок медицинских компьютерных систем. Что имеем, что используем // Врач и информационные технологии, 2004, № 1, с.44-48
24. Яковлева Л.В. / Материалы IX съезда педиатров России «Детское здравоохранение России: стратегия развития». М., 2001, с.672

25. Arguedas O. A prospective population based study on outcome of juvenile chronic arthritis in Costa Rica // J. Rhematol., 2002, v 29, N 1, p.174-83
26. Minden K., Niewert M., Listing J., Zink A. Health care provision in pediatric rheumatology in Germany - national rheumatologic database // J. Rheumatol., 2002, v.29, N 3, p.622 - 628

SUMMARY

THE INFORMATION SYSTEM FOR REGISTRING OF PATIENTS WITH JUVENILE ARTHRYTES THE RESULTS AND INCOMPETENCE OF JUVENILE ARTHRYTES

M.M.Alekperov, M.Z.Garalova

This rewiev article is about the the information system for registring of patients with juvenile arthrytes the results and incompetence of juvenile arthrytes. There were analysed some materials of Russian and other foreaign authors on this topic.

Daxil olub:02.12.2009

ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ НПВП У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Гейдаров И.Д.
Центральный военный клинический госпиталь, г.Баку

Ни одна из групп фармакологических средств не применяется так широко в клинической практике, как нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Ежедневно в мире по разным причинам их принимают около 30 миллионов человек и 2/3 из них пользуются безрецептурными формами [25]. Столь распространенное использование этих препаратов ставит проблему безопасности их применения. Существенным достижением стало открытие двух изоформ циклооксигеназа (ЦОГ), а именно структурного фермента (ЦОГ-1), обеспечивающего синтез простагландинов (ПГ), регулирующих физиологическую активность клеток и ЦОГ-2, принимающего участие в синтезе ПГ, вовлеченных в процессы воспаления и клеточной пролиферации [26]. Базальный уровень ЦОГ-2 в большинстве тканей очень низкий. Однако экспрессия ЦОГ-2 резко, (более чем в 50 раз) увеличивается на фоне развития воспаления [2]. Точка зрения о том, что ЦОГ-1 является селективно «физиологической», а ЦОГ-2 «патологической» в настоящее время пересматривается [11]. Имеются данные о способности «неселективных» НПВП оказывать более выраженное анальгетическое действие по сравнению с селективными ингибиторами ЦОГ-2 [5]. С другой стороны получены данные о физиологической роли ЦОГ-2 зависимого синтеза ПГ в заживлении язв, функционировании почек, синтезе простациклина (PGI2) клетками эндотелия сосудов [22]. Установлено, что НПВП, преимущественно подавляющие активность ЦОГ-1 (аспирин, индометацин, пироксикам), чаще вызывают поражение ЖКТ, системные гемодинамические и почечные нарушения, чем препараты, проявляющие равную ингибирующую активность (диклофенак) и особенно ЦОГ-2 селективные (мовалис, нимесулид, целекоксиб, рофекоксиб и др.) [21].

Поскольку НПВП нередко назначаются лицам пожилого возраста, которые часто страдают сопутствующими заболеваниями (АГ, ИБС и СД), увеличивающими риск кардиоваскулярных ишемических катастроф, особое внимание в последние годы уделяется кардиоваскулярной безопасности НПВП, в первую очередь, ингибиторов ЦОГ-2 [19]. Вторая причина, по которой существует настороженность в отношении кардиоваскулярной и почечной безопасности селективных ЦОГ-2 ингибиторов - сосудистые эффекты ЦОГ-2 селективных НПВП (подавление синтеза PGI2 и отсутствие действия на синтез тромбоксана (Тх) А2) противоположны действию ацетилсалициловой кислоты в низких дозах (подавление ТхА2 и отсутствие влияния на продукцию PGI2) и, исходя из теоретических предпосылок, могут приводить к гиперкоагуляции [12]. Все НПВП («стандартные» и ЦОГ-2 ингибиторы) потенциально могут оказывать негативное влияние на функцию почек и систему кровообращения. В целом эти осложнения встречаются примерно у 1-5% пациентов (с такой же "частотой, как и гастроэнтерологические побочные эффекты) и нередко требуют стационарного лечения [3]. Гемодинамические, реологические, почечные и желудочно- кишечные побочные эффекты НПВП определяются вмешательством их в синтез простагландинов. ПГ модулируют прессорный эффект ренинангиотензиновой системы. Так, повышенное образование ПГ, происходящее при введении собакам ангиотензина 2 в почечную артерию, уменьшает его вазоконстрикторное влияние на прегломерулярные сосуды, предотвращая снижение внутригломерулярного давления и сохраняя, таким образом, фильтрационную функцию почек на оптимальном уровне [18]. Установлена обратная связь между экскрецией ПГ Е и АД. Кроме того, вазоконстрикторный эффект эндогенного ангиотензина 2 усиливается даже в результате кратковременного применения индометацина [20]. Имеются сообщения

о том, что независимо от пониженного синтеза гипотензивных ПГ (таких как ПГ Е2 и ПГ 12 (простациклин)), у некоторых больных АГ повышается образование прогипертензивных ПГ (ПГ Н2 и тромбоксана А2) [14]. При лечении индометацином АД у больных АГ и здоровых может повышаться, меняться незначительно или совсем не меняться [17]. В ряде рандомизируемых контролируемых исследований индометацин повышал АД как у людей с исходно нормальными его показателями [13], так и у имеющих АГ [6], хотя другие авторы не подтвердили эти результаты [10]. Разноречивость данных может быть связана с клинической неоднородностью больных.

В метаанализе 54 исследований оценено влияние НПВП на АД у 1324 больных, из которых 92% уже имели АГ [23]. Оказалось, что НПВП не влияли на АД у больных с исходно нормальными показателями АД, но у больных с АГ повышали среднее АД на 4 мм рт ст. В другом мета-анализе 50 рандомизированных исследований [15], из которых 38 были плацебо-контролируемыми, установлено, что НПВП повышают среднее АД на 5 мм рт ст. При этом у больных с хорошо контролируемым АД повышение давления в период терапии НПВП было достоверным. Помимо клинических характеристик больных на выраженность гемодинамических эффектов при приёме НПВП оказывает возраст больных. Исследования показали, что у больных старше 65 лет, которые лечились гипотензивными препаратами, одновременное назначение НПВП значительно увеличивало вероятность подъема систолического АД выше 140 мм рт ст. [9]. У пожилых людей НПВП могут быть независимым фактором риска гипертензии [16]. В другом исследовании, охватившем 9411 больных в возрасте 65 лет и старше, была обнаружена взаимосвязь между применением НПВП и необходимостью присоединения гипотензивной терапии [13].

Все НПВП оказывают нежелательное действие на системное АД и функцию почек, но ЦОГ-2 селективные НПВП обладают меньшими побочными эффектами, чем «стандартные» НПВП (ибупрофен, диклофенак, напроксен) [3]. Уязвимости почек способствует ряд факторов: очень высокий почечный кровоток (составляющий почти 1/4 сердечного выброса), обилие в канальцах транспортных и метаболических процессов, вовлекающих многочисленные ферментные системы, выделение большинства лекарств почками. Поражения почек связаны в первую очередь с влиянием на почечную гемодинамику. Деятельность почек у здоровых лиц (и в еще большей степени при некоторых патологических состояниях) поддерживается за счет локальных ПГ. ПГ являются аутокоидами, т. е. синтезируются рядом с теми клетками, на которые действуют. В почках ПГ ответственны за перфузию, вызывая вазодилатацию, поддерживают почечный кровоток и скорость клубочковой фильтрации , повышают высвобождение ренина, выделение натрия и воды, участвуют в гомеостазе калия. При подавлении синтеза локально-почечных ПГ лекарственными препаратами почки здоровых лиц в большинстве случаев справляются с этой ситуацией путем ряда компенсаторных реакций. Однако при некоторых патологических (и физиологических) состояниях с исходно сниженной почечной перфузией, при которых роль ПГ является критической для сохранения функции почек, такая компенсация затруднена, что и является причиной почечных нарушений.

По данным T. M. Bush и соавт. [8] НПВП вызывают поражение почек у 5% больных, леченных этими препаратами, у пациентов с факторами риска нефротический синдром отмечается в 20% случаев. Среди всех НПВП в наибольшей степени угнетает синтез почечных ПГ индометацин [4]. Изменение функции почек во время лечения мелоксикамом, подавляющим преимущественно ЦОГ-2, в дозе от 7,5 до 15 мг/сут. отмечены лишь у 16 (0,4%) из 4175 обследованных больных, что почти вдвое меньше, чем при лечении пироксикамом [11]. Наиболее частым почечным эффектом НПВП является нарушение водно-электролитного баланса. Этот эффект объясняется снижением уровня ПГ, оказывающих натрийуритическое действие, с последующим повышением секреции антидиуретического гормона, высвобождением ренина и увеличением секреции альдостерона, развитием геперкалиемии [4]. Гемодинамические нарушения - небольшое уменьшение почечного кровотока и СКФ - наблюдаются также чаще при приеме индометацина [1].

Большой резонанс вызвало исследование VIGOR, где продемонстрирована более высокая частота развития «не фатального» ИМ у пациентов с РА, получавших рофекоксиб (0,5%), чем напроксен (0,1%) [7]. В публикации D. Mukherjee и соавт. на основании анализа результатов клинических испытаний рофекоксиба и целекоксиба [24] заключается, что кардиоваскулярные осложнения являются класс-специфическими побочными эффектами ингибиторов ЦОГ-2. Однако увеличение риска тромбозов у пациентов РА и остеоартрозом на фоне лечения ингибиторами ЦОГ-2 не подтверждается при мета-анализе результатов их применения в клинической практике [27].

Таким образом, применение любых НПВП у пациентов ревматологического профиля с сопутствующими кардиоваскулярными заболеваниями и патологией почек должно проводиться с осторожностью [3]. Необходимо уточнение влияния НПВП разного уровня ЦОГ-2 селективности на

функциональное состяние почек, гемостаз, микроциркуляцию, параметры центральной гемодинамики и вегетативной регуляции у больных РА, АГ и при сочетании этих заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андросова СО., Кутырина И.М. Влияние ненаркотических анальгетиков инестероидных противовоспалительных препаратов на почки // Ревматология, 1983, №3, с. 57-61

2. Насонов Е.Л. Специфические ингибиторы циклооксигеназы-2 и воспаление: перспективы применения препарата целебрекс // Росс, ревматология, 1999, №4, с. 2-11

3. Насонов Е.Л. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов и ингибиторов циклооксигеназы-2 в начале XXI века // РМЖ, 2003,№7, с.375-378

4. Тареева И.Е., Андросова СО. Влияние ненаркотических анальгетиков инестероидных противовоспалительных препаратовнапочки//Тер.Архив,1999, №6, с.17-22

5. Bannwarth B., Demotes-Mainard F., Schaeverbeke T., et al Central analgesic effects of aspirin-like drugs // Fund. Clin. Pharm., 1995, v. 9, p.1-7.

6. Beckmann M.L., Gerber J.G.et al. // Hypertension, 1988, v.12, p. 582-588

7. Bombardier C, Lane L, Reicin A, et al. Comparison of upper gastrointestinal toxicity of rofecoxib and naproxen in patients with rheumatoid arthritis // New Engl. J. Med., 2000, v.343, p.1520-1528

8. Bush T.M., Shiolzhmer T. L., Imai K. // West. J. Med., 1991, v.155, p.39-42

9. Chrischilles E.A., Wallace R.BJ. // Gerontol., 1993,48,91-96

10. Cinquiegrani M.P., Liang C.S. // Clin. Exp. Hypertens., 1988, v.10, p.411-431

11. Distel M., Mtieller C, Bluhmki E., Fries S. // Brit. J. Rheumatol., 1996, v.35, Suppl. L, p.68-77

12. Fitzgerald G.A., Partono C. The coxibs, selective inhibitors of cyclooxigenase-2 // New Engl. J. Med., 2001, v.345, p. 433-442.

13. Hardy B.G., Bartle W.R., Myers M.,et al. // Br. J. Clin. Pharmacol., 1988, v.26, p.557-562.

14. Hornych A., Safar M., Bariety J.et al. // Prostaglandins Leucot. Med., 1983, v.10, p.145-155

15. Johnson A.G. Do NSAIDs affect blood pressure? A meta-analysis // J. Ann. Intern Med., 1994, v.121(4), №15, p. 289-300

16. Komasoff D., Maisenbacher J., Bowdler J. et al. The efficacy and tolerability of aceclofenac compared to indomethadn in patients with Rheumatoid Arthritis // Rheumatol Int., 1996, v.15, p. 225-230

17. Lopes-Ovejero J.A., Weber M.A., Drayer J.I.M. et al. Clin. Sci. Mol.Med., 1978, 55. suppl.4, 203-205

18. Me Giff J.C., Crowshaw K., Terrango N.A. et al. // Circ.Res., 1970, v.26/27, suppl. 1, p.121-130

19. Mukherjee D, Nissen SE, Topol EJ Risk of cardiovascular events associated with selective COX-2 inhibitors // JAMA, 2001, v.286, p.954-959

20. NegusP., Tannen R.L., Dunn M J. //Prostaglandins, 1976,v.12, p.175-180

21. Pairet M., van Ryn J., Mauz A. etal. Dif-ferential inhibition of COX-1 and COX-2 by NSAID: a summary of results obtained using various test system. In. elective COX-2 inhibitors. Pharmacology, Clinical effects and therapeutic tential. J. Vane, J. Botting eds. 1997

22. Patrono C, Partignani P., Garcia-Rodrigues L.A. Cyclooxigenase selective jj^hibition of prostanoid formation: transducing biochemical selectivity into clinical readout // J. Clin. Invest, 2001, p.108

23. Popo J.E., Anderson J.J., Felson D.T. A meta-analysis of the effects of rionsteroidal anti-inflammatory drugs on blood pressure // Arch. Intern Med., 1993, v. 153(4), p.P. 477-484

24. Silverstein F.E., FaichG., GoldsteinJ.L. et al.Gastrointestinal toxicity with celecoxib versus nonsteroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis and.rheumatoid arthritis: the CLASS study: a randomized controlled trial. Celecoxiblong-term arthritis safety study // JAMA, 2000, v.284, p.1247-1255

25. Tindall A., Hasler P. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and gastro intestinal tract injury. - EULAR, Zurich, 1998

26. Vane J. R. Towards a better aspirin // Nature, 1994,v.367, p.215-216

27. Vicaut E. Hypertension and microcirculation: an overview of experimental studies / Medicographia, 1999, N21, p. 34-40

28. White W.B, Faich *G,* Borer JS, Makuch R. Cardiovascular thrombotic events not increased on the cyclooxygenase-inhibitor - celecoxib. - ACR 66th Annual Scientific Meeting, New Orleans, 2002, P. 48

Daxil olub:25.12.2009

ORİJİNAL MƏQALƏLƏR- ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ЛЕЧЕБНО–ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ПОЛИПОЗНОЙ ФОРМЫ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА

Гурбанов Ф.А.
Госпиталь МВД, г.Баку

В последние годы аллергический ринит (АР) приобретает большую значимость из-за высокого роста его распространенности среди населения (от 10 до 40%), особенно в детской популяции [8,10]. В России, согласно данным официальной статистики [1,6,10], АР встречается у 5-20% детского населения. Общая распространенность АР в США составляет 10-20%.Однако по данным одного из исследований, диагноз АР был поставлен 42% детей 6-ти лет [7]. Средний возраст, в котором начинается АР,-10 лет; 80% больных заболевают до 20-летнего возраста. В детстве мальчики болеют АР чаще девочек, но у взрослых эта разница сглаживается.

АР – серьёзное заболевание,причиняющее значительные страдания и существенным образом влияющее на социальную и физическую активность населения.Так у 45-69% детей с АР в последующем развивается бронхиальная астма [2,4]. J. Bousquet и соавт. [5] было доказано, что значительное ухудшение качества жизни, которое вызывает АР, может сравниться с изменением качества жизни при тяжелом течении бронхиальной астмы.Широкая распространенность заболевания приводит к тому, что из-за персистирующей формы АР дети пропускают до 1,5 млн. школьных часов ежегодно [3]. Кроме того АР является причиной значительных финансовых затрат. Так, прямые и непрямые расходы на диагностику и лечение АР в США превышают 4,5 млрд. долларов в год [9].

Таким образом, по медико- социальной значимости, влиянию на здоровье и качество жизни пациентов проблема АР считается одной из самых актуальных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В исследование было включено 60 больных аллергическим риносинуситом. Критерии выбора пациентов были следующие: наличие симптомокомплекса начальной стадии полипозной формы аллергического риносинусита и сопряженной ЛОР – патологии (хронического мезотимпанита, адгезивного отита, хронического экссудативного отита, хронического гиперпластического полисинусита, хронического гиперпластического гаймороэтмоидита, дисфункции слуховой трубы), отсутствие противопоказаний для применения бетаметазона (дипроспана). В исследование не включались пациенты, перенесшие полипотомию носа в анамнезе (даже однократную), имеющие выраженное искривление перегородки носа, гипертрофический ринит, буллезную деформацию средней носовой раковины.

Мужчин было-31,женщин-29.Основная часть пациентов была представлена лицами трудоспособного возраста – до 50 лет (52 больных).

Большинство пациентов страдали аллергическим риносинуситом в течение нескольких лет. Минимальная продолжительность заболевания составила 1 год, максимальная – 12 лет.

Сопутствующие заболевания внутренних органов были выявлены от 33 у 7, больных. Мочекаменная болезнь - у 3 пациентов, хронический холецистит - у 3, бронхиальная астма - у 18 больных, атопический дерматит (псориаз) - у 2 больных. Сопутствующая патология ЛОР органов выявлена у 8 пациентов. У 3 пациентов хронический катаральный ларингит, у 5 – простая форма хронического тонзиллита.

Многие пациенты кроме стандартных «ринологических жалоб», отмечали заложенность ушей, снижение слуха, чаще - на одно ухо, периодические головные боли, чувство тяжести в проекциях околоносовых пазух. В анамнезе имелись указания на неоднократно перенесенный синусит.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ. При эндоскопическом исследовании пациентов мы выявили полипозные разрастания различной формы и размеров, исходящие из клеток решетчатого лабиринта в области среднего носового хода, а также - полипозную дегенерацию задних концов нижних носовых раковин.

Средние показатели передней активной риноманометрии до начала лечения составили: СОП – 285,2±5,31 ccm/s; СС – 0,43±0,01 Pa/ccm/s, что указывает на снижение носовой функции. Нами проанализированы результаты клинического исследования крови. Увеличение количества эозинофилов выявлено у 37 пациентов. Эозинофилия составила от 6 до 11 в поле зрения, в среднем 8,1±2,4. При исследовании мазков из полости носа, повышение количества эозинофилов было отмечено у 51 пациента. У 23 пациентов количество эозинофилов в поле зрения составило 3,5±1,2, у 26 пациентов 8,6±2,4 в поле зрения, а у 6 больных 14,7±3,1 в поле зрения.

Мы провели исследование уровня Ig E у 25 пациентов. Повышение уровня иммуноглобулина было отмечено у всех пациентов. При нормальных цифрах от 10 до 150 МЕ/мл, у пациентов зарегистрированы значения от 234 до 537 МЕ/мл. Средний уровень иммуноглобулина составил 267 ± 35,8 МЕ/мл.

При скрининговом обследовании наиболее часто мы выявляли аллергию на домашнюю пыль, клещ домашней пыли, грибки, куриный белок, цитрусовые, определенные виды рыбы.

У всех пациентов наблюдалась реакция на несколько аллергенов. У 6 больных - на 4 аллергена, у 21 больных - на 3 аллергена и у 35 пациентов - на 2 аллергена. Всего отмечено 160 положительных реакций.

Гомогенное затемнение пазух выявлено у 30 больных, при этом односторонний процесс диагностирован у 14 пациентов. Пристеночное утолщение слизистой оболочки пазух выявлено у 15 больных, причем у 10 пациентов - одностороннее. Подозрение на кисту или полип имело место у 2 больных. Наличие признаков жидкости в пазухе определялось также у 2 пациентов.

Всем пациентам с хроническим синуситом проведено хирургическое лечение. В зависимости от локализации, распространенности патологического процесса и характера заболевания были выполнены следующие операции: этмоидитомия, риноантротомия, эндоназальная фронтотомия, эндоназальная сфеноидотомия, микрогайморотомия.

Во время операции у пациентов были обнаружены следующие патологические процессы: гиперпластические изменения слизистой оболочки – у 14 больных, полипозные изменения слизистой оболочки пазух и/или области соустья – у 25 пациентов. У 3 больных отмечено наличие прозрачного гелеобразного слизистого отделяемого в пазухах. Результатом хирургического лечения перечисленных больных явилось прекращение патологического процесса, что соответствовало клиническому выздоровлению больных. Отчетливая положительная динамика на фоне проведенного лечения отмечена у 32 из 39 пациентов.

В послеоперационном периоде пациенты использовали топические кортикостероиды. При длительном сохранении заложенности носа, ринорреи, но не ранее чем через 2-3 недели после операции, мы проводили внутриносовое введение дипроспана, с положительным эффектом.

После хирургического лечения всем больным проводили контрольное эндоскопическое исследование: через 6 недель; через 8 недель и через 12 недель.

Исследование мукоциллиарного клиренса у оперированных больных мы проводили через 1 и 6 месяцев.

За время наблюдения показатели мукоциллиарного клиренса практически не изменились. Таким образом, можно констатировать усиление цилиарной активности слизистой оболочки околоносовых пазух в отдаленном послеоперационном периоде.

Как мы отмечали выше, у 22 больных была диагностирована длительная тубарная дисфункция, которая у 2 сопровождалась хроническим мезотимпанитом, у 4 - адгезивным отитом и у 6 - хроническим экссудативным средним отитом. У 8 больных выявлена односторонняя тубарная дисфункция, у 14 пациентов двусторонняя.

Минимальная длительность дисфункции составила 3 месяца, максимальная – 3 года. У всех пациентов с тубарной дисфункцией более 1,5 лет выявлена патология среднего уха: хронический мезотимпанит - у 2 больных, у 2 – адгезивный средний отит, у 2 –экссудативный средний отит. Также патология среднего уха выявлена у 6 пациентов с длительностью процесса от 6 месяцев до 1,5 лет: у 4 - экссудативный средний отит и у 2 – адгезивный средний отит.

При выявлении аллергического процесса в области глоточного устья слуховой трубы нами был применен метод паратубарного введения дипроспана, разработанный А.И. Крюковым и соавт. (2001). Данное лечебное воздействие обладает мощным местным

противовоспалительным и антиаллергическим эффектом. Паратубарное введение дипроспана осуществляли под аппликационной анестезией sol. Lidocaini 10% и эндоскопическим контролем посредством инъекции препарата подслизисто кнутри от глоточного устья в количестве 0,5 мл, с одной стороны. Как мы описывали выше, повторные инъекции проводили не ранее, чем через 7 дней. 5 пациентам проведено однократное введение дипроспана, 6 – двукратное, 3 больным – трехкратные инъекции. Критериями для прекращения лечения являлись нормализация слуха по результатам камертонального исследования (опыты Вебера, Бинга, Федеричи), а также улучшение тонального слуха при проведении тональной пороговой аудиометрии. Результаты тимпанометрии свидетельствовали о некотором запаздывании нормализации тимпанометрической картины по сравнению с результатами аудиометрии. Мы считаем, что после устранения воспалительных явлений в области глоточного устья слуховой трубы необходимо некоторое время для уменьшения отека подслизистого слоя и нормализации дренирования барабанной полости.

Эффективность проведенного лечения у больных с аллергическим отеком в области глоточного устья слуховой трубы составила 100%.

Пациентам с механической обструкцией слуховой трубы нами проведено хирургическое лечение. При сочетании с аллергическим отеком, в послеоперационном периоде мы также паратубарно вводили дипроспан, не ранее чем через 2-3 недели после операции.

В зависимости от причины механической обструкции было проведено следующее хирургическое лечение: у 5 пациентов – частичная конхотомия, то есть резекция задних концов нижних носовых раковин; у 1 больного – электрокоагуляция полипозной ткани в области глоточного устья слуховой трубы и у 2 больных одномоментно два хирургических вмешательства. Электрокоагуляцию полипозных разрастаний с помощью биполярного коагулятора мы производили по периметру патологической ткани максимально дистальнее самого глоточного устья. За счет деструктивных изменений, полипозная ткань значительно уменьшалась в объеме. Этого было достаточно для восстановления функции слуховой трубы. При этом исключается угроза возникновения кровотечения, обеспечивается сравнительно простой доступ и высокая точность для проведения манипуляции.

Тональная пороговая аудиометрия проводилась на 14 и 28 дни после операции; тимпанометрия - на 28 день. После проведенного лечения нормализация тонального слуха по всей частотной шкале отмечена у 10 больных, т.е. у всех пациентов без поражения среднего уха. У 12 больных, с сопутствующей патологией среднего уха отмечено явное улучшение.

Пациентам, у которых после проведенного хирургического лечения, сохранялись жалобы на заложенность носа, ринорею, снижение обоняния, мы производили внутриносовое введение дипроспана.

Мы разделили пациентов на две подгруппы: в первую вошли больные, которым проводилось хирургическое лечение и введение дипроспана, во вторую подгруппу вошли пациенты, которые после хирургического лечения использовали топические кортикостероиды.

Средние показатели передней активной риноманометрии варьировали в зависимости от вида проведенного лечения. В первой подгруппе отмечено достоверное улучшение носового дыхания через месяц после проведенного лечения: СОП – 593,8±7,33 ccm/s; СС – 0,23±0,01 Pa/ccm/s. Во второй подгруппе также отмечено улучшение функции носового дыхания, однако, не столь явное: СОП – 393,8±8,43 ccm/s; СС – 0,37±0,02 Pa/ccm/s. Через 6 месяцев у больных первой подгруппы дыхательная функция сохранялась на достаточно высоком уровне: СОП – 603,2±5,27 ccm/s; СС – 0,22±0,001 Pa/ccm/s. Во второй подгруппе больных через 6 месяцев показатели риноманометрии также свидетельствуют о нормализации носового дыхания: СОП – 597,8±8,2 ccm/s; СС – 0,23±0,01 Pa/ccm/s.

При исследовании мазков-отпечатков из полости носа через месяц, мы не получили достоверно различные результаты в зависимости от проведенного лечения. Повышение количества эозинофилов было отмечено у 51 пациента. У 23 пациентов количество эозинофилов в поле зрения составило 3,5±1,2, у 26 пациентов 8,6±2,4 в поле зрения, а у 6 больных 14,7±3,1 в поле зрения.

Мы провели исследование уровня Ig E у 25 пациентов. Повышение уровня иммуноглобулина было отмечено у всех пациентов. При нормальных цифрах от 10 до 150 МЕ/мл, у пациентов зарегистрированы значения от 234 до 537 МЕ/мл. Средний уровень

иммуноглобулина составил 267 ± 35,8 МЕ/мл. Ретроспективный анализ (через 1 год) эффективности лечебно-диагностического алгоритма тактики ведения показал, что у обследованных больных положительный эффект от лечения наблюдался в 92% случаев.

Таким образом, хирургическое лечение при аллергическом риносинусите показано при наличии резистентных к консервативной терапии и необратимых форм патологии слизистой оболочки полости носа (полипозная дегенерация, гипертрофия носовых раковин); при сочетанной и сопряженной патологии околоносовых пазух (кисты, хронический синусит), дисфункции слуховых труб и среднего уха (адгезивный отит).

При наличии аллергического риносинусита и латентно протекающей патологии полости носа и околоносовых пазух, необходимо придерживаться тактики активного использования методов функциональной эндоназальной эндомикрохирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Геппе Н.А. Российский национальный конгресс // Человек и лекарство, 2002, №9, с.250-261
2. Геппе Н.А. // РМЖ, 2002, №10, с 353-358
3. Aberg N., Sundell J., Eriksson B. etal. // Allergy,1996, v.51, p.232-237
4. Bousquet J., Van Cauwenberge P., Khaltaev N.etal. –WHO, 2001, p.23,c 5
5. Bousquet J.,Knani J., Dhivert H. etal. // Am J Resp Crit Care Med., 1994, p. 371-375.
6. Brunton S.A. Patient Care.- 2002, p.16-25
7. Нагуа С.М.,Гершвин М.Э. Секреты аллергологии и иммунологии.- 2004, с 82
8. International Study of Asthma and Allergies in Childhood Steering Committee // Lancet,1998,p.1225-1232.
9. Glaxo Wellcome. // Am J Manag Care,1997, p. 8-18
10. Gustafson R.,Sjoberg O. Allergy/- 2000, p. 240-245
11. Landback B. // Clin Exp Allergy,1998, p 3-10

SUMMARY

MEDICAL – DIAGNOSTIC ALGORITM FOR TREATMENT CONCEPTUAL STAGE AT POLYPOS FORMS OF ALLERGIC RINOSINUSITIS

Qurbanov F.A.

Inspection of 60 patients with conceptual stage at polypus forms of allergic rinosinusitis. At dependence from locating pathologic process and temper disease was lead conform surgery. Postoperational period provide conservative treatment with diprospan applications. Be observed 92% occurrence positive effects.

Daxil olub:26.11.2009

USAQ ƏHALISININ GÖZ VƏ ONUN ƏLAVƏ APARATININ XƏSTƏLIKLƏRININ SƏVIYYƏSI VƏ NOZOLOJI STRUKTURU

Şükürova A.R.

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət həkimləri təkmilləşdirmə institutu, Bakı

Oftalmoloji xidmət şəbəkəsinin gücü, strukturu və yerləşdirilməsinin planlaşdırılması üçün göz və onun əlavə aparatının xəstəliklərinin səviyyəsi xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Ona görə də ictimai səhiyyə sahəsində elmi araşdırmalarda göz xəstəliklərinin yayılması və nozoloji strukturunun öyrənilməsi mühüm yer tutur [1,2,3,4,5]. Azərbaycanda göz xəstəliklərinin inzibati ərazi, iqtisadi rayonlaşma və regional aspektləri az öyrənilmişdir. Apardığımız tədqiqatın məqsədi bu məsələnin həllinin bəzi aspektlərinin araşdırılmasından ibarətdir.

TƏDQIQATIN MATERIALLARI VƏ METODLARI. Tədqiqat işi ölkənin mühüm iqtisadi rayonu, kənd və müxtəlif tipli şəhər əhalisini təmsil edən Abşeron iqtisadi rayonunda aparılmışdır. Həlli planlaşdırılan məsələnin mahiyyətinə müvafiq tədqiqat işi ucdantutma metodla retrospektiv ilkin qeydiyyat sənədlərinin araşdırılması əsasında aparılmışdır. Müraciət materiallarının bəlli qüsurlarının (xəstələrin gec müraciəti, nəticələrin qeydiyyatında səhlənkarlıq və sair) rolunu azaltmaq məqsədi ilə müşahidə uzun müddətli olmuş (2005–2009 – cu illər) və iri həcmli toplumu əhatə etmişdir. Nəticələrin statistik işlənməsində keyfiyyət əlamətlərinin təhlili metodları istifadə olunmuşdur [6].

ALINMIŞ NƏTICƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKIRƏSI. Abşeron iqtisadi rayonuna daxil olan inzibati ərazilər (Sumqayıt şəhəri, Abşeron və Xızı rayonları) üzrə uşaq əhalisinin göz və onun əlavə aparatının patologiyaları ilə ümumi xəstələnmə səviyyəsinin dinamikası 1-ci

cədvəldə əks olunmuşdur. 5 yaşa qədər uşaqların xəstələnmə səviyyəsi Sumqayıt şəhərində 35,5±1,13‰- ilə 43,3±1,22‰, Abşeron rayonunda 31,8±1,89‰ – ilə 35,6±1,86‰, Xızı rayonunda isə 15,5±3,64‰- ilə 23,2±4,25‰ intervalında dəyişmişdir. Bu inzibati ərazilər üzrə xronoloji orta göstərici müvafiq olaraq 39,3; 33,5 və 18,5‰ təşkil etmişdir. Bütün müşahidə apardığımız təqvim illərində inzibati ərazilər üzrə 5 yaşa qədər uşaqların ümumi xəstələnmə səviyyəsi bir-birindən yüksək etibarlıqla dürüst fərqlənmişlər (P<0,01). Bu materiallardan aydın görünür: şəhər uşaqlarının müraciət materiallarına görə xəstələnmə riski kənd uşaqları ilə müqayisədə 2,1 dəfə yüksəkdir; bütün inzibati ərazilərdə 5 yaşa qədər uşaqların müraciətlə bağlı xəstələnmə səviyyəsi 2005- 2009-cu illərdə dinamik artma tendensiyası ilə səciyyələnir.

5 yaşa qədər oğlan və qızların xəstələnmə göstəricilərinin müqayisəsi göstərir ki, bütün hallarda onun səviyyəsi oğlanlar arasında yüksəkdir. Əksər təqvim illərində oğlan və qızların xəstələnmə səviyyələrinin fərqi statistik dürüst olmamışdır. Bəzi illərdə müqayisə olunan göstəricilərin fərqi statistik dürüst olmuşdur (2005- ci ildə Sumqayıt şəhərində 35,5±1,65 və 32,4±1,56‰; P<0,05). 2005- 2009-cu illərdə oğlan və qızların ümumi xəstələnməsinin əsas tendensiyası bütün inzibati ərazilər üzrə artım trendi hesabl olunur.

Cədvəl 1

Abşeron iqtisadi rayonunda müraciət materiallarına görə uşaq əhalisinin göz və onun əlavə aparatı patalogiyaları ilə ümumi xəstələnmə səviyyəsinin dinamikası (‰)

Inzibati Vahidlər	Illər	5 yaşa qədər			5 – 9 yaş			10 – 14 yaş		
		oğlan-lar	qız-lar	hər ikisi	oğlan-lar	qız-lar	hər ikisi	oğlan-lar	qız-lar	hər ikisi
Sumqayıt şəhəri	2005	38,5± 1,65	32,4± 1,56	35,5± 1,13	29,5± 1,48	28,5± 1,45	29,0± 1,04	24,5± 1,30	24,0± 1,33	24,2± 0,96
	2006	39,2± 1,68	35,4± 1,48	37,4± 1,26	27,4± 1,51	25,8± 1,48	26,8± 1,08	24,8± 1,34	23,6± 1,31	24,5± 0,98
	2007	41,5± 1,70	37,8± 1,58	39,6± 1,18	28,6± 1,46	26,2± 1,39	27,4± 1,03	25,8± 1,37	24,6± 1,132	25,4± 0,97
	2008	42,0± 1,70	38,8± 1,68	40,5± 1,89	29,5± 1,32	27,5± 1,43	28,6± 1,11	26,7± 1,35	25,4± 1,34	26,1± 0,98
	2009	44,2± 1,74	42,0± 1,71	43,3± 1,22	31,6± 1,26	29,0± 1,39	30,2± 1,04	28,2± 1,38	27,0± 1,33	27,5± 0,99
Abşeron rayonu	2005	32,5± 2,65	30,8± 2,63	31,8± 1,89	30,4± 2,61	26,4± 2,48	28,5± 1,81	24,0± 2,34	23,0± 2,33	23,5± 1,65
	2006	35,8± 2,58	31,9± 2,61	32,5± 1,86	31,0± 2,58	28,0± 2,43	29,4± 1,83	25,4± 2,38	23,8± 2,36	24,6± 1,67
	2007	36,4± 2,74	32,6± 2,68	33,0± 1,84	31,9± 2,57	29,4± 2,48	30,8± 1,86	26,2± 2,41	24,2± 2,38	25,2± 1,68
	2008	37,5± 2,68	33,5± 2,48	34,8± 1,82	32,5± 2,59	30,5± 2,51	31,5± 1,87	27,5± 2,43	24,8± 2,37	26,4± 1,64
	2009	38,0± 2,81	34,6± 2,52	35,6± 1,80	33,4± 2,62	31,6± 2,61	32,4± 1,88	28,0± 2,47	25,6± 2,39	26,9± 1,72
Xızı rayonu	2005	16,4± 5,25	15,0± 5,08	15,5± 3,64	10,5± 4,25	8,5± 3,87	9,9± 2,93	10,5± 4,28	9,0± 4,05	9,6± 2,92
	2006	18,5± 5,28	15,8± 5,11	17,2± 3,86	12,0± 4,34	11,6± 4,12	11,8± 3,11	11,0± 4,30	9,6± 4,09	10,8± 3,08
	2007	17,0± 5,41	16,2± 5,13	16,8± 3,41	13,5± 4,41	14,0± 5,11	13,6± 3,24	11,8± 4,36	9,9± 4,10	10,6± 3,03
	2008	20,5± 5,94	18,0± 5,16	19,9± 3,76	13,9± 4,53	12,5± 4,48	13,0± 3,18	12,4± 4,38	10,8± 4,12	11,2± 3,05
	2009	26,5± 6,35	20,5± 5,17	23,2± 4,25	14,5± 4,78	13,0± 4,55	13,2± 3,23	12,8± 4,42	11,0± 4,18	11,9± 3,06

5-9 yaşlı uşaqların ümumi xəstələnmə səviyyəsinin təqvim illəri üzrə dəyişmə intervalı Sumqayıtda 26,8±1,11-30,2±1,04‰, Abşeronda 28,5±1,81-32,4±1,88‰, Xızıda 9,9±2,93-13,2±3,25‰ təşkil etmişdir. Təqvim illəri üzrə göstəricilərin fərqi statistik dürüstdür (P<0,05). Əsas tendensiya son beş ildə xəstələnmə səviyyəsinin artmasıdır. Bütün təqvim illərində

xəstələnmə səviyyəsi ən yüksək Sumqayıtda, ən aşağı isə Xızıda qeydə alınmışdır. Inzibati ərazilərdə uşaq əhalisinin xəstələnməsi səviyyəsi bir- birindın fərqlidir (P<0,05). Bu nümunədə də əsas tendensiya şəhər əhalisinin kənd əhalisi ilə müqayisədə yüksək riskə malik olmasıdır. 5-9 yaşlı oğlan və qızların ümumi xəstələnmə səviyyəsi bütün təqvim illərində və bütün inzibati ərazilərdə bir-birindən fərqlı olmuş, amma onların fərqi statistik dürüst deyildir (P>0,05).

0-5 və 5-9 yaşlı uşaqların, o cümlədən oğlan və qızların bütün inzibati vahidlərdə ümumi xəstələnmə səviyyəsi bir – birindın kəskin fərqlənmişdir (P<0,01). Əsas səviyyə xəstələnmə səviyyəsinin azalma tendensiyasıdır.

10-14 yaşlı uşaqların xəstələnmə səviyyəsi 5-9 yaşlı uşaqlarla müqayisədə statistik dürüst olmuşdur. Bu yaş qrupu nümunəsində də xəstələnmə səviyyəsinin yaşın artması ilə bağlı azalması təsdiq olunur. 10-14 yaşlarda uşaq əhalisinin xəstələnmə səviyyəsi Sumqayıt şəhərində və Abşeron rayonunda bir – birindən statustik dürüst fərqli deyildir, amma Xızı rayonunun müvafiq göstəricisindən statistik dürüst (P<0,05) çoxdur.

Beləliklə, uşaq əhalisinin göz və onun əlavə aparatının patologiyaları ilə ümumi xəstələnmə səviyyəsinin aşağıdakı qanunauyğunluqları aydın nəzərə çarpır:

- uşaq əhalisinin göz və onun əlavə aparatı patologiyaları ilə ümumi xəstələnmə göstəricisi yaşdan asılı azalmağa meyllidir;
- ümumi xəstələnmə riski əhalinin məskunlaşdığı inzibati ərazinin tipindən asılı dəyişir, şəhərdə kənd yerləri ilə müqayisədə yüksəkdir;
- xəstələnmə göstəricisinin son 5 illik dinamikası artım tendensiyası ilə səciyyələnir;
- oğlanlar arasında qızlarla müqayisədə xəstələnmə səviyyəsi bir qədər yüksəkdir, amma statistik dürüst fərq həmişə müşahidə olunmur.

Aldığımız məlumatlar əsasında uşaq əhalisinin göz və onun əlavə aparatı xəstəliklərinin nozoloji strukturu 2 – ci cədvəldə verilmişdir. 0 – 4 yaşlı uşaqların xəstələnməsinin nozoloji səbəbləri arasında böyük əksəriyyəti göz qapağı və konyuktivanın patologiyalarının payına düşür (69,9 ± 1,3 % Sumqayıtda, 74,5±2,4% Abşeronda, 50,0±4,1‰ Xızı rayonunda). 5-9 yaşda göz və onun əlavə aparatı xəstəlikləri arasında əsas yerləri ardıcıllıqla refraksiya pozğunluqları (32,2±1,6% Sumqayıtda, 45,3±2,8% Abşeronda 35,0±4,4% Xızı rayonunda), göz qapaqlarının və konyuktivanın patologiyaları (müvafiq olaraq 30,0±1,5; 34,6±2,7 və 12,5±3,0%) və travmalar (20,0±1,3; 3,9±1,1 və 10,0±2,7%) tuturlar. 10 – 14 yaşda uşaqların xəstələnməsinin böyük əksəriyyəti refraksiya pozğunluqlarının payına düşür (57,6±1,7; 64,1±2,7 və 58,3±4,5%).

Cədvəl 2

Uşaq əhalisinin göz və onun əlavə aparatı xəstəliklərinin müraciət materialları üzrə nozoloji strukturu (cəmə görə %)

Inzibati ərazilər	Yaş inter-valları	Refraksi-ya pozğun-luqları	Çəpgöz-lük	Göz qapağı və konyuktiva xəstəlikləri	Travmalar	Digər xəstə-liklər	Cəmi
Sumqayıt şəhəri	0 – 4	-	-	69,9±1,3	4,8±0,6	25,3±1,2	100,0
	5 – 9	32,2±0,6	3,6±0,6	30,0±1,5	20,0±1,3	14,2±1,2	100
	10 –14	57,6±1,7	7,7±0,6	18,9±1,4	1,8±0,4	14,0±0,6	100
	Cəmi	31,6±0,9	3,2±0,3	43,2±0,9	3,2±0,3	18,8±0,7	100
Abşeron rayonu	0 – 4	-	-	74,5±2,4	5,6±1,3	19,9±2,2	100
	5 – 9	45,3±2,8	4,9±1,2	34,6±2,7	3,9±1,1	11,3±1,8	100
	10 –14	64,1±2,7	7,7±1,2	15,3±2,0	2,6±0,9	10,3±1,7	100
	Cəmi	35,6±1,6	4,1±0,6	43,0±1,6	4,0±0,6	13,3±1,1	100
Xızı rayonu	0 – 4	-	-	50,0±4,1	10,7±2,5	39,6±4,0	100
	5 – 9	35,0±4,4	10,0±2,7	12,5±3,0	10,0±2,7	32,5±4,3	100
	10 –14	58,3±4,5	6,7±2,3	13,5±3,1	8,3±2,5	13,2±3,1	100
	Cəmi	40,5±2,5	5,1±1,1	25,4±2,2	8,8±1,4	20,2±2,0	100

Uşaqların yaşı nəzərə alınmazsa bütövlükdə onların xəstəliklərinin nozoloji tərkibindəki patologiyaların ranqları Sumqayıt şəhərində, Abşeron və Xızı rayonunda oxşardır və birinci üç

yeri müvafiq olaraq refraksiya pozğunluqları, göz qapağı və konyuktivanın xəstəlikləri və digər patologiyalar tutur.

Göz xəstəliklərinin uşaq əhalisi arasında müraciət materiallarına görə səviyyəsi barədə ədəbiyyatda olan məlumatlarla müqayisədə [3,4,5] müşahidəmizdə olan toplumların xəstələnmə səviyyəsi nisbətən azdır. Bunun səbəbi müraciətlərin tibbi davranış və həkim qəbuluna getməyin mümkünlüyündən də asılı ola bilər. Xəstələnmə riski arasındakı fərq də qeyd olunan uyğunsuzluğa səbəb ola bilər. Xəstələnmənin səviyyəsinin fərqinə baxmayaraq onların nozoloji strukturu əsasən oxşardır. Belə ki, Rusiyanın Arxangelsk vilayətində uşaqların göz xəstəlikləri arasında birinci üç yeri refraksiya pozğunluqları, göz qapağı və konyuktivanın patologiyaları və çəpgözlük tutur. Göründüyü kimi aldığımız məlumatlarla bu məlumatlar arasında birinci iki yerə görə uyğunluq aydın nəzərə çarpır.

Belıliklə, göz və onun əlavə aparatının patologiyaları ilə xəstələnmənin səviyyəsi və strukturu barədə məlumatlarımızın yekun müddəaları aşağıdakı kimi ifadə oluna bilər: uşaq əhalisinin müraciət materialları əsasında xəstələnmə səviyyəsi nisbətən yüksək deyil, şəhər və kənddə fərqlidir, uşaqların yaşından və cinsindən asılıdır; xəstələnmə səviyyəsinin son 5 illik dinamikası davamlı artım tendensiyası ilə səciyyələnir; uşaq əhalisinin xəstələnməsinin nozoloji tərkibində əsas yeri refraksiya pozğunluqları tutur.

ƏDƏDIYYAT

1. Домбский Л.К. организация первичной офтальмологической помощи детям и подросткам в условиях реформирования здравоохранения: Автореф. дис…докт. мед.наук. М., 1999, 50 с.
2. Кашпаров А.В. Научное обоснование оптимизации офтальмологической помощи детскому населению (на примере КГУЗ «Красноярская краевая офтальмологическая детская больница »): Автореф. дис… канд. мед. наук. Красноярск, 2006, 20 с.
3. Коваленко В.В. Школьная офтальмоэргономика – этап становления // Офтальмологический журнал, 1995, №6, с.336- 339
4. Коновалов А.В. Заболеваемость глаз и организация офтальмологической помощи на Европейском Севере: Автореф. дис… докт. мед. наук. СПБ, 2002, 48с.
5. Новиков О.М. Некоторые вопросы организации выборочного изучения глазной заболеваемости в крае. Современные аспекты офтальмологии / Сборник статей. Красноярск, 1998, с.22-24
6. Стентон Г. Медико-биологическая статистика. М., 1994, 459 с.

SUMMARY

THE LEVEL AND NOZOLOGY STRUCTURE OF ILLNESS OF EYES AND ITS APPENDAGE APPARATUSES OF CHILDHOOD POPULATION

A.R.Shukurova

There were analyzed the level and nozology structure of illness of eyes and its appendage apparatuses of childhood population on materials on visiting. The observations were prepared retrospective in Sumgait, on rayon of Apsheron and Khizi. There were used materials of 2005-2009. it was determined the level of illness of eyes on 0-5 ages. The ilness was higher among children population. The level of ilness was increased in 2005-2009. The disturbens the violation of refraction, illness of eyelid and conjuctive and trauma. The age structure was stabil and ranges of pathology of eyes in cities and village among children different ages.

Daxil olub:04.12.2009

ANADANGƏLMƏ ANOMALIYALARIN YENIDOĞULANLARDA AŞKARLANMA TEZLIYI BARƏDƏ

Əliyeva P.M.

Ə.Əliyev ad.Azərbaycan Dövlət həkimləri təkmilləşdirmə institutu, Bakı

Anadangəlmə anomaliyaların (Aa) cəmiyyətdə tibbi-sosial ağırlığı bir neçə aspektdə diqqəti cəlb edir. İlk növbədə Aa müəyyən qrup insanın həyatının keyfiyyətini ciddi pisləşdirir və cəmiyyət üçün iqtisadi, mənəvi, sosial problemlər yaradır. Digər tərəfdən Aa səhiyyədə həyata keçirilən profilaktika tədbirlərinin, ailə planlaşdırılması və ekoloji təhlükəsizlik proqramlarının effektivliyinin meyari kimi istifadə olunur [1,2,3,5,6,7,9]. Ona görə də Aa-ın epidemiologiyası və risk amilləri əhali sağlamlığının monitorinqdə xüsusi yer tutur. Son illərdə postsovet məkanında Aa-ın potensial risk amillərinin çoxalması və güclənməsi fonunda

onların tezliyinin öyrənilməsini aktuallaşdırmışdır [4,5,7]. Azərbaycanda Aa-ın epidemiologiyası barədə məlumatlar məhduddur. Xüsusən son illərdə tibbi –demoqrafik durumun fonunda (doğuşun kəskin azalması, ailə planlaşdırılmasında yeni yanaşma) Aa-ın rolu qiymətləndirilməmişdir. Təqdim olunan tədqiqatın MƏQSƏDİ Aa-ın uzun müddətli dinamikasınын izlənilməsindən ibarətdir.

TƏDQIQATIN MATERIALLARI VƏ METODLARI. Tədqiqatın məqsədinə müvafiq retrospektiv metod seçilmiş və son 20 ilin arxiv (1989-2008) məlumatları istifadə olunmuşdur. Problemin təhlili diaqnostikadan çox asılı olduğuna görə tədqiqat işi müvafiq kadr və maddi –texniki potensiala malik respublika etapında yerləşən tibb müəssisələrində aparılmışdır (respublika klinik xəstəxanası, 3 saylı klinik xəstəxana).

Toplanmış materiallar xəstəliklərin beynəlxalq təsnifatının 10-cu baxışının (XBT-10) XVII sinfinin blokları və kodlarına müvafiq qruplaşdırılmış və keyfiyyət əlamətlərinin təhlili metodu ilə statistik işlənmişdir [8].

ALINMIŞ MATERIALLAR VƏ ONLARIN MÜZAKIRƏSI. 1989-1993; 1994-1998; 1999-2003 və 2004-2008 –ci illər intervalında orta hesabla hər 1000 yenidoğulmuşa görə müvafiq olaraq 6,85; 6,74; 6,62 və 6,60 Aa diaqnozu qeydə alınmışdır.

Cədvəl 1

Diridoğulmuşlarda qeydə alınan anadangəlmə anomaliyaların (AA) tezliyi və XBT-10-un XVII sinfinin bloklarına görə strukturu

XBT-10 XVII sinfinin blokları və kodları	Mütləq say	1000 diridoğulmuşa görə	Cəmə görə,%
Sinir sisteminin AA (Q00-Q07)	20	0,61±0,136	9,26
o cümlədən:			
anensefoliya(Q00)	2	0,06±0,042	0,93
spina bifida (Q05)	16	0,49±0,122	7,41
Gözün, qulağın, üz və boynun AA(Q10-Q18)	3	0,09±0,052	1,39
Qan dövranı sisteminin AA (Q20-Q28)	20	0,61±0,136	9,26
Tənəffüs orqanlarının AA (Q30-Q34)	2	0,06±0,042	0,93
Dodaq və damağın yarıqları (Q35-Q57)	30	0,92±0,167	13,89
Həzm orqanlarının digər AA (Q38-Q45)	12	0,37±0,106	5,56
o cümlədən:			
yemək borusunun AA (Q39)	5	0,15±0,067	2,32
yoğun bağırsağın AA (Q42)	6	0,18±0,074	2,78
Cinsiyyət orqanların AA (Q50 Q56)	26	0,79±0,155	12,04
o cümlədən: Hipospadiya (Q 54)	21	0,64±0,139	9,72
Sidik ifrazı sisteminin AA (Q60-Q64)	28	0,55±0,129	8,33
o cümlədən: böyrək kristalları (Q 61)	15	0,46±0,118	6,94
Sümük əzələ sisteminin AA (Q65-Q79)	30	0,92±0,167	13,89
o cümlədən:Polidaktiliya (Q69)	17	0,52±0,125	7,87
Sindaktiliya (Q70)	5	0,15±0,067	2,32
ətrafların qısalması detektləri (Q71, Q72, Q73)	3	0,09±0,052	1,39
Digər AA (Q80-Q89) o cümlədən:	33	1,01±0,175	15,26
çoxsaylı AA (Q89,7)	33	1,01±0,175	15,26
Digər rubrikalarda verilməyən xromosom pozuntuları (Q90-Q99) o cümlədən:	23	0,67±0,142	10,19
Daun sindromu (Q90)	22	0,67±0,142	10,19
Cəmi:	216	6,59±0,447	100,0

Müşahidə müddətində göstəricinin səviyyəsi az dəyişsə də ümumən zəif templə azalma meyli özünü biruzə verir. 1999-2008-ci illərdə diridoğulmuşlar arasında Aa-ın tezliyi 6,59±0,447% olmuşdur. XBT-10-un XVI-sinfinin blokları üzrə ayrı-ayrı qrup Aa-ın tezliyi və

xüsusi çəkisi barədə aldığımız məlumatlar 1-ci cədvəldə verilmişdir. Göründüyü kimi, bloklar üzrə qruplaşdırılmış nisbətən çox qeydə alınmış Aa-lara aiddir: əsasən çox saylı Aa-ları (bir yenidoğulmuşda) cəmləşdirən digər Aa bloku -1,01±0,175$^0/_{00}$ (və ya bütün hadisələrin 15,26%); sümük əzələ sisteminin (0,92±0,167$^0/_{00}$ və ya 13,89%) və cinsiyyət orqanlarının (0,79±0,155$^0/_{00}$ və ya 12,04%) anomaliyaları; dodağın və damağın yarıqları (0,92±0,167$^0/_{00}$ və ya 13,89%). Aa-ların dörd mənalı kodlarla dəqiqləşdirilmiş növlərindən nisbətən çox qeydə alınmışdır: Daun sindromu (0,67±0,142$^0/_{00}$ və ya bütün anomaliyaların 10,19%-i), polidaktiliya (0,52±0,125$^0/_{00}$ və ya 7,87%), hipospadiya (0,64±0,139$^0/_0$ və ya 9,72%), spina bifida (0,49±0,122$^0/_0$ və ya 7,41%); böyrək kristalları (0,46±0,118$^0/_{00}$ və ya 6,94%).

Ədəbiyyatda Aa-ın yenidoğulmuşlarda aşkarlanması barədə məlumatlar çox olsa da onların müqayisəsi metodoloji baxımdan adekvat deyildir. Amma bir sıra oxşar nəticələr mövcuddur [2,9]. Belə ki, bizim və [2] –nin müşahidələrində anensifaliya (0,06 və 0,09$^0/_{00}$), spina bifida (0,49 və 0,50$^0/_{00}$), yemək borusunun (0,15 və 0,14$^0/_{00}$) və yoğun bağırsağın (0,18 və 0,16$^0/_{00}$) anomaliyalarının tezliyi praktik eyni olmuşdur. Amma ciddi fərqlər də var. Nisbətən nəzərə çarpan fərq Daun sindromunun (0,67 və 1,02$^0/_{00}$), çox saylı (bir nəfərdə) anomaliyaları (1,01 və 1,42%), palidaktiliyanın (0,52 və 0,16$^0/_{00}$) tezliyinə görə qeydə alınmışdır. Ədəbiyyatda [2,9] Aa-ın tezliyi barədə məlumatlar göstərir ki, onun səviyyəsi geniş intervalda dəyişir (1,48 - 7,66$^0/_{00}$). Bizim aldığımız göstəricinin səviyyəsi (6,59$^0/_{00}$) qeyd olunan interval çərçivəsindədir. Beləliklə, Azərbaycan populyasiyası üçün diridoğulmuşlarda anadangəlmə anomaliyaların izafi riski səciyyəvi deyildir.

Aa-ları olan döllərin həyat qabiliyyəti nisbətən zəifdir. Ona görə də ölüdoğulmuş döllərdə Aa-ın riski daha çox ehtimal olunur. Aldığımız məlumatlar əsasında ölüdoğulmuşlarda qeydə alınmış Aa-ın tezliyi 2-ci cədvəldə verilmişdir. Göründüyü kimi göstəricinin ümumi səviyyəsi 201,6±21,23$^0/_{00}$ təşkil edərək diridoğulmuşların müvafiq göstəricinin səviyyəsindən (6,59±0,447$^0/_{00}$) 30 dəfəyə qədər yüksəkdir. (P<0,001). Ölüdoğulmuşlarda qeydə alınmış Aa-ın XBT-10-un XVII sinfinin bloklarına görə bölgüsündə də ciddi fərq mövcuddur. Belə ki, ölüdoğulmuşlarda ən çox müşahidə olunan sinir sisteminin Aa-larıdır (44,8±10,95$^0/_{00}$ və ya bütün anomaliyaların 22,2%). Bu tip anomaliyaların tezliyi və xüsusi çəkisi ölüdoğulmuşlarla müqayisədə müvafiq olaraq 73,4 və 2,4 dəfə çoxdur. Daun sindromunun tezliyi ölü və diridoğulmuşlar qruplarında biri-birindən kəskin fərqlənsə də (müvafiq olaraq: 0,67 və 28,0 $^0/_{00}$; 41,8 dəfə) onun bütün Aa-lar arasında xüsusi çəkisi (müvafiq olaraq 10,19 və 13,8%) biri-birinə yaxındır. Belə uyğunsuzluq müqayisə olunan qruplarda qan dövranı sisteminin (0,61 və 22,4$^0/_{00}$; 36,7 dəfə və ya 9,26 və 11,1%), sidik ifrazı sisteminin (0,55 və 16,8$^0/_{00}$; 30,5 dəfə və ya 8,33 və 8,4%) anomaliyalarına görə də müşahidə olunmuşdur.

Cədvəl 2

Ölüdoğulmuşlarda qeydə alınan anadangəlmə anomaliyaların (AA) tezliyi və XBT-10-un XVII sinfin bloklarına görə strukturu

XBT-10-un XVII sinfinin blokları və kodları	Müt. say	1000 ölü doğulmuşlara görə	Cəmə görə, %
Sinir sisteminin AA Q00-Q07	16	44,8±10,95	22,2
Gözün, qulağın üz və boynun AA Q10-Q18	3	8,4±4,83	4,2
Qan dövranı sisteminin AA Q20-Q28	8	22,4±7,83	11,1
Tənəffüs orqanlarının AA Q30-Q34	8	22,4±7,83	11,1
Dodaq və damağın yarıqları Q35-Q37	1	2,8±2,8	1,4
Həzm orqanlarının digər AA Q38-Q45	9	25,2±8,29	12,5
Cinsiyyət orqanlarının AA Q50-Q56	2	5,6±3,94	2,8
Sidik ifrazı sisteminin AA Q 60-Q64	6	16,8±6,80	8,4
Sümük əzələ sisteminin AA Q65-Q79	5	14,0±6,21	6,9
Digər AA Q80-Q89	4	11,2±5,56	5,6
Digər rubrikalarda verilməyən xromosom pozuntuları Q90-Q99	10	28,0±8,73	13,8
Cəmi	72	201,6±21,23	100,0

Bir sıra bloklar üzrə Aa-ın tezliyi ölüdoğulmuşlarda dəfələrlə yüksək olsa da həmin anomaliyalar arasında xüsusi çəkisi xeyli azdır: dodaq və damağın yarıqları (0,92 və 2,8‰; 3,0 dəfə və ya 13,89 və 1,4% ; cinsiyyət orqanlarının (0,79 və 5,6‰ ; 7,1 dəfə və ya 12,04 və 2,8%), sümük-əzələ sisteminin (0,92 və 14,0‰; 15,2 və ya 13,89 və 6,9%). Belə uyğunsuzluqları müxtəlif qrup Aa-ların dölün ölü doğulmasında əsas səbəb kimi fərqli riski ilə əlaqələndirmək olar.

Beləliklə, aldığımız məlumatların müqayisəsi əsasında aşağıdakı nəticələrə gəlmək olar: Azərbaycan populyası üçün anadangəlmə anomaliyaların izafi riski səciyyəvi deyildir, orta hesabla 1000 diri və 1000 ölüdoğulmuşda müvafiq olaraq 6,59 və 201,6 anomaliya qeydə alınır; anadangəlmə anomaliyaların qruplaşdırılmış (XVII sinfin bloklarına görə) növlərinin tezliyi və xüsusi çəkisi ölü və diri doğulanlarda biri-birindən fərqlənir. Bunun əsas səbəbi bir sıra anomaliyaların (sinir sisteminin anomaliyaları) bətndaxili ölüm riskini çoxaltması olur; diridoğulmuşlarda nisbətən çox qeydə alınan çoxsaylı, sümük əzələ sisteminin, cinsiyyət orqanlarının anomaliyaları, dodaq və damağın yarıqlarıdır; ölüdoğulmuşlarda sinir sisteminin, həzm orqanlarının, qan dövranı sisteminin və tənəffüs orqanlarının anomaliyalarının və Daun sindromunun tezliyi daha yüksəkdir; anadangəlmə anomaliyaların profilaktikası ölüdoğulma riskinin azaldılmasının mühüm yoludur.

ƏDƏBIYYAT

1. Ağayev F.B. Sanoekoloji monitorinq.
2. Ахмадищин А.Ю. Эпидемиология врожденных пороков развития в Сургутском районе Ханты-Мансийского автономного округа: оценка эффективности дородовой диагностики и профилактики. Автореферат диссерт. канд. мед. наук. Томск, 2004, 21 с.
3. Боконбаева С.Дж., Алдашева Н.М., Лобзова А.В., Джанабилова Г.А. Врожденные пороки развития как индикатор качества состояния окружающей среды // Вестник КРСУ, 2008, № 4, с. 165-170.
4. Лобзова А.В. Роль средовых факторов в формировании врожденных пороков развития. Автореф. дис.. канд. мед. наук. Бишкек, 2008,19 с.
5. Патрушев А.В., Мурашко М.А., Дворянский С.А. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития плода. Информационно-методическое письмо. Сыктывкар, 2005, 12с.
6. Петриковский Б.М., Медведева М.В., Юдин Е.В. Врожденные пороки развития: пренатальная диагностика и тактика. М. РАВУЗДПГ, 1999, 256 с.
7. Рязанцев А.А., Беляев А.В. Ранняя пренатальная диагностика пороков развития в конце триместра беременности // Пренатальная диагностика, 2002, № 2, с. 121-123.
8. Стептон Г. Медико-биологическая статистика. М., 1999, 459 с.

SUMMARY

ABOUT FREQUENCY OF REVEALING CONGENITAL ANOMALIES AT NEWBORNS

Aliyeva P.M.

On materials of obstetrical establishments of republican level long-term diagnostics of frequency of revealing of congenital anomalies at newborns is studied. It is established, that for last 20 years the weak tendency of decrease in frequency of revealing of congenital anomalies is observed. Chronicaly average frequency of congenital anomalies made 6,59±0,447‰ in which structure prevail: plural anomalies (1,01±0,175‰, or 15,26%, from all cases), osteomuscular– systems anomalies (0,92±0,167‰ or 13,89%), cleft palate and a lip (0,92± 0,167‰ or 13,81%), genital organs anomalies (0,79±0,155‰ or 12,04%). On quantitative comparision with data of scientists of Russia our materials testify that for the Azerbaijan population the exprsssed risk prevalence congenital anomalies is not characteristic. It is shown, that deadborn in comparison with live-bor congenital anomalies more, that in 30 times often come to light. It is considered, that preventive maintenance of congenital anomalies can is serious will affect risk stillborn.

Daxil olub:25.11.2009

СТЕПЕНИ РАЗРЫВОВ ПРОМЕЖНОСТИ

Султанова С.Г.
Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Среди больных с заболеваниями прямой кишки и промежности, лечение лиц, страдающих недостаточностью сфинктера прямой кишки, до сих пор остается одной из самых сложных проблем [4,6]. Этому вопросу посвящены большие журнальные статьи и монографии, этот вопрос до сегодняшнего дня еще полностью не решен [1,3,5]. Повреждение промежности и сфинктера прямой кишки относятся к категории тяжелых, так как при них создаются условия для свободного затекания содержимого кишечника. За пределами кишки с последующим развитием тяжелых флегмон забрюшинной и тазовой клетчатки, нередко анаэробного характера наблюдаются и другие осложнения, такие как параректальные свищи. Основными причинами этих неожидаемых осложнений являются тяжесть повреждений промежности, анального сфинктера, технические ошибки при наложении швов [2,3].

Таким образом, несмотря на достижения хирургии и гинекологии лечение повреждений промежности и анального сфинктера остается актуальной проблемой и имеет не только медицинское, но и социальное значение и обусловливает поиск способов и технических средств, позволяющих улучшить результаты оперативных вмешательств.

ЦЕЛЬ исследования. На основании клинического материала изучены основные этиологические факторы и причины возникновения различной степени разрыва промежности и сфинктера прямой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Работа основана на изучении результатов обследования и лечения 74 больных с разрывом промежности различной степени и сфинктера заднего прохода, накопленном на базе кафедры хирургических болезней 1 Азербайджанского Медицинского Университета и Научно-исследовательского Института Акушерства-гинекологии Минздрава г. Баку за период с 2005 по 2009 гг. Причины разрывов в этой области неоднородны. Чаще причину их следует искать в наложенных щипцах или неумелом, нерациональном зашивании промежности. Иногда впрочем, описываемые травматические повреждения могут происходить при совершенно нормальных родах без всякой видимой внешней причины.

Диагноз у всех наших больных установлен на основании непосредственного осмотра наружных половых органов. Терапия исключительно хирургическая.

Не всегда удается даже при умелом зашивании промежности, избежать ее разрыва. Эти разрывы являются, по крайней мере, в некоторых случаях, серьезной травмой для женщины. Всякий разрыв промежности должен быть зашит, причем так, чтобы были восстановлены нормальные анатомические соотношения. Из 74 больных у 34 помощь оказана в домашних условиях, кровотечение остановлено консервативным путем у 43 больных, операция выполнена у 25 через 6 месяцев, а у 15 - через год.

При разрывах I степени (Рис. 1) обычно были нарушены целостность только задней спайки. У наших больных разрыв поверхностный, до мышечной ткани не доходит.

При разрыве II степени (Рис.2) кроме кожи были разорваны фасции и мышцы m.bulbo-cavernosus, m.transversus perinea superficialis et profundus, словом рвется то анатомическое образование, которое известно под названием centrum tendineum perinea.

При разрыве III степени (Рис.3) кроме кожи, фасции и упомянутых трех мышц, надрывается или разрывается и m.sphincter ani externus, а также слизистая оболочка прямой кишки.

Кроме этих степеней различают полный разрыв третьей степени, когда разрывается наружный сфинктер прямой кишки и стенки ее и неполный, когда рвется только m.sphincter ani externus,который у наших больных не отмечался. При осмотре разорванной промежности бросается в глаза то обстоятельство, что разрыв, как правило, идет не по средней линии. Начинается он обычно во влагалище сбоку от columna rugarum, переходя затем на промежность экстрамедиально. Следует еще упомянуть о, так называемом центральном разрыве промежности. Для него характерно то, что ни задняя спайка, ни m.sphincter ani не страдают, а рвутся только ткани промежности, лежащие между этими двумя границами. При таком

повреждении промежности разрыв не всегда бывает сквозным. Иной раз рвется ткань влагалища и глубжележащие ткани, но кожа не повреждается. В некоторых случаях разрыв начинается с кожных покровов, переходя на глубже лежащие ткани, но не доходит до слизистой влагалища. Среди находившихся на лечении в нашей клинике женщины в основном были в молодом возрасте. Значительную часть госпитализированных в клинику составили пациенты в наиболее трудоспособном возрасте от 21 до 40 лет.

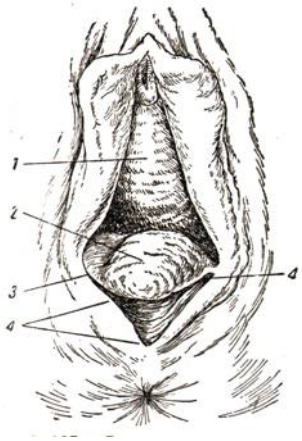


Рис. 1. Разрыв промежности первой степени

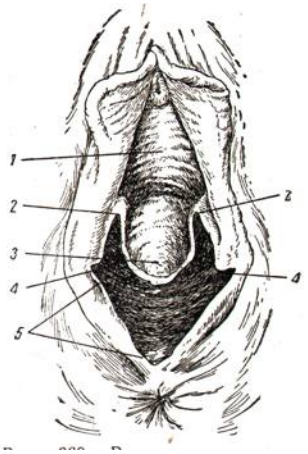


Рис. 2. Разрыв промежности второй степени

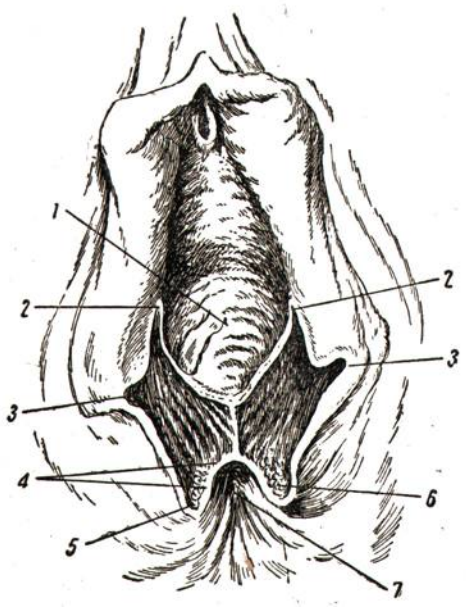


Рис. 3. Разрыв промежности третьей степени

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ. Всем больным после разрыва промежности были проведены клинико-инструментальные обследования, которые включали общий и местный осмотр, пальцевое исследование прямой кишки, функциональные методы исследования сфинктера заднего прохода. Тщательно изучали общее состояние больного, тип телосложения, наличие или отсутствие признаков кровопотери, выясняли сроки разрыва промежности, состояние кожных покровов, наличие мацерации, степень загрязнения раны и т.д. Одним из важных критериев являются сроки поступления больных в стационар от момента разрыва промежности. Наиболее оптимальными сроками поступления больных в клинику мы считаем время до 3-4 часов от момента получения разрыва. Как свидетельствует накопленный опыт, в эти сроки еще не развиваются выраженные воспалительные осложнения, что позволяет выполнить наиболее выгодные в функциональном отношении хирургические вмешательства.

При изучении клинического материала выяснилось, что лишь 10 больных поступили в стационар в сроки до 4 часов от момента получения разрыва промежности.

Через 24 часа от момента повреждения промежности в клинику доставлено 15 больных. Из 74 больных у 41 больной причиной возникновения разрыва промежности явились узкий таз и неправильное положение плода. Оказание хирургического пособия больным с повреждениями промежности и сфинктера основывалось на принципах первичной хирургической обработки ран.

Объем первичной хирургической обработки зависит от целого ряда критериев. При этом, прежде всего учитывается время от момента получения ранении. К примеру, оперативное пособие в течение первых суток, как правило, заключается в иссечении краев раны в пределах здоровых тканей и восстановлении анатомической целостности тканей. Объем первичной хирургической обработки в каждом конкретном случае были достаточно разнообразным.

Следует отметить, что операция – первичная хирургическая обработка, был направлена на остановку кровотечения, санацию и ревизию раны.

Следует отметить, что в основном нагноение раны (вторичное заживление раны) были у больных позже 24 часов, поступивших на стационарное лечение.

ВЫВОДЫ. Таким образом, основной причиной, существенно влияющей, на нагноение раны промежности явилось, позднее поступления больных в стационар с момента получения раны, послеоперационные осложнения, Другим важным фактором является послеоперационный уход за больными и последующий комплекс лечебных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев С.А. Хирургическая тактика при повреждениях ободочной кишки // Хирургия, 1998, № 2, с. 21-24

2. Алиев Э.А., Султанова С.Г., Аббасов А.Г., Гумматов А.Ф. Хирургическое лечение посттравматической недостаточности анального сфинктера / I съезд колопроктологов. Ташкент, 2009, с.314-315

3. Ан В.К., Ривкин В.Л. Неотложная проктология. М., Мед.практика, 2003, 144

4. Татьянченко В.К., Полетов Н.Н., Овсянников А.В. и др. Проблемы колопроктологии. М., 1998, выпуск 15, с. 149-155

5. Шугаев А.И., Дворянкин Д.В. Повреждения ободочной и прямой кишки в мирное время. // Вестник хирургии, 2005, № 2, с.100-103

6. Velmahos G.C., Gomez H., Falabella A., Demetri ades D. Operative management of civilian rectal gunshot wounds: simpler is better // Worid J.Surg., 2000, v.24, № 1, p 114-118

SUMMARY

THE DEGRESS OF PERINEAL RUPTURES

Sultanova S.H.

This work dedicated to topical problem of medicine — perineal ruptures during the delivery. Despite the development of surgery and gynecology the issue of treatment of ruptures perineum and anal sphincter during delivery is still unsolved. The author had analized the degrees of perineum rupture and designed the treatment tactics according to clinical material. In this study were studied the results of treatment 74 patients with different degree of perineal ruptures which had admitted to the base of surgical department 1 of Azerbaijan Medical University and SRI of Obstetrics and Gynecology from 2005 to 2009. Author had assessed the degree of rupture according to hysto-pathologic changes in perineal tissues and defined the rational surgical tactic. Also was studied the causes of pyoinflammatory complications of the wound. This causes are late hospitalization from the time of trauma, postoperative care and complex therapeutic procedures.

Daxil olub:25.11.2009

PERİTONİTİN ERKƏN MƏRHƏLƏSİNDƏ HİPOTERMİK ABDOMİNAL SANASİYA ZAMANI QARACİYƏR VƏ BÖYRƏKDƏ BAŞ VERƏN HİSTOMORFOLOJİ DƏYİŞİKLİKLƏR

Həmzəyev S.M.
Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Qarın boşluğu orqanların xəstəlikləri və travmaları zamanı qorxulu ağırlaşmalardan biri də peritonitdir. Peritonitlərdə ölüm faizi yüksək olaraq qalmaqdadır və bu baxımdan yeni səmərəli müalicə üsulların axtarılması vacibdir [2]. Peritonitlərdə ölümün baş verməsinin əsas səbəblərindən biri toksiki maddələrin qaraciyər və böyrək toxumasına göstərdiyi toksiki təsiri nəticəsində bu orqanlarda çatmamazlığın inkişaf etməsidir.Toksiki maddələr bu və digər dərəcədə hüceyrələrdə nekroz və nekrobioz vəziyyəti törədir. Funksional və morfoloji dəyişiliklər orqanın fəaliyyətinin pozulmasına səbəb olur [3,4].

Aparılan müalicə zamanı toxuma və hüceyrələrdə gedən proses bəzən geri dönən olmaqla sağalma-regenerasiya baş verir. Toxumaların toksiki maddələrə davamlılığının nə dərəcədə artması aparılan müalicənin vəziyyətindən xeyli asılı olur. [1,5]

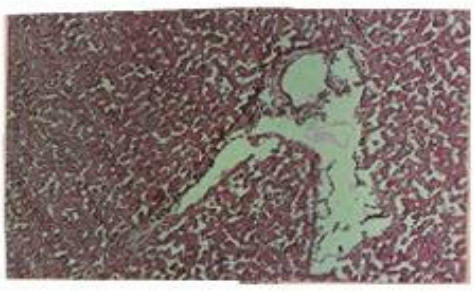
Tədqiqatın MƏQSƏD peritonitin müxtəlif dövrlərində hipotermik abdominal sanasiyanın (HAS) parenximatoz orqanlarda (qaraciyər və böyrək) törətdiyi histomorfoloji dəyişiliklərı aşkarlamaq və hipotermik sanasiyanın səmərəliliyini təyin etməkdən ibarət olmuşdur.

TƏDQİQATIN MATERİAL VƏ METODLARI. Ekspermental tədqiqat hər iki cinsdən çəkisi 16-20 kq olan itlər üzərində aparılmışdır. F.F.Usikov (1953) metodu ilə fazalarına uyğun peritonit modeli yaradılmaqla heyvanlar iki qrupa bölünmüşlər. 1 qrup (əsas) 24 heyvanda ənənəvi müalicə ilə yanaşı HAS, II qrup (nəzarət) 24 heyvanda isə ənənəvi müalicə aparılmışdır. Peritonitin fazalarına uyğun olaraq müalicənin 24-48 və 72 saatlarında heyvan öldürülür, qaraciyər və böyrəkdən histomorfoloci tədqiqat üçün tikələr göturulur, götürülmüş material hematoksilin-eozində boyanır-rənglənir və mikroskopik müayinə olunur.

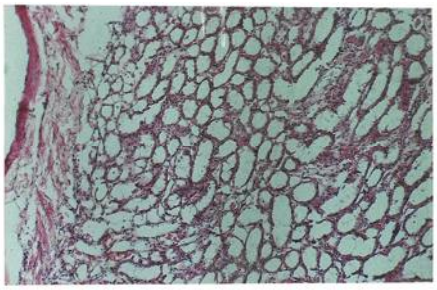
Peritonitin reaktiv fazası üçün müalicənin 24-48 və 72 saatlarında heyvanın qarın boşluğuna saçaqlı qıfabənzər drenajla 2 litrə yaxın $+3+6^0$ S soyuq fizioloji məhlul yeridilir və drenaj bağlanılır. 2 saatdan sonra drenaj açılır. Ara dövrdə heyvanın qarnına xüsusi hazırlanmış şlemlərdə intervallarla buz qoyulur. Ekspermental tədqiqa ATU-nun MET laboratoriyasında (direktor ə.e.x. prof.Q.Ş.Qarayev) yerinə yetirilmişdir.

TƏDQİQATIN NƏTİCƏLƏRİ VƏ ONUN MÜZAKİRƏSİ. I qrup heyvanlarda qaraciyərin mikroskopik müayinəsi zamanı mərkəzi vena ətrafındakı hepatositlərdə xırda hialin-damlalı zülal distrofiyası aşkar edilir. Ara hüceyrələrdə yerləşən liposidlərdə tozşəkilli kiçik boşluqlar, ulduzabənzər Kupfer hüceyrələrdə isə dəyişiklik aşkarlanmır (Şək 1). II qrup heyvanların qaraciyər toxumasından haz

ırlanmış preparatda hepatositlərdə nekrobioz, paycıqarası arteriya-vena və öd yolları şaxəsi ətrafında ödem müşahidə edilir. Nekrobioz eyni zamanda kupfer hüceyrəsində damar intimasını örtən endotel huceyrəsində də görünü (Şək 2).



Şək. 1 hipotermik sanasiyanın 24 saatlıq dövrü. Boyaq: hemrtaksilin və eozin X 400

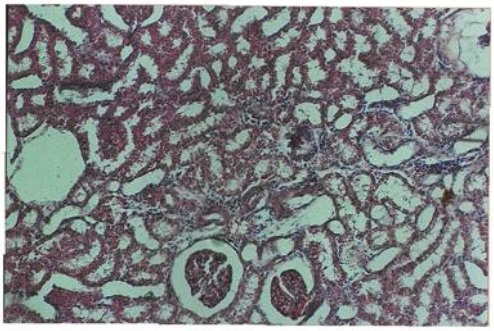


Şək. 2. Ənənəvi müalicə 24 saatlıq dövr Hepatositlərdə nekrobioz əlamətləri. Boyaq: hematoksilin və eozin x 400

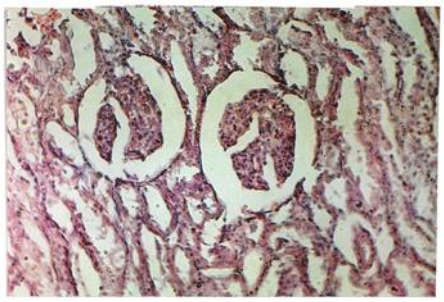
Reaktiv fazanın 24 saatlıq müddəti zamanı I qrup heyvanlarda böyrək toxumasında yumaqcıqətrafı ödem, proksimal və distal kanalcıqların epitel hüceyrəsində hialin damlalı zülal distrofiyası aşkar edilir.

Kanalcıq epitelinin bəzi yerlərdə membranadan ayrılaraq kanalcıq boşluğuna tökülməsi hallarına rast gəlinir (Şək. 3).

Digər II qrup heyvanların böyrək toxumasından hazırlanan mikropreparatların mikroskopik tədqiqi zamanı böyrəyin qabıq qatındakı yumaqcıqların kapsulunun genəlməsi, arterial endotel hüceyrələrində nekrobioz əlamətləri görünür (Şək 4). Bəzi yumaqcıqların mikroskopik görkəmi «Qaz ayağını» xatırladır.



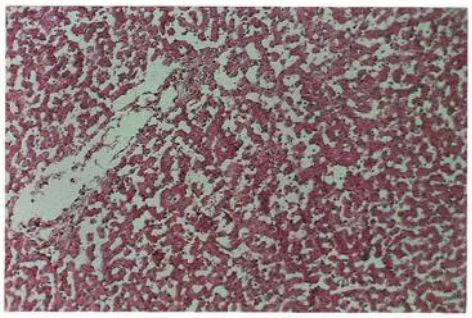
Şək. 3. Peritonitin erkən mərhələsində böyrəyin proksimal və distal kanalcıqcıq epitelində hialin damlalı zulal distrofiyası. Boyaq: hematoksilin və eozin x 400



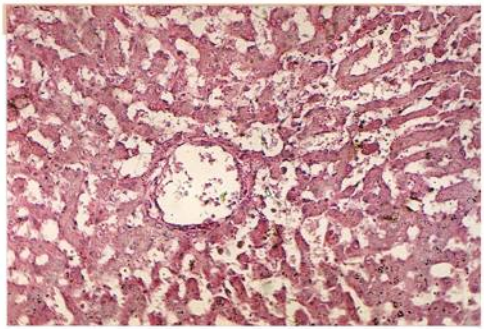
Şək. 4. Böyrəyin qabıq maddəsində yerləşən yumaqcıq ətrafı ödem. Boyaq: hematoksilin və eosin x 400

Peritonitin RF-nın 48 saatlıq dövründə hipotermiya aparılan heyvanların qaraciyər toxumasında Disse sahələrində, qaraciyər venaları və arteriyalarında az qanlılıq müşahidə edilir. Qan elemenlərin belə az olması hipotermiyanın təsirindən qanı venası ilə gələn qanın azalması və damar spazmın nəticəsidir (Şək. 5).

II qrup heyvanların qaraciyər toxumasında mikroskopik olaraq hepatosit və kupfer hüceyrələrin nüvəsində büzüşmə, mərkəzi vena endotel hüceyrələrində ödem və qansızmalar aşkar edilir. Disse sahələrində genişlənmə, paycıqarası arteriya-vena və öd yolları ətrafında ödem, qansızmalar diqqəti cəlb edir. Qeyd etmək lazımdır ki, paycıqarası üçlüyün zədələnməsi qaraciyərin qanı venası şaxəsində də müşahidə olunur (Şək. 6).



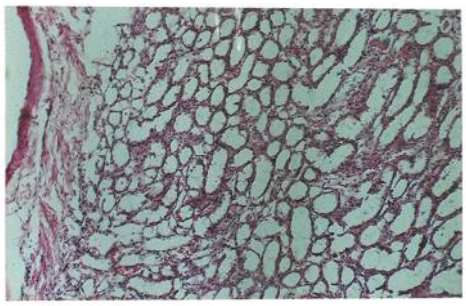
Şək. 5. Qara ciyərdə Disse sahələrində kəskin genişlənmə. Boyaq: hematoksilin və eozin x 400



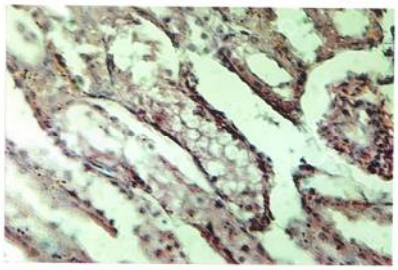
Şək. 6. Ənənəvi müalicə, qaraciyərin mərkəzi venası ətrafındakı hepotositlərdə nekrobioz. Boyaq: hematoksilin və eozin x 400

Hipotermiyanın 48 saatlıq dövründə böyrəyin beyin və ara toxumalarındakı hemo-limfokapilyarlarda staz əlamətləri müşahidə edilir. Bəzi böyrək kasacıqları ətrafında yerləşən ümumi yığıcı borucuqların epitel hüceyrələrində nekrobioz əlamətləri qeydə alınır (Şək 7). Nəzarət qrup heyvanlarda yumaqcıqətrafı sahənin genişlənməsi-ödemi, qabıq maddədəki

proksimal kanalcıqların epitel hüceyrələrində vakuol distrofiyasını görmək olur. Distal kanalcıqların epitel hüceyrələrində kariopiknoz, karioreksis və kariolizis kimi proseslər meydana çıxır (Şək 8).



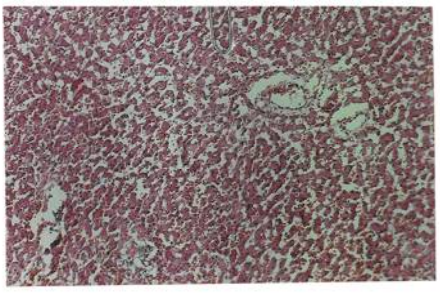
Şək.7. Böyrəyin kasa ətrafı kanalcıq və yığıcı borucuq epiterində nekrobiozu. Boyaq: hematoksilin və eozin x400



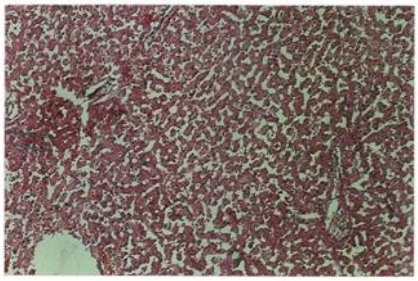
Şək.8.Böyrəyin qabıq maddəsindəki proksimal kanalcıqlarda hidropik distrofiya. Boyaq: hematoksilin və eozin x400.

Qaraciyər toxumasında peritonitin RF-nın 72 saatlıq dövründə müşahidə olunan histomorfoloji dəyişiliklər özünü aşağıdakı kimi göstərmişdir. Hazırlanmış bəzi preparatlarda hepatositlərdə hidropik bəzilərində isə nekrobioz əlamətləri müşahidə edilir. Genəlmiş Disse sahələrində təkdənbir eritrositlər görünür, hepatositlərdə struktur yerdəyişmələr müşahidə edilir. Paycıq arası arteriya, vena və öd yolları ətrafında istisqa, arteriya və vena daxilində bir neçə eritrosit və fibrin telləri görünür **(**Şək 9).

II qrup heyvanlarda hepatositlərdə hidropik və nekrobioz əlamətləri nisbətən geniş sahəni əhatə edir. Disse sahələrində qansızmalar, bazal membrana ətrafında ödem mayesi toplanması görünür, mərkəzi vena boşluğunda fibrin-zülal kütlələri görünür (Şək 10).



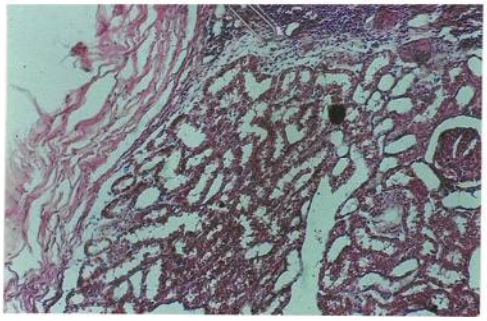
Şək. 9. Qaraciyər daxili qan damarlarının ətrafında limfostaz. Boyaq: hematoksilin və eosin x 400



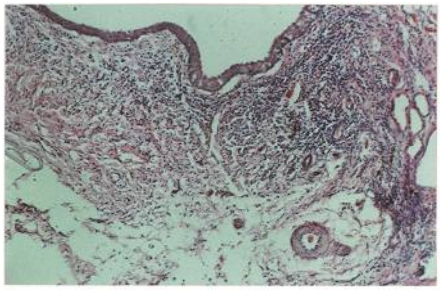
Şək. 10. Qaraciyər parenximasında kiçik ocaqlı qansızmalar. Boyaq: hematoksilin və eozin x 280

.

Böyrək toxumasında gedən dəyişiliklərin histomorfoloji təhlili zamanı məlum olur ki, böyrək kanalcıqlarının, xüsusilə beyin maddəsində yerləşən distal kanalcıq boşluqlarında, habelə limfatik damarlarda mənfəzlərinin xeyli boşalması-təmizlənməsi görünür. Qeyd etmək lazımdır ki, bu şəkilli dəyişiliklər böyrəyin qabıq maddəsində yerləşən proksimal kanalcıqları boşluğunda, bununla yanaşı qabıq və beyin maddəsində yerləşən proksimal və distal kanalcıq boşquqlarında da müşahidə edilir (Şək 11). Digər, ənənəvi müalicə almış heyvanların böyrəklərindən götürülmüş preparatların mikroskopik müayinəsində böyrəyin beyin maddəsindəki kanalcıqların və limfatik damarların mənfəzində hüceyrə detritləri və zülal kütlələri görünür. Distal kanalcıqların və yığıcı borucuqların epitel hüceyrələrində kariopiknoz, kariopeksis və kariolizis kimi proseslər görünür (Şək 12).



Şək.11.Böyrəyin fibros kapsulasının ödemi. Boyaq: hematoksilin və eozin x 400



Şək.12. Böyrəyin beyin maddəsində kəskin ödem, kasa-ləyən ətrafında leykositar infiltirasiya. Boyaq: hematoksilin və eosin x 400.

Beləliklə, ekspermental tədqiqatda peritonitin müxtəlif dövrlərində hinotermik abdominal sanasiya zamanı qaraciyər və böyrək toxumasında müşahidə olunan histomorfoloji dəyişiliklərin təhlilindən aşağıdakı nəticələri almış oluruq. Belə ki, peritonitin erkən mərhələsində müalicənin birinci günlərində hipotermiya fonunda qaraciyər hüceyrələrində hialin damlalı zülal distrofiyası müşahidə edildiyi halda, digər heyvanlarda hepatositlərdə nekrobioz əlamətləri qeyd edilir. Hiyalin damlalı zülal distofiyası geridönən proses olduğu halda, nekrobioz geridönməz xarakterdə olur. Böyrək toxuması kanalcıq boşlu daxilində hialin şarlar tapılır. Digər qrup heyvanlarda isə bununla yanaşı böyrəyin fibroz kapsulu altında qansızma ocaqlarına da rast gəlinir. Eyni zamanda qaraciyər toxumasında azqanlılıq, regenerasiya elemenlərinin görünməsi hipotermiyanın təsirindən baş verməsi ilə əlaqədar olması aşkar edilir. Aparılan müalicə üsullarına görə morfoloji cəhətdən daha çox dəyişiliklər, hipotermiya aparılmayan heyvanlardan hazırlanmış preparatlarda aşkarlanır ki, bu da hipotermiyanın effektiv təsirini aşkarlayır. Hipotermik sanasiya zamanı toksiki maddələrin portal sistemə sorulması azalır və qaraciyər toxuması nisbətən az zədələnmiş olur. Alınan nəticələri təhlilindən belə qənaətə gəlirik ki, peritonitlərdə qarın boşluğu və enteral sanasiyanın aparılmasında mütləq soyuq məhlullardan istifadə edilməsi məqsədyönlü hesab edilməlidir.

ƏDƏBİYYAT

1. Həmzəyev S.M. Sağlam heyvanlarda abdaminal hunotermiyanın qarajiyər və böyrək toxumasında törətdiyi histomorfoloji dəyişikliklərt // Sağlamlıq, 2009, №8, s.99-100
2. Глумов В.Я., Иванова Г.С., Бежанов Е.Л. Деструктивные и реперативные процессы в печени при остром экспериментальном перитоните // Бюл. эксперимен. биологии и медицины, 1990, № 8, с.217-220
3. Гостишев В.К., Сажин В.П., Авдовенко А.Л., Перитонит. М.: ГЭОТАР, 2002, 240с.
4. Тинькова И.О., Шеголев А.И., Мишнев О.Д. Морфометрическая характеристика почек при перитоните // Урология, 2005, №2, с.7-9
5. Клименков А.А., Птуха Т.П., Вашняков А.А.и др. Результаты криогенного воздействия на ткань печени в эксперименте // Журнал эксперим. и кл. медицина, 1981, Т 21, № 1, с.44-49

SUMMARY

HYSTOMORPHOLOGICAL CHANGES IN LIVER AND KIDNEYS DURING HYPOTHERMIC ABDOMINAL SANATIONIN EARLY PERIOD OF PERITONITIS

Hamzayev S.M.

This experimental work was spent in 48 dogs which was devided to two groups. First group (basic group)-24 animals with traditional treatment received hypothermic abdominal sanation (HAS), Second group (control) - 24 animals with traditional treatment were analised hystomorphilogical changes in liver and Kidneys.

Our results showed that in basic group regeneration and synthes processes more active than in control group. The action of HAS to portal system and borvel resorbtion function due to decrease of resorbtion of toxic elements. There fore the using of HAS effective method during treatment of peritonitis.

Daxil olub:22.11.2009

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО БИОУПРАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ НЕВРОЗОВ ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК 15-16 ЛЕТ

Алекперова Х.М.
Республиканская клиническая больница им.Мир-Касимова, Баку

В работе представлены результаты изучения особенностей биоэлектрической активности у юношей и девушек, 15-16 лет, страдающих неврозами с ведущими вегето-эмоциональными и двигательными нарушениями. Установлено, что после курса ФБУ происходит снижение синхронизирующих влияний и усиление восходящих активирующих посылок лимбико-ретикулярного комплекса. В результате этих сдвигов нарушенная при неврозах ЭЭГ-картина приближается к таковой здоровых, отражая оптимальную организацию покоя.

Одной из форм биологической обратной связи является метод функционального биоуправления (ФБУ) по электромиограмме (ЭМП) [2,4]. Однако, несмотря на высокую эффективность, этот метод не нашел широкого распространения ввиду недостаточного знания нейрофизиологических механизмов ФБУ. В то же время в последние годы отмечается рост заболеваемости неврозами, наиболее бурно проявляясь в критические периоды развития [1,3,4,5]. В связи с этим юношеский возраст, как критический, представляет особый интерес, являясь переходным периодом развития на пути от детского этапа к зрелому.

Исходя из вышеизложенного ЦЕЛЬЮ данной работы явилось изучение влияния функционального биоуправления на особенности распределения основных ритмов ЭЭГ у юношей и девушек 15-16 лет, страдающих неврозами с ведущими вегето-эмоциональными и двигательными нарушениями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Исследования проводились на юношах и девушках, страдающих неврозами с ведущими вегето-эмоциональными и двигательными нарушениями в возрасте 15-16 лет до и после прохождения курса ФБУ. Для сравнения была взята контрольная группа здоровых молодых людей этого же возраста. Запись ЭЭГ проводилась на 16-канальном энцефалографе фирмы «Медикор» при монополярном отведении от лобных, центральных и затылочных областей обоих полушарий в состоянии расслабленного бодрствования параллельной записью на магнитографе НО-62. С магнитографа через четырехсекундные отрезки ЭЭГ исследуемых зон коры одномоментно с применением ЭВМ (PC Pentium IV) на основе значений распределения спектра вычислялась процентная представленность основных ритмов ЭЭГ. Все полученные показатели обрабатывались в соответствии с критериями Стьюдента. Различия считались достоверными при $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. В результате проведенных исследований установлено, что после прохождения курса ФБУ по ЭМГ у юношей и девушек 15-16 лет, больных неврозами с ведущими вегето-эмоциональными и двигательными нарушениями процентная представленность медленных ритмов снижалась в центральных (соответственно: до 4,2±0,8 и 4,3±0,9%) и затылочных (до 2,9±0,7 и 2,0±0,6%) отделах. Выраженность β-ритма имела самые низкие значения в затылочных (соответственно: до 4,0±1,1 и 3,5±1,0%) отделах.

После курса ФБУ у больных наблюдалось повышение представленности α-ритма в центральных (соответственно до 60,2±1,7 и 61,3±2,0%) и затылочных (до 83,2±2,1 и 85,1±2,8%) областях.

Представленность β-ритма после курса ФБУ генерализованно повышалась по всем исследуемым областям обоих полушарий соответственно, лобные области до 35,6±1,0 и 41,0±1,3%; центральные до 38,8±1,5 и 35,9±1,1%; затылочные области до 38,1±1,7 и 38,5±1,4%.

При изменении функционального состояния мозга у юношей и девушек 15-16 лет больных неврозами вызвало достоверные сдвиги в представленности ритмов. Было установлено, что выраженность δ-ритма после ФБУ уменьшает свои значения только в лобных отделах обоих полушарий (соответственно 4,3±1,0 и 8,0±1,2). Процентная представленность θ-ритма снижала свои показатели в лобных областях лишь при умственной нагрузке (соответственно: 13,5±1,2 и 13,6±1,8%). Представленность α-ритма наоборот увеличивала свои значения при умственной нагрузке в лобных областях обоих полушарий (соответственно 60,7±1,7 и 62,7±1,5%) одновременно происходило снижение его показателей в затылочных

областях обеих полушарий как в напряженном (соответственно 76,2±1,3% и 79,1±1,5%), так и при отрицательно-эмоциональном (соответственно: 74,2±1,3 и 78,1±1,4%).

Представленность α-ритма наоборот увеличивала свои значения при умственной нагрузке в лобных областях обоих полушарий (соответственно 60,7±1,7 и 62,7±1,5%) одновременно происходило снижение его показателей в затылочных областях обеих полушарий как в напряженном (соответственно 76,2±1,3% и 79,1±1,5%), так и при отрицательно-эмоциональном (соответственно: 74,2±1,3 и 78,1±1,4%). При изменении функционального состояния происходит увеличение выраженности β-ритма в затылочных областях соответственно: 44,1±1,1 и 42,6±1,2%; 45,3±1,0 и 41,3±1,1%).

Результаты корреляционного анализа проведенного у юношей и девушек 15-16 лет больных неврозами после курса ФБУ выявил ослабление корреляционных связей в расслабленном состоянии (соответственно F_s-F_d K_{kp} 0,58±0,03; F_s-C_s K_{kp} 0,56±0,02; F_d-C_d K_{kp} 0,47±0,03; F_d-C_s K_{kp} 0,45±0,02; F_d-C_s K_{kp} 0,54±0,02; C_s-C_d K_{kp} 0,51±0,02; O_s-O_d K_{kp} 0,44±0,03).

При моделировании умственной деятельности (рис.1) происходило нивелирование межполушарной лобно-центральной связи (соответственно: F_s-C_d K_{kp} с 0,53±0,02 до 0,39±0,02).

При моделировании отрицательного эмоционального состояния наблюдались ослабленные внутриполушарных связей (рис.2) (соответственно: (F_s-C_d K_{kp} 0,68±0,02 до 0,61±0,02; F_d-C_d K_{kp} с 0,69±0,03 до 0,60±0,02).

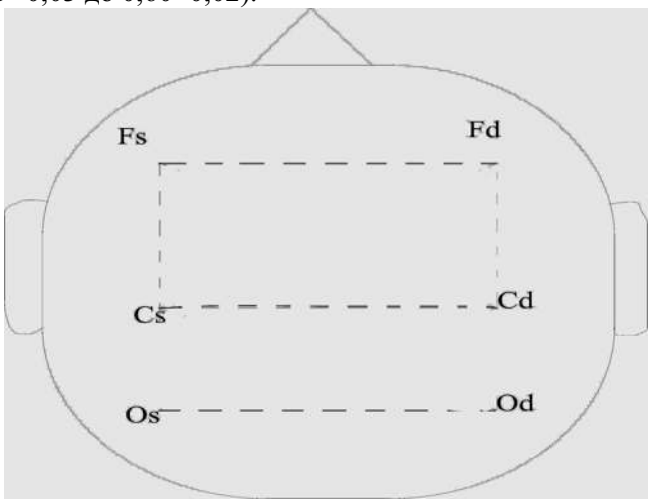


Рис.1. Корреляционные взаимоотношения между областями мозга у юношей и девушек 15-16 лет больных с неврозами. Обозначения: (------) – сильные корреляционные связи; (- - - -) – средние корреляционные связи; F– лобные, C– центральные, O – затылочные области; s – левое и d – правое полушарие.

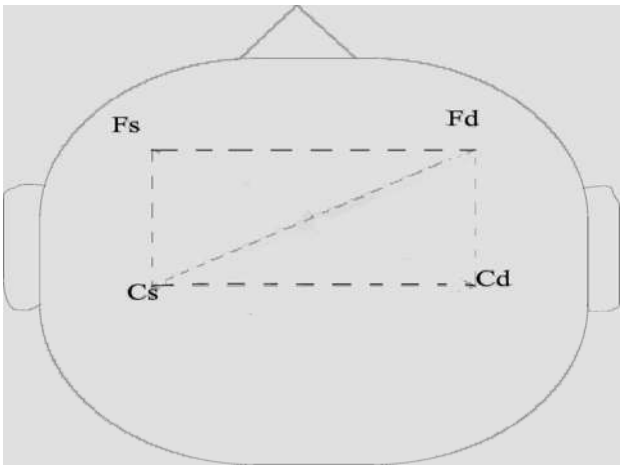


Рис.2. Корреляционные взаимоотношения между областями мозга у юношей и девушек 15-16 лет больных с неврозами при напряженном состоянии. Обозначения те же, что и на рис.1.

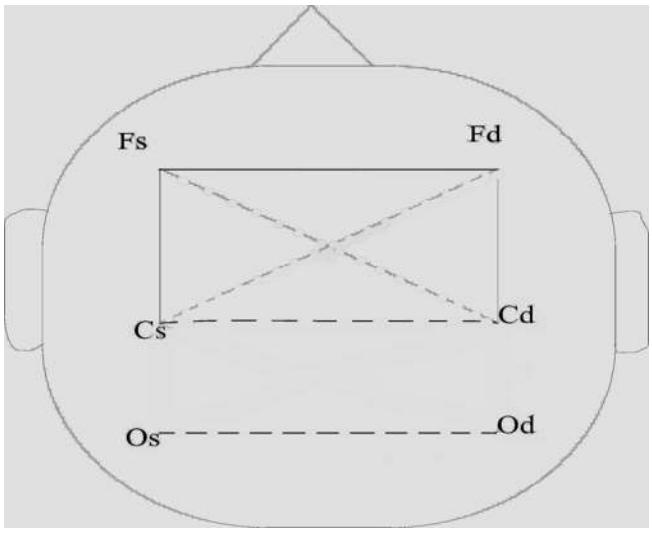


Рис.3. Корреляционные взаимоотношения между областями мозга у юношей и девушек 15-16 лет больных с неврозами при отрицательном эмоциональном состоянии. Обозначения те же, что и на рис.1.

Таким образом, анализ спектральной представленности в спокойном состоянии на ЭЭГ юношей и девушек 15-16 лет больных неврозом с ведущими вегето-эмоциональными и двигательными нарушениями выявил понижение медленных ритмов и повышение α-ритмов в лобных областях у здоровых динамики. Выраженность же β-ритма выявляла генерализованное повышение по всем исследуемым областям. При изменении функционального состояния отмечается повышение процентной представленности медленных ритмов по всем областям. Выраженность же α-ритма уменьшилась по всем областям как в напряженном, так и в отрицательном эмоциональном состоянии. β-ритм увеличивал свои значения лишь в затылочных областях обеих полушарий.

Кросскорреляционный анализ в спокойном состоянии выявил сильные межполушарные связи и межзональные переднецентральные внутриполушарные связи и ослабление межполушарных, центральных и затылочных связей. В напряженном состоянии наблюдалась ослабление кросскорреляционных связей. А при моделировании отрицательного эмоционального состояния наблюдалось понижение лобных связей, а также правой межполушарной лобно-центральной связей.

После проведенного курса ФБУ спектральной активности мозга в спокойном состоянии отмечалось снижение медленных ритмов в центральных и затылочных областях, усиление выраженности α-ритма и генерализованное увеличение представленности δ-ритма, что приводило и возникновению межзональных различий, регистрирующихся, как и у здоровых.

ВЫВОДЫ: 1.В спектральной картине ЭЭГ отмечается снижение выраженности медленных ритмов, усиление представленности α-ритма в затылочных областях и генерализованное увеличение выраженности β-ритма после курса ФБУ. Изменение функционального состояния характеризуется снижением представленности медленных ритмов. Изменение функциональных состояний приводит к снижению уровней как межзональных, так и межполушарных связей. 2.Метод функционального биоуправления, влияя на интегративные мозговые аппараты, способствует нивелированию дисфункций неспецифических систем, стабилизируя восходящий и нисходящий дисбаланс синхронизирующих и десинхронизирующих влияний, эрго- и трофотропных надсегментарных механизмов. Метод функционального биоуправления можно рекомендовать как прием коррекции невротических нарушений у лиц юношеского возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аллахвердиев А.Р. Онтогенетические особенности функционирования неспецифических систем мозга детей в норме и при неврозах: Автореф. дис. …д.м.н. М., 1988, 38 с.

2. Вейн А.М., Родштат И.В., Колосова О.А. Неврозы и вегетососудистые нарушения // Журн. высш.нервн.деят., 1997, с.385-387.

3. Ивановский Ю.В., Сметанкин А.А. Принципы использования метода биологической обратной

связи в системе медицинской реабилитации // Биол. обратная связь, 2000, т.2, с.2-9.

4. Пинчук Д.Ю. Физиологический анализ коррекции двигательных расстройств процессами функционального биоуправления при тяжелых формах детского церебрального паралича:. Автореф. дис. …к.м.н. Л., 1987, 21 с.

5. Святогор И.А. Некоторые аспекты нейрофизиологических механизмов биоуправления потенциалами мозга при неврозах. / Биоуправление: Теория и практика. Новосибирск: Наука, 1988, с.108-119.

SUMMARY

RESULTS OF THE USING OF FUNCTIONAL BIOFEEDBACK IN NEUROSIS' TREATMENT OVER YOUTH AND GIRLS AT 15-16 YEARS

Alekperova H.M.

The particularities of the distribution main EEG rhythm defined beside youth and girl, sick neurosis with leading vegetal-emotional and motor breaches before and after functional biomanagement (FBM) able weakened unsleeping. Breach at neurosis of synergic operation synchronizing and desynchronizing systems, characteristic sound persons shown. FBM using, reducing synchronizing influence and intensifying ascendant activity parcel limbic-reticular of the complex, draws near broken EEG-picture beside sick neurosis to such beside sound, reflecting the optimum organization EEG rest.

Daxil olub:02.12.2009

АТОПИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ.

Мамедова Р.Ю.

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

Проблема атопической аллергии является одной из важнейших в клинической медицине. Пристальное внимание к ней педиатров объясняется большой распространенностью аллергических болезней, нередким развитием у детей острых аллергических состояний, требующих неотложной терапевтической помощи, существенным влиянием аллергических реакций на лечение других патологических процессов [1,2,3]. Атопией называют аллергию, при которой ведущую роль играет наследственность. Впервые понятие «атопия» для характеристики измененной реактивности у лиц с аллергическими болезнями с признаками анафилаксии и наследственного предрасположения к аллергии было введено в 1923г.Соса и Cooke.

Атопическая аллергия занимает особое положение среди других видов гиперчувствительности, так как она связана с особым характером иммунопатологических процессов: с участием строго определенного класса иммуноглобулинов IgE и избирательных клеток – мишеней (тучные клетки, базофилы, эозинофилы), интактностью системы комплемента, секрецией специфических медиаторов аллергии. Атопия развивается на генетической основе и должна рассматриваться как полигенная многофакторная патология с ведущим эффектом главного гена. Не так давно выявлен аутосомно – доминантный регуляторный локус (хромосома 13), контролирующий уровень IgE в крови. Наряду с этим картирован ген атопической бронхиальной астмы и ринита на хромосоме 11 g. И все-таки это не позволяет относить атопическую аллергию к моногенной патологии в силу высокого вклада внешнесредовых факторов в ее развитие и как непременного условия – наличия аллергенов в окружающей среде. Кроме того, под воздействием мутагенов внешней среды возможны мутации генов соматических клеток (лимфоцитов), которые вообще не наследуются и проявляются лишь у одного из членов семьи. Такие мутации могут вполне идентичными наследуемым мутациям. В сущности, речь идет об экопатологии на генетической основе, составляющей важнейший раздел современной экогенетики человека[7,8,9,12].

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ. С каждым годом растет число больных аллергией во всем мире. Каждое десятилетие на протяжении последних 30 лет происходит почти двукратное увеличение роста аллергических заболеваний [3,5,6]. У каждого пятого человека на Земле хотя бы однажды в жизни возникают аллергические реакции. Более того, заболеваемость аллергией возрастает. Специальные эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что распространенность аллергических заболеваний дыхательного тракта и, прежде всего бронхиальной астмы, по далеко еще не установленным причинам в большинстве стран за

последние десятилетия резко возросла и в настоящее время очень высока, не менее чем 8-10 % среди взрослого населения, 10-15 %- среди детей. Хотя между отдельными странами существуют некоторые различия, общая тенденция оказывается одинаковой [4,5,6,].

Частота пищевой аллергии у детей раннего возраста достигает 20-30 %. Распространенность аллергического ринита среди населения превышает 20 %, а распространенность атопии как таковой, подтвержденной положительными кожными пробами хотя бы к одному из аэроаллергенов, оказывается необычайно высокой 40 – 45 % населения [2,3,8,9,10]. На сегодня очевидно, что решение проблемы снижения аллергической заболеваемости и повышения эффективности лечения аллергических болезней во многом зависит от выяснения механизмов их развития. Исследования, проведенные в клинической иммунологии и аллергологии в этом направлении за последние годы, в значительной мере изменили существовавшие представления о патогенезе аллергических реакций и заболеваний. В подавляющем большинстве случаев возможно выявление семейной предрасположенности к атопическим заболеваниям на основе детального анализа медицинской родословной ребенка и идентификации маркеров генетического и экологического риска.

А. Адо и П. К. Булатов (1969) ввели понятие «предастмы», понимая под этим термином предшествующей астме астматический бронхит. Стало ясным существование аллергического атопического диатеза, скрытые признаки которого обнаруживаются задолго до заболевания детей и даже у новорожденных. Согласно J.Warner, риск заболевания бронхиальной астмой в будущей жизни существует у 10 – 15 % новорожденных. Ребенок, у которого один из родителей страдает аллергией, подвергается 30 % - риску развития аллергических реакций. При наличии аллергии у обоих родителей этот риск удваивается (60 %).

При появлении детской экземы в раннем возрасте вероятность становления в будущем бронхиальной астмы составляет 50 % и до 80 % - при сочетании детской экземы и обструктивного бронхита. Так аллергия «скачет» от поколения к поколению. Важнейшим маркером риска атопии при рождении считается превышение плазматического уровня иммуноглобулина Е (50 КЕ\л и выше) в пуповинной крови. Известны также иммуногенетические маркеры атопии – это гаплотипы HLA A1, B8, Dw3 , HLA A3, B7, Dw2. Таким образом, риск заболевания (предрасположение) может быть объективно установлен задолго до развития болезни. Предрасположенность может проявиться повышением проницаемости слизистых покровов (и барьерных тканей вообще) к аллергенам, повышением высвобождения медиаторов аллергии, более высокой чувствительностью периферических тканей к этим медиаторам. Отсюда следует, что нормальное состояние барьерных тканей ограничивает поступление аллергена в организм и предотвращает сенсибилизацию организма и развитие ее клинических проявлений. Термин «аллергический диатез» (как состояние предрасположенности к иммунопатологическим реакциям) вытеснил устаревшее понятие экссудативно- катарального диатеза как заболевания. Относительно недавние эпидемиологические исследования показали, что аллергия имеет тенденцию эволюционировать в организме больного. Так, дети с атопическим дерматитом относятся к группе высокого риска развития астмы.

МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ. Аллергические заболевания являются гиперреакциями организма в ответ на воздействие некоторых факторов внешней среды, которые принимаются им за потенциально опасные (даже если на деле они не являются таковыми). Естественно, что если существует гиперреакции, то есть и нормальные реакции.

Нормальные реакции – развитие нормального иммунного ответа. Иммунная система защищает наш организм от проникновения внутрь него чужеродных веществ. Механизм иммунного ответа очень сложен. Он включает выработку антител, являющихся защитниками организма. Задача антител – нейтрализовать вторгшиеся в организм вещества (так называемые антигены). Теоретически любая иммунная реакция должна быть успешной. Но иногда иммунная система как бы “превышает свои полномочия” и, потеряв управление, начинает реагировать на совершенно безобидное вещество как на опасное. Такая утрата управления и приводит к запуску разрушительных гиперреакций. Эти разрушительные реакции называют реакциями “гиперчувствительности” или “аллергическими”, а антигены, ответственные за развитие аллергических реакций – аллергенами.

Иммунитет обладает прекрасной памятью. При первом контакте с чужеродным веществом иммунная система становится способной помнить и распознавать его. Затем она подготавливает ответное воздействие, вырабатывая специфические антитела для нейтрализации антигенов. Если тот же антиген попадает в организм вновь, иммунная система распознает его и атакует уже имеющимися специфическими антителами. Вот почему у человека, страдающего сенной лихорадкой на пыльцу растений, болезнь обостряется каждый раз при контакте с тем видом пыльцы, который его иммунная система запомнила как чужеродный антиген.

Термин "сенсибилизация" означает, что иммунная система вступила в контакт с антигеном, "запомнила" его особенности и готова продуцировать антитела в ответ на воздействие. При последующем контакте с этим антигеном он будет немедленно распознан и атакован. Период времени, за который у разных лиц возникает сенсибилизация к аллергену, широко варьирует – от нескольких дней до нескольких лет. Аллергические реакции многообразны по проявлениям и тяжести течения; они способны развиваться в разных направлениях и вовлекать различные органы и ткани организма. У многих больных с аллергией часто проявляется атопия.

С открытием в 1966-1967 гг. K. Ishizaka, T. Ishizaka и S.G.O. Iohansson иммуноглобулина E (IgE) атопию стали определять как врожденную склонность к IgE-опосредуемым аллергическим реакциям на малые дозы аллергенов, при этом обнаруживаемая при аллергических реакциях гиперпродукция IgE рассматривалась в основном как следствие недостаточности Т-лимфоцитов-супрессоров, а с учетом времени возникновения после контакта с причинно – значимыми аллергенами сами аллергические болезни трактовались как проявление аллергии немедленного типа. Эти воззрения на атопию и развивающиеся на ее основе аллергические реакции и заболевания за последнее время претерпели существенные изменения. Суть их заключается в следующем. Ключевую роль в развитии сенсибилизации организма, проявляемой гиперпродукцией общего и специфических IgE, играет TH2-субпопуляция СД4 Т-лимфоцитов. Активация этого клона клеток под воздействием ими интерлейкинов (IL)-IL4, IL6, IL10 и IL13-ведут к повышенному образованию специфических IgE-антител, последующей их фиксацией на тучных клетках и базофилах. Взаимодействие проникших во внутренние среды организма аллергенов и специфических IgE-антител приводит к высвобождению депонированных медиаторов и развитию ранней фазы аллергического ответа.

Его клиническими проявлениями могу быть крапивница, отек Квинке, приступ бронхиальной астмы, обострение аллергического ринита и атопического дерматита. Одновременно идет развитие аллергического воспаления, являющегося следствием воздействия генерируемых TH2 лимфоцитами ряда цитокинов, таких как ИЛ3, ИЛ5, гранулоцитарно-макрофагальный колониестимулирующий фактор. Развитие аллергического воспаления происходит при участии макрофагов, эозинофилов, нейтрофилов и выде-ляемых ими липидных медиаторов (лейкотриены, простагландин, тромбоксан, фактор активации тромбоцитов (ФАТ). Возникнув, аллергическое воспаление является фактором, в значительной мере определяющим рецидивирующее и хроническое течение ряда аллергических болезней. Как болезни, в основе которых лежит аллергическое воспаление, в настоящее время трактуются бронхиальная астма, аллергический ринит, атопический дерматит.

В 1968 г. ВОЗ определила IgE как самостоятельный класс иммуноглобулинов. Согласно ВОЗ, одна МЕ/мл (МЕ – международная единица) соответствует 2,4 нанограмма. Обычно концентрация IgE выражается в МЕ/мл или кЕ/л (кЕ – килоединица). IgE в норме обнаруживается в сыворотке крови и различных секретах: слюне, мокроте, желудочном соке. Однако концентрация IgE в сыворотке крови и секре-тах значительно ниже, чем других иммуноглобулинов, и не превышает 0,02 – 0,03 г\л.Он быстро расщепляется (период полураспада 2 дня), поэтому образуется у лиц с атопией в больших количествах и непрерывно.
В норме содержание плазматических клеток, секретирующих IgE, не более 0,1 % общего числа клеток. По физико-химическим и биологическим свойствам IgE плазмы крови не отличается от IgE секретов (слюна, мокрота, содержимое желудка). Концентрация секреторного IgE у больных с атопическими заболеваниями превыщают норму от 10 до 1000 раз. Содержание IgE при атопических заболеваниях непостоянно. При длитель-ном контакте с аллергеном, при

поллинозах , особенно в период цветения растений) оно чаще всего резко повышается. Длительное лечение кортикостероидными гормонами ведет к снижению и даже нормализации концентрации IgE. Количественное определение IgE является информативным диагностическим тестом, который позволяет с высокой сте-пенью вероятности выявить атопию.

Содержание IgE при бронхиальной астме повышено в несколько раз, максимальные концентрации IgE выявляются у больных с атопическим дерматитом. При аллергии к домашней пыли, грибам и клещам уровень IgE значительно выше, чем при аллергии к пыльце растений, деревьев и перхоти животных. С помощью иммунофлюоресцентных узлах. IgE образуют лимфоидные клетки, находящиеся вблизи эпителиальных клеток слюнных желез и дыхательного тракта, а также вблизи крипт кишечного тракта.

В полипах носа выявлено большое количество клеток, содержащих IgE. Основная биологическая роль IgE связана с его уникальной способностью связываться с поверхностью тучных клеток и базофилов человека. Только эти клетки несут высокоаффинный гликопротеиновый рецептор (относительная молекулярная масса-130 000 дальтон) для Fc-участка молекулы IgE. На поверхности одного базофила имеются 40 000 – 100 000 рецепторов, которые связывают от 5 000 до 40 000 молекул IgE. Дегрануляция тучных клеток и базофилов наступает, когда две связанные с мембраной клеток молекулы IgE соединяются с антигеном. После этого происходит выброс медиаторов воспаления вследствие активации серинэстеразы, связанной с клеточной мембраной; притока внутрь клетки ионов кальция; образования обладающих способностью к слиянию липидов и последующего соединения перигранулярной мембраны с плазматической мембраной; снижения уровня внутриклеточного циклического 3, 5 – аденозинмонофосфата; сокращения микрофиламентов и агрегация микроканальцев. По мере развития этих процессов гранула с медиатором сначала сообщается с внеклеточной средой при помощи «цистерн», затем, в конечном итоге, выталкивается из клетки.

Помимо участия в аллергических реакциях 1 (немедленного) типа, IgE также принимает участие в защитном противогельминтном иммунитете, что обусловлено существованием перекрестного связывания между IgE и антигеном гельминтов. Последний, проникая через мембрану слизистой оболочки, «садится» на тучные клетки и вызывает их дегрануляцию. Медиаторы воспаления повышают проницаемость капилляров и слизистых оболочек, в результате чего IgG и лейкоциты выходят из кровотока. К гельминтам, покрытым IgG, присоединяются эозинофилы, которые выбрасывают содержимое своих гранул и таким образом убивают гельминтов. При заражении кишечника паразитами, в первую очередь аскаридами, у детей повышается содержание IgE в крови.

В норме IgE составляет менее 0,001 % от всего иммуноглобулина сыворотки крови. В результате исследований было обнаружено, что наибольшее количество лимфоцитарных клеток, образующих IgE, находится в миндалинах и аденоидах. Плазматические клетки, содержащие IgE, обнаруживаются также в бронхиальных и брюшных лимфатических узлах, но отсутствуют в селезенке, костном мозге и в подкожных лимфатических узлах. Его концентрация в сыворотке крови взрослого человека составляет менее 0,05 г/л (около 100 кЕ/л), что в 1000 раз и более ниже концентрации IgG в сыворотке 9 около 10 г/л).

Содержание IgE в сыворотке крови здоровых людей находится в следующих пределах: новорожденные – (0-2 кЕ/л), дети: 3-6 мес (3-10 к Е/л), 1 год (8-20 кЕ/л), 5 лет (10-50 кЕ/л), 10 лет (15-60 кЕ/л), взрослые 20-100 кЕ/л) [8,9,10,11,12]. IgE можно обнаружить в организме человека уже на 11 неделе внутриутробного развития. Содержание IgE в сыворотке крови возрастает постепенно с рождения человека до подросткового возраста. В пожилом возрасте уровень IgE может снижаться. По уровню IgE в детском возрасте можно выявить атопию и прогнозировать развитие аллергических болезней в будущем. Как и все показатели иммунной и других систем организма, синтез IgE подвержен сезонным колебаниям: осенью его уровень увеличивается, весной снижается. Уровень IgE у детей зависит от отягощенности атопией наследственности и от его содержания у матери в период родов и грудного вскармливания. IgE не проникает через плаценту. Основная физиологическая функция IgE подобна функции секреторного иммуноглобулина А (IgA), - защита слизистых оболочек организма ребенка. Если чужеродный (инфекционный) агент преодолевает барьер, образуемый IgA, то он встречается со следующей линией защиты – специфическими IgE, которые, связываясь с антигеном,

фиксируются на мембранах тучных клеток. В практике клинико-диагностических лабораторий определение общего и специфического IgE проводится для их использования как самостоятельных диагностических показателей.

Особенности интерпретации и диагностические ограничения трактовки показателей общего IgE. Примерно 30 % больных с атопическими заболеваниями имеют уровень общего IgE в пределах нормы. Некоторые больные с бронхиальной астмой могут иметь повышенную чувствительность только к одному аллергену (антигену), в результате чего содержание общего IgE может быть в пределах нормы, в то время как кожная проба и лабораторное выявление специфического IgE будут положительными. Концентрация общего IgE в сыворотке крови повышается при неатопических состояниях, особенно при глистной инвазии, некоторых формах иммунодефицитов и бронхо-пульмональном аспиргиллезе. После соответствующего лечения она приходит к норме.

Границы нормы для европейцев не могут быть применены для представителей зон, эндемичных по гельминтозам.

Особенности интерпретации и диагностические ограничения трактовки показателей специфических IgE

Доступность определения содержания специфических IgE не должна преувеличивать его диагностическое значение в обследовании больных с аллергией. Обнаружение аллергенспецифического IgE (к какому-либо аллергену или антигену) не доказывает, что именно этот аллерген ответственен за клиническую симптоматику. Окончательное заключение и интерпретация лабораторных данных должны быть сделаны только после сопоставления с клинической картиной и данными развернутого аллергологического анамнеза. Отсутствие специфического IgE в сыворотке периферической крови не исключает возможность участия в заболевании IgE-зависимого механизма, так как местный синтез IgE и сенсибилизация тучных клеток могут происходить и в отсутствие специфического IgE в кровотоке (например, при аллергическом рините). Антитела других классов, специфичные для данного аллергена, особенно класса (IgG 4), могут быть причиной ложноотрицательных результатов.

Исключительно высокие концентрации общего IgE, например, у отдельных больных с атопическим дерматитом, могут за счет неспецифического связывания с аллергеном давать ложноположительные результаты.

Идентичные результаты для разных аллергенов не означают их одинакового клинического значения, так как способность к связыванию с IgE у разных аллергенов может быть различной.

В заключение с учетом всего вышеизложенного, а также существующих сложностей в постановке и интерпретации кожных проб перечислим основные показания и противопоказания к назначению специфического аллергологического обследования in vitro – определения IgE.

Обследование показано при: дифференциальной диагностике IgE-зависимого и IgE-независимого механизмов аллергических реакций; невозможности выявить аллерген анамнестически, с помощью дневника и т. д.; недостаточном эффекте специфической иммунотерапии, назначенной по результатам кожных проб; дермографизме и распространенном дерматите; гиперреактивности кожи; невозможности отменить симптоматическую терапию препаратами, влияющими на результаты кожных проб; отрицательном отношении больного к кожным пробам; наличии в анамнезе системных аллергических реакций на кожные пробы; несоответствии результатов кожных проб данным анамнеза и клинической картине; IgE-зависимой пищевой аллергии; необходимости количественной оценки чувствительности и специфичности аллергена; уровне общего IgE в сыворотке крови более 100 кЕ\л. Обследование нецелесообразно: при атопических заболеваниях в случаях удовлетворенности врача результатами клинико-анамнестических данных и результатами кожных проб; у больных с атопическими заболеваниями, получающих удовлетворительную (эффективную) терапию; у больных с IgE-независимым механизмом аллергических реакций, доказанным комплексным клиническим обследованием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асанов А.Ю., Намазова Л.С., Пинелис В.Г., и др. Генетические основы бронхиальной астмы // Педиатрическая фармакология, 2008, №5, с.4, 31-37
2. Ахметгалеева И.Р., Гаймоленко И.Н. Распространенность и взаимосвязь симптомов аллергических заболеваний школьников по данным эпидемиологического исследования // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН, 2004, №2, с.25-30
3. Гаймоленко И.Н., Потапова Н.Л. Факторы риска развития бронхиальной астмы у детей // Читинской области. Бюллетень сибирской медицины, 2007, №6, с.112-116
4. Мамедова Р.Ю. Современное представление об атопической аллергии у детей. Методические рекомендации. Баку, 2001, 23 с.
5. Мамедова Р.Ю. Распространенность симптомов бронхиальной астмы у детей по критериям ISAAC / Достижения медицинской науки и практического здравоохранения Азербайджана. Баку, 2001, II том, с. 225- 228
6. Мизерницкий Ю.Л. Значение экологических факторов при бронхиальной астме. Автореф. дис…докт. мед. наук. 1998., 49с.
7. Национальная программа Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика.1997
8. Чучалин А.Г. Бронхиальная астма. В 2-х томах.1997
9. Йегер. Клиническая иммунология и аллергология. (пер. с нем.)1990
10. Blumental M., Bach F. Immunogenetic of atopic diseases || Allergy principles and practice, 1983, v.1, p. 11-17
11. Hill D.J., Firer M.A., Shelton M.J., Hosking C. S. Manifestation of milk allergy in infancy: clinical and immunologic findings // J. Pediat., 1986, v.109, p.270-276

SUMMURY

ATOPYC DİSEASES BY CHİLDREN

Mamedova R.Y.

The asthma and atopy model stresses the importance of inflammation, TH2 profile, multiple cellular and non-cellular components and multiple interactive pathways, all of which are influenced by genetic and environmental factors. Atopy is an adverse specific IgE immune reaction resulting in inflammation, which may cause conditions such as asthma, allergic rhinitis and some cases of urticaria. Atopic individuals produce IgE of high affinity as well as IgG, which is of lower affinity.

Daxil olub: 21.12.2009

HAZIRKI DÖVRDƏ AZƏRBAYCANDA YERLİ ƏHALİ ARASINDA MALYARİYA XƏSTƏLİYİNİN AŞKAR OLUNMASI EPİDEMİOLOJİ VƏZİYYƏTİN GƏRGİN OLMASININ GÖSTƏRİCİSİ KİMİ

Abdullayev X.İ., Hacıyev İ.A., Mahmudova Ş.Ə., Hüseynova F.H., Hacıyeva N.Y., Abdullayeva Z.Z.
V.Axundov adına Milli ET Tibbi Profilaktika İnstitutu

Azərbaycanda malyariyanın 1960-cı ildə praktik olaraq ləğv edilməsindən sonrakı dövrdə onun ikinci çox geniş miqyaslı epidemiyası* 1994-1996-cı illərdə ölkə ərazisində yaranmış olduqca ağır sosial-iqtisadi vəziyyətin mürəkkəbliyi və epidemioloji durumun çox yüksək gərginliyi şəraitində baş vermişdir [1].

Lakin təəssüflə qeyd etmək lazımdır ki, həmin epidemiyanın söndürülməsindən və sonrakı illərdə nisbi sabitliyin əldə olunmasından çox uzun müddət – 10-12 il keçməsinə baxmayaraq, indiyədək respublikanın ərazisində malyariogen vəziyyəti davamlı olaraq nəzarət altında saxlamaq mümkün olmamışdır. Belə ki, rəsmi statistik məlumatlara əsasən epidemiyanın söndürülməsindən ötən dövr ərzində faktiki olaraq yerli əhali arasında, xüsusilə də az yaşlı uşaqlar arasında vaxtaşırı – ilbəil malyariya xəstəliyinin aşkar olunması halları davam etmişdir. Təəssüf ki, bu eynilə son illərdə də müşahidə edilir. Bunu aşağıda göstərilən rəsmi məlumatlar bir daha təsdiq edir: respublika üzrə əhali arasında 2006-cı ildə 143, 2007-ci ildə 110, 2008-ci ildə 73 və 2009-cu ilin 9 ayında 76 malyariya hadisəsi qeydə alınmışdır. 2008-ci ildə 14 yaşa qədər uşaqlar arasında 15, 2009-cu ilin 9 ayında isə 22 nəfər malyariyaya yoluxmuş xəstə aşkar olunmuşdur. Bəzi rayonlarda (Saatlı, Xızı, Qax) aşkar olunmuş xəstələrin 55%-ə qədəri uşaqlar arasında qeydə alınmışdır.

2007-ci ildə yerli malyariya hadisələri respublikanın 36 rayonunda 70 yaşayış məntəqəsində qeydə alınmışdır. Respublika üzrə malyariya ocaqlarının ümumi sayının azalmasına baxmayaraq, son

illərdə ölkənin bəzi endemik ərazilərində infeksiyanın hətta yeni ocaqları əmələ gəlmişdir. Onların sayı 2004-cü ildə 39, 2005-ci ildə 27, 2006 və 2007-ci illərdə müvafiq olaraq 25, 25 və 2008-ci
* - 1970-ci ildən sonra respublikanın ərazisində malyariyanın yalnız üçgünlük forması aşkar olunur
ildə 17 təşkil etmişdir. Bununla belə aparılmış müşahidələr və araşdırmalar göstərir ki, 2007-ci ildə qeydə alınmış malyariya hadisələrinin əhalinin hər 100 min nəfərinə görə nisbəti 1,9 təşkil etməsinə baxmayaraq, hələ də ölkə ərazisinin 80%-i malyariyaya görə endemik olaraq qalmaqda davam edir.

Beləliklə, yuxarıda qeyd edilən rəsmi məlumatlar tam aydınlığı ilə heç bir şübhə doğurmadan təsdiq edir ki, respublikanın ərazisində malyariogen vəziyyət hələ də gərgin olaraq qalmaqda davam edir. Təbiidir ki, müasir zamanda ölkədə çox böyük narahatçılığa səbəb olan və artıq çox ciddi problemə çevrilmiş bu mühüm məsələnin hərtərəfli araşdırılması, xüsusilə də malyarioloji gərginliyin davam etməsində bilavasitə rol oynayan bütün amillərin çox ciddi surətdə öyrənilməsi və onların təxirə salınmadan aradan qaldırılmasına nail olmaq üçün adekvat operativ kompleks tədbirlərin ölkənin bütün ərazisində ardıcıl olaraq tam həcmdə həyata keçirilməsi qətiyyətlə tələb olunur.

Bu məsələ ilə əlaqədar bizim apardığımız müşahidələr və hərtərəfli epidemioloji təhlillər birmənalı olaraq belə bir qənaətə gəlməyə əsas verir ki, hazırda respublikanın ərazisində malyariogen vəziyyətin gərgin olaraq davam etməsinin ən başlıca səbəblərindən biri 1994-1996-cı illərdə epidemiyanın baş verməsində və onun qısa müddət ərzində əhali arasında çox geniş və intensiv surətdə yayılmasında olduqca mühüm rol oynamış ağır və çox mürəkkəb sosial-iqtisadi xarakterli amillərin indiyədək aradan qaldırılmasının qeyri-mümkün olması ilə əlaqədardır. Bu baxımdan 90-cı illərdə Dağlıq Qarabağda baş vermiş hərbi əməliyyatlar və erməni silahlı qüvvələri tərəfindən respublika ərazisinin 20%-nin işğal olunması nəticəsində bir milyondan çox qaçqın və məcburi köçkün vəziyyətinə düşmüş soydaşlarımızın hazırkı vaxtda da kütləvi halda davam edən miqrasiyası malyariyanın ondan sağlamlaşdırılmış ərazilərə yayılmasında çox ciddi və real təhlükə törətməsi heç bir şübhə doğurmur. Epidemiyanın yayıldığı illərdə respublika üzrə qeydə alınmış malyariya hadisələrinin mütləq əksəriyyəti, hətta bir neçə endemik rayonlarda onların 80%-i yalnız qaçqın və məcburi köçkün ailələri arasında aşkar olunmuşdur. Yeri gəlmişkən təəssüflə onu da qeyd etmək lazımdır ki, artıq 20 ildən çox vaxt keçməsinə baxmayaraq daimi yaşayış yerlərini tərk etmiş qaçqın və məcburi köçkünlərin problemi indiyədək həll olunmamış qalır.

Yuxarıda göstərilənlərlə yanaşı qeyd etmək lazımdır ki, ötən illər ərzində respublikada malyariogen vəziyyətin gərgin olaraq davam etməsinə müxtəlif xarakterli bir çox faktorların da bu və ya digər dərəcədə mənfi təsir göstərmələri inkar olunmazdır. Həmin faktorlara əsas etibarilə aşağıdakıları aid etmək olar:

- uzun illər ərzində ölkədə bərqərar olmuş planlı iqtisadiyyat formasından yeni tipli bazar iqtisadiyyatı sisteminə keçid;
- aptek bazarında malyariya əleyhinə dərman preparatlarının azad satışı ilə əlaqədar malyariyaya yoluxmuş xəstələrin həmin preparatları əldə edərək həkim nəzarəti olmadan qeyri-müntəzəm qəbul etmələri [7];
- səhiyyə orqanlarının dərman preparatları, insektisidlərlə, laborator avadanlıqları, dezinseksiya üçün çiləyici aparatlarla, nəqliyyat vasitələri ilə və s. kifayət qədər təchiz olunmaması;
- malyariya ilə mübarizədə əsas yer tutmuş kütləvi müalicə və profilaktika tədbirlərinin (primaxinlə mövsümarası kütləvi profilaktik müalicə, delagil və tindurinlə kütləvi mövsümi kimyəvi profilaktika, aşkar edilən qızdırmalı xəstə və malyariyaya şübhəli digər şəxslərin qanı götürüldükdən sonra onların tindurin preparatı ilə əvvəlcədən profilaktik müalicəyə cəlb olunması və s.) həyata keçirilməsində ortaya çıxmış çətinliklər [5]. Həmin tədbirlər qaçqın və məcburi köçkünlərin fasiləsiz olaraq davam edən intensiv miqrasiyası şəraitində aparılmışdır. Buna görə də hər dəfə əhali arasında dərman preparatları paylanarkən onların çox böyük qismi bu tədbirdən kənarda qalmışdır. Digər tərəfdən hər il respublikanın ayrı-ayrı bölgələrində malyariya hadisəsi aşkar olunmuş yaşayış məntəqələrində 100 min nəfərdən çox əhalinin həmin tədbirlərə cəlb olunması və onlara müəyyən edilmiş günlərdə yaş qruplarına uyğun olaraq dərman preparatlarının verilməsi işi bir sıra çox mühüm təşkilati tədbirlərin işlənib həyata keçirilməsini və eləcə də bütün tibb işçilərinin və nəqliyyat vasitələrinin bu işə səfərbər olunmasını tələb etmişdir;
- bir çox təcrübəli kadrların – parazitoloqların, entomoloqların, hemoskopist laborantların, mühəndis hidrotexniklərin və digər texniki işçilərin işdən getmələri;

- malyariya hadisələrinin qeydiyyatının azalması ilə əlaqədar səhiyyə orqanları tərəfindən arxayınçılığa yol verilməsi və bununla da malyariya əleyhinə kompleks tədbirlərin tam həcmdə həyat keçirilməməsi;
- respublikanın bir çox şəhər və rayonlarında aşkar olunmuş malyariya hadisələrinin qeydiyyatında və uçota alınmasında əsassız olaraq yol verilmiş çox ciddi nöqsan və səhv yanaşmalar [4].

Aşkar olunmuş xəstələr sayca rayon və şəhərlər üzrə qeydə alınmışdır. Lakin onların yaşadıqları və bilavasitə malyariyaya yoluxduqları yaşayış məntəqələri üzrə qeydə alınmaları artıq məqsədəuyğun hesab edilməmişdir. Təbiidir ki, bütün bunlar öz növbəsində malyariya ilə mübarizədə olduqca mühüm əhəmiyyət kəsb edən bir neçə tədbirlərin (yeni baş vermiş ocaqların tezliklə aşkar olunması, onların yerlərinin dəqiq müəyyən edilməsi və bu ocaqlarda təxirə salınmadan əksepidemik tədbirlərin aparılması və s.) vaxtında həyata keçirilməsinə mənfi təsir göstərməyə bilməzdi.

Son illərdə bizim apardığımız müşahidələr və araşdırmalar belə bir nəticəyə gəlməyə əsas verir ki, ölkə ərazisində malyarioloji gərginliyin gələcək illərdə də davam etməsi ehtimalı istisna olunmur. Belə ki, 1994-cü ildən başlayaraq respublikanın bütün ərazisində xalq təsərrüfatının ayrı-ayrı sahələri üzrə sosial-iqtisadi problemlərin inkişaf etdirilməsinə dair Dövlət Proqramına uyğun olaraq, çox geniş miqyaslı tədbirlərin – yeni hidroelektrik stansiyaların, dəmir və şose yollarının inşası, yeni su anbarlarının və hövzələrinin yaradılması, magistral su kəmərlərinin çəkilməsi, çox saylı artezian quyularının istifadəyə verilməsi, əkin sahələrinin genişləndirilməsi, qaçqın və məcburi köçkünlər üçün yeni çox saylı qəsəbə və şəhərlərin yaradılması, kurort-sağlamlıq mərkəzlərinin, turist bazalarının, idman komplekslərinin, yeni aeroportların inşası və s. həyata keçirilməsi ilə əlaqədar çox ciddi epidemioloji və ekoloji dəyişikliklərin baş verməsi qaçılmaz olacaqdır və bu heç bir şübhə doğurmur [3]. Aydındır ki, həmin tədbirlərin respublikanın ayrı-ayrı bölgələrində həyata keçirilməsi ilk növbədə əhali arasında miqrasiya prosesinin bir qədər də intensivləşməsinə səbəb olacaqdır. Digər tərəfdən sanitar-hidrotexniki tədbirlər yerinə yetirilmədən çox geniş sahələrdə müxtəlif təyinatlı torpaq qazma işlərinin həyata keçirilməsi nəticəsində yeni anofelogen göl və bataqlıqların əmələ gəlməsi də şübhə doğurmur. Şübhəsiz ki, bütün bunlar mövcud epidemioloji və entomoloji vəziyyətin bir qədər də ağırlaşmasına səbəb olacasqdır [6].

Qeyd etmək lazımdır ki, ötən illər ətrzində, daha doğrusu 1997-ci ildən başlayaraq Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən malyariya ilə mübarizəyə dair 1994-2004-cü illər üçün işlənib hazırlanmış Milli Proqrama müvafiq olaraq respublikanın bütün ərazisində malyariya əleyhinə operativ kompleks tədbirlərin, geniş səhiyyə maarifi işlərinin və eləcə də digər bir çox vacib təşkilati tədbirlərin ardıcıl surətdə həyata keçirilməsi nəticəsində baş vermiş epidemiya ilə mübarizədə çox önəmli nailiyyətlər əldə olunmuşdur. Rəsmi məlumatlara əsasən əhali arasında malyariyaya yoluxma halları ilbəil azalmağa başlayaraq 1996-cı ildə qeydə alınmış 13135 hadisəyə qarşı 2002 və 2003-cü illərdə müvafiq olaraq 506-482 malyariya hadisəsi aşkar edilmişdir. Yəni göstərilən illərdə əhali arasında xəstələnmə müvafiq olaraq 25,9 və 27,3 dəfə azalmışdır. 2002-2003-cü illərdə respublika üzrə hər 100 min nəfər əhaliyə malyariya ilə xəstələnmənin intensiv göstəricisi müvafiq olaraq 6,3 və 6,01 təşkil etmişdir. Bu məlumatlardan göründüyü kimi, göstərilən illərdə respublikada yerli əhali arasında malyariya ilə xəstələnmə artıq kütləvi xarakter daşımırdı. Yəni, faktiki olaraq 1994-1996-cı illərdə ölkədə baş vermiş geniş miqyaslı epidemiyanın qarşısı 5-7 ildən sonra alınmışdır [2].

Lakin əldə edilmiş bütün bu nailiyyətlərə baxmayaraq, bizim son illərdə apardığımız müşahidələr göstərir ki, ölkə ərazisində malyariogen vəziyyət hələ də gərgin olaraq qalmaqda davam edir. Bunu son illərdə də (2007-2009) respublikanın bəzi endemik bölgələrində malyariyanın yeni ocaqlarının baş verməsi və eləcə də əhali arasında, xüsusilə də 14 yaşa qədər uşaqlar arasında çox böyük sayda (100-dən çox) malyariyaya yoluxmuş xəstələrin aşkar olunması bir daha təsdiq edir.

Beləliklə, hazırkı dövrdə respublikada yaranmış malyariogen vəziyyətə dair ayrı-ayrı illərə aid əldə edilmiş bütün müvafiq məlumatların hərtərəfli təhlili, son illərədə səhiyyə sistemində çox geniş və məqsədyönlü islahatların həyata keçirilməsi, Səhiyyə Nazirliyinin malyariya ilə mübarizə üzrə Milli Proqramının həyata keçirildiyi illərdə əldə olunmuş uğurlu nəticələr və eləcə də keçmiş illərdə malyariya ilə mübarizə sahəsində qazanılmış təcrübələr belə nəticəyə gəlməyə əsas verir ki, ümumiyyətlə prinsip etibarilə yaxın gələcək illərdə ölkədə malyarioloji gərginliyin aradan qaldırılması və həmçinin davamlı epidemioloji sabitliyin əldə olunması mümkündür.

Bununla belə, biz hesab edirik ki, qarşıya qoyulmuş bu mühüm problem xarakterli vəzifələrin tələb olunan səviyyədə layiqincə yerinə yetirilməsini təmin etmək üçün yerli səhiyyə orqanları və

eləcə də malyariya ilə mübarizədə maraqlı olan digər nazirlik və müəssisələr Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən təsdiq edilmiş "2008-2013-cü illərdə Azərbaycan respublikasında malyariyanın eliminasiyası üzrə Milli Strategiyanın müddəaları"na uyğun olaraq bütün operativ kompleks tədbirlərin ən azı 2013-cü ilədək respublikanın bütün ərazisində yerli əhali arasında malyariya ilə yoluxmanın kəsilməsi və onun eliminasiya olunmasına qədər ardıcıl olaraq tam həcmdə həyata keçirilməsini davam etdirməlidirlər. Şübhəsiz ki, həmin vəzifələrin yerinə yetirilməsini müvəffəqiyyətlə həll etmək məqsədilə göstərilən vaxtda eyni zamanda malyariyanın aktual problemlərinə dair müvafiq elmi-tədqiqat işlərinin də həyata keçirilməsinə böyük diqqət yetirilməlidir.

ƏDƏBİYYAT

1. Abdullayev X.İ., Hacıyev İ.A., Əliyev M.İ., Məmmədov S.M. Azərbaycanda 1995-1996-cı illərdə malyariyanın baş vermiş epidemiyasının əmələ gəlmə səbəbləri və onun epidemioloji xüsusiyyətləri / XX əsrdə kliniki mikrobiologiyanın aktual problemləri mövzusunda respublika elmi konf. Materialları. Bakı, 2001, s.6-10
2. Абдуллаев Х.И., Багиров Г.А. и др. К вопросу о сроках подавления постликвидационных эпидемий трехдневной малярии в Азербайджане при различных социально-экономических условиях // Азерб. мед. журнал, 2005, №3, с.130-134
3. Абдуллаев Х.И., Багиров Г.А., Махмудова Ш.А. и др. Некоторые эпидемиологические и экологические аспекты проблемы борьбы с малярией в Азербайджане на современном этапе. / Матер. юбилейной научн.-практ. конф., посвящ. 80-летия со дня рождения проф. И.Г.Самедова, Баку, 2005, с.30-39
4. Абдуллаев Х.И., Багиров Г.А., Махмудова Ш.А. и др. Важность надлежащего учета и регистрации больных малярией по населенным пунктам / Akademik V.Axundovun anadan olmasının 90 illik yubileyinə həsr olunmuş respublika elmi konf. məcmuəsi, Bakı, 2006, s.7-11
5. Абдуллаев Х.И., Махмудова Ш.А., Гасымов Э.И. К вопросу о чувствительности штаммов P.vivax к делагилу и примахину при их широком и длительном применении в Азербайджане / V.Axundov ad. Milli ET Tibbi Profilaktika İnstitutunun elmi əsərləri, I cild, Bakı, 2007, s.325-333
6. Абдуллаев Х.И., Намазов Н.Д., Гасымов Э.И. Строительство водохозяйственных объектов и проблема малярии. Баку, 2008, 163 с.
7. Hacıyev İ.A., Abdullayev X.İ., Mahmudova Ş.Ə. və b. Müasir şəraitdə malyariyanın laborator diaqnostikası ilə əlaqədar baş verən çətinliklər və onların aradan qaldırılması yolları / Azərbaycan respublikasının dövlət müstəqilliyinin son 10 ili dövründə V.Axundov ad. METTPİ-nin elmi-təcrübi fəaliyyətinin yekunlarına həsr olunmuş elmi konfransın məcmuəsi, Bakı, 2004, s.140-143

SUMMARY

REVEALING OF DISEASE BY A MALARIA AMONG LOCAL POPULATION AS AN INDICATOR OF AN EPIDEMIOLOGICAL SITUATION IN AZERBAIJAN IN MODERN CONDITIONS

Abdullayev Kh., Hajiyev I.A., Mahmudova Sh.A., Huseynova F.H., Hajiyeva N.Y., Abdullayeva Z.Z.

In offered article it is informed on epidemic of the three-day malaria which has occurred in 1994-1996, and about proceeding intensity to a situation on a malaria, despite epidemic suppression 10-12 years ago and establishments of relative stability on a malaria. Authors consider that for achievement in the near future of epidemiological stability on a malaria in the country carrying out of complex operative actions by local bodies of public health services both other interested establishments and departments according to accepted by Ministry of Health in 2008 National Strategy on struggle against a malaria is necessary till 2013.

Daxil olub:13.01.2010

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ТЕРАПИИ ИНГАЛЯЦИОННЫМИ КОРТИКОСТЕРОИДАМИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ТЯЖЕЛОГО И СРЕДНЕТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

Рустамова С.Т., Гасанов А.И., Рустамова Ш.М.

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

Основной целью лечения при бронхиальной астме является улучшение качества жизни больного за счет предотвращения обострений, обеспечения нормальной функции легких, поддержания нормального уровня физической активности, исключения побочного действия лекарственных средств, применяющихся при лечении [5]. Исходя из ведущей роли воспаления в патогенезе БА**,** лечение предусматривает использование противовоспалительных средств,

наиболее эффективными из которых являются кортикостероиды, уменьшающие сосудистую проницаемость, предотвращающие отек бронхиальной стенки, снижающие выход эффекторных клеток воспаления в бронхоальвеолярное пространство и блокирующие выработку медиаторов воспаления из эффекторных клеток. Местное (ингаляционное) применение глюкокортикоидных гормонов занимает сегодня ведущее место в лечении и профилактике бронхиальной астмы тяжелого и среднетяжелого течения.[2,3]

Однако, требует дальнейшего изучения вопрос о развитии побочных эффектов кортикостероидов, таких как развитие ротоглоточного кандидоза при приеме кортикостероидных препаратов в форме ингаляций [3].

По данным научной литературы терапия ингаляционными кортикостероидами в основном лишена серьезных побочных эффектов [2,3]. Однако, большинство исследований, занимающихся оценкой безопасности ингаляционных кортикостероидов у детей, обычно акцентирует внимание из местных побочных эффектов на развитие кандидоза слизистой носоглотки
[2,3,4].

Несмотря на проведение превентивных мероприятий по профилактике кандидоза слизистой полости рта мы предположили, что его развитие возможно как в связи с иммуносупрессорным действием стероидов, так и с особенностями местного иммунитета слизистых у пациентов с тяжелым и среднетяжелым течением бронхиальной астмы (БА). При этом состояние защитных функций слизистой ротоглотки зависит от микробиоценоза и играет весомую роль в процессе презентации аллергенов при бронхиальной астме благодаря функциональному единству мукозоассоциированной лимфоидной ткани глотки и бронхиального дерева [1].

В связи с вышеизложенным, ЦЕЛЬЮ настоящей работы было: оценить безопасность терапии ингаляционными кортикостероидами у детей с бронхиальной астмой тяжелого и среднетяжелого течения

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Основную группу составили 36 детей с БА, в контрольную группу вошли 20 здоровых детей. Для определения местных побочных эффектов мы выделели группу детей получающих ингаляционные кортикостероиды. Из 11 детей с тяжелой и 25 больными со среднетяжелой БА ингаляционные кортикостероиды получали 23 ребенка.

В ходе выполнения работы не ограничились визуальным осмотром слизистой глотки, полости рта и дополнительно осуществили микробиологическое и иммунологическое обследование. Оценку степени тяжести дисбиотических изменений на слизистой оболочке полости рта осуществляли по общепринятым рекомендациям. Содержание секреторного иммуноглобулина А определяли методом радиальной иммунодиффузии в агаровом геле Dibko по Manchini и соавт .

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. На першение в горле после ингаляции препарата жаловались 5 (21,7%) пациентов. Неприятные ощущения постепенно нивелировались на протяжении первых 5 – 7 дней лечения.

При визуальном осмотре ни у одного ребенка клинически не был констатирован кандидоз слизистой полости рта.

Исследован уровень секреторного IgA в слюне среди больных тяжелой БА, где его исходная концентрация составила 0,36±0,4 г/л, что достоверно ниже, чем у у здоровых детей (n=20), концентрация у которых составила 1,2±0,7 г/л ($p<0,01$). При повторном исследовании по окончании терапии мы не обнаружили достоверного изменения концентрации sIgA в слюне.

Для определения особенностей микробиоценоза у пациентов с тяжелым течением БА мы провели бактериологическое исследование отделяемого глотки в рандомизированных группах детей, больных бронхиальной астмой с тяжелым течением (n=11), со среднетяжелым течением (n=25) и здоровых детей (n=20).

Результаты исследований приведены в табл.1. По результатам бактериологического обследования у детей с тяжелым течением бронхиальной астмы некоторые микроорганизмы встречаются чаще, чем у пациентов со среднетяжелым течением и здоровых детей, что видно из табл.1.

Также, грибы вида Candida albicans обнаружены у пациентов, больных БА, в диагностически значимых титрах 10^4-10^5 КОЕ/мл и выделены достоверно чаще у детей, страдающих бронхиальной астмой тяжелого течения в сравнении с группой контроля.

Обратили внимание на то, что у 7 (63,6%) обследуемых с тяжелым течением бронхиальной астмы грибы Candida albicans были обнаружены в ассоциации с представителем факультативной группы Staphylococcus aureus.

Таблица 1

Видовой спектр микроорганизмов отделяемого ротоглотки у детей, больных бронхиальной астмой тяжелого течения в сравнении с больными со среднетяжелым течением и здоровыми детьми

Вид микроорганизма	Частота выделения n (%)		
	Больные с тяжелым течением(n=11)	Больные со среднетяжелым течением (n=25)	Здоровые дети (n=20)
Str.haemol.	3 (27,3%)*	1 (4%)	-
Staph.aur.	7 (63,6%)*	9 (36%)	3 (15%)
Staph.epiderm.	2 (18,2%)*	6 (2%)	1 (5%)
E.coli	1 (9,09%)	2 (8%)	-
Candida albicans	8 (72,7%)*	13 (52%)	4 (20%)

Примечания: 1. * - статистически достоверные различия между данными детей с тяжелым и среднетяжелым течением бронхиальной астмы ($p<0,05$)

Орофарингиальное бактериологическое обследование провели у 15 детей, больных БА до начала терапии и по окончании курса лечения топическими кортикостероидами.

По результатам повторного исследования у детей грибы Candida albicans выделяли достоверно чаще (табл.2), при этом в диагностически значимом количестве $10^3 – 10^5$ КОЕ/мл.

Таблица 2

Видовой спектр микроорганизмов отделяемого глотки у детей, страдающих бронхиальной астмой тяжелого течения, на фоне терапии ингаляционными кортикостероидами

Вид микроорганизма	Частота выделения микроорганизма N (%)	
	Исходно n=15	После 3 месяцев терапии n=15
Str.haemol.	-	4 (26,6%)
Staph.aur.	11 (73,3%)	7 (46,6%)
Staph.epiderm.	2(13,3%)*	4 (26,6%)*
E.coli	-	1 (6,7%)
Candida albicans	8 (53,3%)*	12 (80%)*

Примечание. * - статистически достоверные различия ($p<0,05$).

Итак, мы определили, что у детей, больных тяжелой бронхиальной астмой, достоверно более низкое содержание секреторного иммуноглобулина А в слюне, что может способствовать развитию выявленного у этих больных орофарингиального дисбиоценоза.

Нами установлено, что местные побочные эффекты представлены развитием кандидоза слизистой ротоглотки, а также диагностируемого микробактериологически длительного кандидоносительства, что может негативно сказываться на течении болезни, учитывая взаимосвязь органов лимфоглоточного кольца и BALT-системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Быкова В.П., Бруевич О.А. и др. Аденоиды как индуктивный орган мукозального иммунитета верхних дыхательных путей // Росс. Ринология, 2005, № 2, с. 175-176.

2. Емельянов А. В. Лечение больных бронхиальной астмой в амбулаторных условиях: использование ингаляционных глюкокортикоидов. Справочник поликлинического врача, 2007

3. Суточникова О.А. Ингаляционные кортикостероиды – наиболее эффективные и безопасные противовоспалительные препараты для лечения. РМЖ.

4. Jayasiri B, Perera C. Successful withdrawal of inhaled corticosteroids in childhood asthma // Respirology, 2005, v.10, p.385–388.

5. Murray CS, Woodcock A, Langley SJ et al IFWIN Study Team. Secondary prevention of asthma by the use of inhaled fluticasone propionate in wheezy infants (IFWIN): double-blind, randomized, controlled study // Lancet, 2006, v.368, p.754–762

SUMMARY

ESTIMATION OF SAFETY OF THERAPY INHALATION CORTICOSTEROIDS IN CHILDREN WITH A BRONCHIAL ASTHMA HEAVY AND MEDIUM-WEIGHT CURRENTS

Rustamova S.T., Gasanov A.I., Rustamova S.M.

The purpose of the present work was: to estimate safety of therapy inhalation corticosteroids at children with a bronchial asthma heavy and medium-weight currents. The basic group was made by 36 children with BA, the control group included 20 healthy children. For definition of local side effects we have allocated group of children receiving inhalation corticosteroids. From 11 children from heavy and 25 patients with medium-weight BA inhalation corticosteroids received 23 children. Despite of carrying out of preventive actions on preventive maintenance of a candidiasis of a mucous oral cavity we have assumed, that its development is possible both in connection with immunosuppressive action steroids, and with features of local immunity mucous at patients with heavy and medium-weight current of a bronchial asthma. We have defined, that at children sick of a heavy bronchial asthma, authentically lower maintenance sIgA in a saliva that can promote development revealed at these patients oropharyngeal dysbiosis .By us it is established, that local side effects are presented by development of a candidiasis mucous oropharynx, and also diagnosed mycrobacteriological long candida carrier state that can negatively affect current of illness, considering interrelation of lymfopharyngeal rings organs and BALT-systems.

Daxil olub:27.01.2010

ПОДХОДЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ КОРЗИНЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ ОТНОСИТЕЛЬНО ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Мамедов Р.М.

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

В основе обеспечения стоматологического здоровья лежат 5 составляющих – своевременное диагностирование стоматологической заболеваемости, высокотехнологическое и эффективное лечение, рациональная система профилактики, дальнейшее совершенствование подходов по обеспечению удовлетворительной гигиены полости рта, модификация поведенческих особенностей населения относительно своего здоровья.

Достижение оптимального уровня стоматологического здоровья как важнейшего фактора, обеспечивающего высокое качество жизни людей, необходимо считать одной из стратегических задач современной стоматологии [9,13,21].

Для обеспечения стоматологического здоровья населения имеются реальные предпосылки – разветвленная сеть стоматологических учреждений, мощная материально-техническая база, наличие современных диагностических и лечебных технологий, большая армия высокопрофессиональных стоматологов. Однако, несмотря на огромные прилагаемые усилия, ни в одной стране достигнуть стоматологического здоровья населения и, тем более, улучшения качества его жизни еще не удалось. Во многом это объясняется тем, что еще не конкретизированы подходы по оценке потребности населения в стоматологических услугах. В результате стоматологическая помощь населению оказывается без целевых установок (объемы, номенклатуры, виды и т.д. услуг), а привязана к стоматологической обращаемости населения, что ограничивает реализацию вышеотмеченных составляющих основу стоматологического здоровья [6,10,15,20,21].

Учитывая, что среди взрослого населения наиболее широко распространены воспалительные заболевания пародонта (ВЗП) и они наносят широкий диапазон ущерба стоматологическому здоровью, то конкретизация объемов и номенклатуры оказываемых стоматологических услуг относительно ВЗП приобретает актуальность [5,8,16]. ЦЕЛЬЮ настоящего исследования явилась выработка подходов по формированию корзины стоматологических услуг относительно ВЗП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. С использованием общепринятого для стоматологических исследований международного опросника OHIP [3], который был адаптирован для местных условий, провели не санкционированное, на добровольной и анонимной основе анкетирование среди взрослого населения г.Баку. Анкета состояла из 7 блоков вопросов, один из которых отражал

позиции субъективного и объективного отношения населения и организации стоматологической помощи, потребности в стоматологических услугах, частоте визитов к стоматологу, продолжительности проводимого лечения, потере дней нетрудоспособности качеством лечебно-реабилитационных услуг. При расчете перечисленных показателей формирования корзины стоматологических услуг использовали рекомендации ВОЗ по проспективным исследованиям качества жизни [12]. Всего анализировали 2146 полностью заполненных анкет. На основании исследования полости рта и активной стоматологической обращаемости наблюдали 1258 анкетируемых (734 мужчин, 524 женщин) с разными клиническими формами ВЗП. Формы раздачи анкет и их обратный сбор опубликованы нами ранее [11].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Каждый из наблюдаемых нами 1258 пациентов с разными клиническими формами ВЗП, отобранных как в результате стоматологического проспективного исследования, так и их обращаемости за стоматологической помощью, стояли перед дилеммой – своевременно воспользоваться стоматологическими услугами или предпринять самостоятельные лечебные меры, отложить визит к стоматологу на поздний срок, причем эта дилемма неравнозначна для мужчин и женщин.

Тщательное анкетирование пациентов позволило выявить мотивы как побуждающие воспользоваться стоматологическими услугами (Таблица 1), так и мотивы, ограничивающие потребительские побуждения (Таблица 2).

Таблица 1

Мотивы, стимулирующие потребительский спрос на стоматологические услуги

Стимулирующие мотивы	Частота мотивов, в %				
	Всего	Мужчины	Женщины	Достоверность различия	
	n=1258	n=734	n=524	t	P
Болевой синдром	48,3±1,4	38,4±1,8	62,2±2,1	8,59	<0,001
Дискомфорт общего состояния	27,7±1,3	30,1±1,7	24,4±1,9	2,23	>0,05
Ухудшение гигиены полости рта	26,8±1,2	22,7±1,5	33,2±2,1	4,26	<0,001
Эстетические соображения	28,9±1,3	23,7±1,6	36,1±2,1	47,0	<0,001
Проблемы со здоровьем	32,0±1,3	33,4±1,7	30,2±2,0	1,22	>0,05
Доверие к стоматологу	44,4±1,4	43,2±1,8	46,2±2,2	1,06	>0,05
Качество стоматологических услуг	49,0±1,4	50,5±1,8	46,9±2,2	1,27	>0,05
Сохранение трудоспособности	59,5±1,4	67,4±1,7	48,3±2,2	6,66	<0,001
Прочие мотивы	16,0±1,0	18,3±1,4	12,8±1,5	2,68	<0,01

Примечание: сумма частот мотивов больше числа пациентов, так как у каждого из них присутствовало 3 и более мотивов

Среди мотивов, стимулирующих потребительский спрос на стоматологические услуги, особенно выделяется необходимость сохранения трудоспособности, что, напрямую связано с материальным фактором, удельный вес которого составляет 59,5±1,4%. По вполне понятным причинам данная мотивация выше у мужчин, чем у женщин – соответственно 67,4±1,7 и 48,3±2,2% (t=6,66; P<0,001). Довольно высок удельный вес таких мотивов, как болевой синдром, доверие к постоянному стоматологу, уверенность в качестве стоматологических услуг – от 44,4±1,4 до 49,0±1,4% (t=2,83; P<0,01). Следует однако отметить, что болевой синдром более мотивирован у женщин, нежели мужчин – 62,2±2,1 и 38,4±1,8% (t=8,59; P<0,001). Удельные веса других мотивов варьируют в пределах от 26,8±1,2 до 32,0±1,3% (t=2,54; P<0,01), но и здесь имеются заметная разница в показателях мотивов среди мужчин и женщин: улучшение гигиены полости рта – 22,2±1,5 и 33,2±2,1% (t=4,26; P<0,001), эстетические соображения – 23,7±1,6 и 36,1±2,1% (t=4,26; P<0,001).

Таблица 2

Мотивы, ограничивающие потребительский спрос на стоматологические услуги

Стимулирующие мотивы	Частота мотивов, в %				
	Всего	Мужчины	Женщины	Достоверность различия	
	n=1258	n=734	n=524	t	P
«Стоматологический страх»	39,8±1,4	29,7±1,7	52,1±2,2	8,06	<0,001
Дороговизна услуг	46,3±1,4	53,7±1,8	36,1±2,1	6,35	<0,001
Неуверенность в эффективности лечения	35,1±1,3	33,5±1,7	37,2±2,1	1,37	>0,05
Частота визитов к стоматологу	23,4±1,2	26,2±1,6	19,7±1,7	2,79	<0,01
Продолжительность лечения	23,1±1,2	23,6±1,6	22,5±1,8	0,37	>0,05
Потеря дней трудоспособности	23,8±1,2	26,0±1,6	20,8±1,8	2,16	<0,05
Нехватка времени	25,4±1,2	27,8±1,7	21,9±1,8	2,38	<0,05
Предпочтение самолечения	21,9±1,2	24,3±1,6	18,5±1,7	2,49	<0,05
Прочие мотивы	12,9±0,9	14,2±1,3	11,1±1,4	1,62	>0,05

Примечание: сумма частот мотивов больше числа пациентов, так как у каждого из них присутствовало 3 и более мотивов

Среди мотивов, ограничивающих потребительский спрос на стоматологические услуги, выделяется дороговизна этих услуг с удельным весом 46,3±1,4%. Несколько меньше удельный вес стоматологического страха – 39,0±1,4% (t=3,69; P<0,001) и неуверенности в качестве лечения – 35,1±1,3% (t=2,04; P<0,05). Удельные веса остальных мотивов еще меньше (t=5,48; P<0,001) – от 21,9±1,2 до 25,4±1,2% (t=2,06; P<0,05). Но и в показателях этих мотивов имеются различия между мужчинами и женщинами. В частности, показатель «стоматологического страха» выше у женщин, чем у мужчин – 52,1±2,2 и 29,7±1,7% (t=8,06; P<0,001). Тогда как показатель, связанный с дороговизной стоматологических услуг, выше у мужчин, нежели у женщин – 53,7±1,8 и 36,1±2,1% (t=6,35; P<0,001), выше у них и показатель нежелательности частых визитов к стоматологу – 26,2±1,6 и 19,7±1,7% (t=2,79; P<0,01).

Обращает внимание и то обстоятельство, как один и тот же мотив может и стимулировать потребительский спрос на стоматологические услуги и ограничивать его. Например, среди женщин очень высок удельный вес мотива «болевой синдром», который стимулирует их стоматологическую обращаемость – 62,2±2,1%. Одновременно с этим высок и удельный вес мотива «стоматологический страх» (боязнь, связанная с лечебными процедурами), который ограничивает эту обращаемость – 52,1±2,2% (t=3,29; P<0,001). Можно привести и другие подобные причины.

Связано это, по нашему убеждению, с очень слабой разъяснительной работой среди населения по повышению стоматологического здоровья и связанного с ним качества жизни. Кроме того, совершенно отсутствует реклама о стоматологических услугах, в основном рекламируются средства по уходу за гигиеной полости рта.

Консервативному лечению ВЗП посвящено огромное число исследований, результаты их обобщены и проанализированы в фундаментальных монографиях, учебниках, руководствах, аналитических обзорах, диссертационных работах [1,2,7,14,17,18]. На основании накопленного опыта по консервативному лечению, нами выработаны подходы по формированию корзины стоматологических услуг населению относительно ВЗП. В зависимости от клинического течения выработаны 6 вариантов формирования корзины (табл.3).

Менее всего наполнение корзины стоматологических услуг наблюдается при очень легкой и легкой формах ВЗП, потребительская частота которых составляет соответственно 9,3±0,8 и 17,6±1,3% (t=6,10; P<0,001). Перечень услуг при очень легкой форме (вариант №1) ограничивается лишь противовоспалительным полосканием полости рта и соблюдением ее

гигиены, а при легкой форме (вариант №2) дополнительно местно применяются антибактериальные средства в виде гелей, мазей или аэрозолей. С этими формами пациенты реже обращаются за стоматологической помощью, предпочитая самолечение, что является одной из причин неблагополучного стоматологического здоровья населения.

Таблица 3

Варианты стоматологических услуг в зависимости от клинических форм ВЗП

Варианты	Клинические формы ВЗП	Перечень стоматологических услуг	Частота потребности в вариантах стоматологических услуг		
			Всего	Мужчины	Женщины
			n=1258	n=734	n=524
Вариант №1	Очень легкая	Противовоспалительное полоскание и гигиена полости рта	9,3±0,8	6,0±0,9	13,9±1,5
Вариант №2	Легкая	Дополнительно – местное применение антибактериальных средств (гели, мази, аэрозоли	17,6±1,1	12,4±1,2	25,0±1,9
Вариант №3	Средняя	Дополнительно – обработка, кюретаж пародонтальных карманов и их промывание антибактериальными средствами	39,2±1,4	40,6±1,8	37,2±2,1
Вариант №4	Тяжелая	Дополнительно – вскрытие и дренирование гноя из очагов воспаления, бактериальные препараты для нормализации микрофлоры полости рта, по показаниям – шинирование причинных зубов	20,3±1,1	23,2±1,6	16,2±1,6
Вариант №5	Очень тяжелая	Дополнительно – местная иммунокоррекция, гидро или мануальный массаж для улучшения тканевого кровообращения, по показаниям – удаление причинного зуба	10,6±0,9	14,0±1,3	5,7±1,0
Вариант №6	Хронические ВЗП, осложненные Helicobacter pylori	Дополнительно – системный антибиотик с широким антибактериальным спектром	3,0±0,5	3,8±0,7	1,9±0,6

Наиболее высока потребность в варианте №3 корзины услуг, характерной для средней формы ВЗП, ее частота составляет 39,2±1,4% (t=12,13; P<0,001). При этой форме к вышеотмеченным услугам дополнительная обработка и кюретаж пародонтальных карманов и их промывание антибактериальными средствами. Средняя форма ВЗП приводит к массовой стоматологической обращаемости пациентов.

В варианте №4 корзины дополнительно предусматриваются такие услуги, как вскрытие и дренирование гноя из очагов воспаления, нормализация нормальной микрофлоры полости рта при помощи бактерийных препаратов, а по показаниям и шинирование причинных зубов. Потребительский спрос на эту корзину услуг, характерной для тяжелой формы ВЗП, также весьма значителен и составляет 20,3±1,1% (t=10,62; P<0,001).

Наиболее полон услугами вариант №5 корзины. Потребность в ней, предусмотренной для лечения очень тяжелой формы ВЗП, составляет 10,6±0,9% (t=6,83; P<0,001). Дополнительно для достижения лечебного эффекта возникает необходимость проведения коррекции местного иммунитета и улучшения тканевого капиллярного кровообращения путем гидро- или мануального массажа окружающих очаг тканей пародонта, а по показаниям и удаление причинного зуба.

Наконец, с установлением этиологической роли Helicobacter pylori в утяжелении хронических форм ВЗП, возникает необходимость формирования варианта №6 корзины услуг. Для эрадикации H.pylori из очагов воспаления дополнительно к вышеперечисленным услугам пациентам назначается системный антибиотик широкого спектра действия. Потребительский спрос на эту корзину услуг еще незначительный – 3,0±0,5% (t=7,09; P<0,001), так как диагностирование H.pylori проводится еще крайне редко.

Подытоживая результаты проведенных исследований следует отметить, что достижение стоматологического здоровья во многом связано с конкретизацией и регламентацией предлагаемых населению стоматологических услуг. На основании анализа огромного числа проводимых мер для консервативного лечения воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП), выработаны 6 вариантов корзины стоматологических услуг, соответствующих особенностям течения разных форм заболеваемости. Для каждого варианта корзины услуг оценен уровень потребительского спроса. Широкая разъяснительная работа среди населения о влиянии ВЗП на стоматологическое здоровье и реклама предлагаемых корзины услуг (доступность, стоимость, эффективность) повысить стоматологическую обращаемость населения и приверженность его лечению и профилактике ВЗП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аболмасов А.Г., АБолмасов Н.Н., Шамшурина В.Р. Результаты и возможности комплексного лечения заболеваний пародонта // Стоматология, 2001, №1, с. 83-87.
2. Барер Г.М., Волков Е.А., Гемонов В.В. и др. Терапевтическая стоматология. Учебник для вузов. Ч.2. Заболевания пародонта. М., 2006, 586 с.
3. Барер Г.М., Гуревич К.Г., Смирнягина В.В., Фабрикант К.Г. Валидация русскоязычной версии опросника OHIP у пациентов с диагнозом пародонтит // Стоматология, 2007, №5, с. 27-30.
4. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов. Ред. Боровский Е.В. 3. зд. М.: МИЕ, 2006.
5. Воложина М.Т., Басов М.Т., Боуров К.Т. Лечение, эпидемиология и профилактика стоматологической заболеваемости: обзор // Соврем. стоматол., 2004, с. 24-26.
6. Горожанкина Е.А. Качество жизни пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Медицинская консультация, 2008, №2, с. 1-3.
7. Грудянов А.И., Овчинникова В.В., Дмитриева Н.А. Антимикробная и противовоспалительная терапия в пародонтологии. М., 2004, 246 с.
8. Грудянов А.И., Михеев С.Т., Проклова К.Л. и др. Структура стоматологической заболеваемости взрослого населения и перспективы ее профилактики // Пародонтология, 2005, №2, с. 6-12.
9. Леонтьев В.К. Зубы и качество жизни. Труды V съезда Стом. Ассоциации. М., 1999, с. 60-67.
10. Леонтьев В.К., Макарова Р.Н., Кузнецова Л.И., Блохина Ю.С. Сравнительная характеристика оценки качества жизни пациентами стоматологического профиля // Стоматология, 2001, №6, с. 63-64.
11. Мамедов Р.М. Влияние употребления табачных и алкогольных изделий на частоту воспалительных заболеваний пародонта // Здоровье, Баку, 2009, №3, с. 136-141.
12. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по использованию качества жизни в медицине. Ст.-Петербург. Издательский дом «Нева». М.: ОЛМА ПРЕСС (Звездный мир), 2002, 320 с.
13. Образцов Ю.Л. Стоматологическое здоровье: сущность, значение для качества жизни. Критерии оценки // Стоматология, 2006, №4, с. 41-42.
14. Оргвелидзе М.Р. Обоснование применения неоселена в комплексном лечении больных генерализованным пародонтитом: Автореф. дис. … канд. мед. наук. Иркутск, 2006, 23 с.
15. Хамадеева А.М., Кузьмина Э.М., Козупица Г.С., Давидкин Н.Ф. Мотивация стоматологов в вопросах профилактики основных стоматологических заболеваний // Рос. стом. журнал, 2000, с. 30-32.
16. Culliman M. Prevention of periostit and periodontal disease: review // J.Am. Dent., 2006, №3, p. 33-44/
17. Haffajee A.D., Socransky S.S., Gunsolley J.C. Systemic antiinfective periodontal therapy. A systematic review // Ann. Parodontol., 2003, №8, p. 115-122.
18. Lamster I.B. Current concepts and future trends for periodontal disease and periodontal therapy. Part I: etiology, risk factors, natural history and systemic implications // Dent. Today, 2004, v.20, p. 50-55.
19. Stock C., Nehmen C. Endodontics in practice. London, 2008, 316 p.
20. Sturdevant C. The art and scince of operative dentistry. New York, 2007, 303 p.

21. Truman S. Organization principles of preventive measures system of dental disease // Dent. Today, 2004, v.23, p. 8-13

SUMMARY

THE METHOD OF FORMATION OF DENTAL CARE BECAUSE OF INFLAMED PERIODONTAL DISEASE

R.M. Mammadov

For achieve the dental health in many cases associated with the improvement and regraments of presence dental care. On the bases of analysis of great number performed measures for conservative treatment of periodontities, is formed 6 types of dental care, according to features of different form of disease. For each variants of care is estimated the level of needs. The wide spread explained work among the people about the influence of periodontities on the dental care and reality charge, effectiveness – make high the patients cooperation of people for examination and treatment – prophylaxis of inflamed periodontities.

Daxil olub:18.11.2009

ДИАГНОСТИКА ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ЖИВОТА НА ЭТАПЕ КВАЛИ-ФИЦИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Мамедов П.С., Мурсалов В.Р., Дадашов А.М.
Центральный военный клинический госпиталь, г.Баку

Целью диагностики при огнестрельных ранениях живота является выявление прежде всего таких повреждений, которые подлежат неотложному хирургическому лечению. Для этого необходимо в кратчайшие сроки провести комплексное обследование раненного [1,2,5].

Среди основных причин неудовлетворительных исходов лечения огнестрельных ранений живота являются как ошибки при различных оперативных вмешательствах, так и ошибки тактического плана, связанные главным образом с постановкой диагноза и качеством определения прогноза лечения [3,4,6].

Диагностика огнестрельных повреждений органов живота представляет собой сложную проблему. Несмотря на внедрение в хирургическую практику новых диагностических методов значительного улучшения результатов в распознавании повреждений внутренних органов не получено, так как эти методы, к сожалению, не везде и не всегда используются. ЦЕЛЬЮ настоящего исследования являлась оценка современной диагностики огнестрельных ранений живота на этапе квалифицированной медицинской помощи**.**

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Раненые доставлялись на этап квалифицированной медицинской помощи (КМП), в большинстве случаев, спустя 1-2 часа с момента ранения (83,7%). Диагностика огнестрельных ранений живота основывалась на клиническом и инструментальном обследовании раненых, целью которого являлось выявление, прежде всего таких повреждений, которые подлежали неотложному хирургическому вмешательству. В первую очередь определяли характер (проникающее или непроникающее) и тяжесть ранения.

Наличие раны брюшной стенки не всегда позволяло установить проникающий или не проникающий характер повреждения, особенно при обширных гематомах, извилистых или слишком протяженных ходах раневого канала. Внешний вид раны при огнестрельных ранениях живота не всегда позволял определить истинную тяжесть ранения и характер внутрибрюшных повреждений. Однако по локализации ран и направлению (проекции) раневого канала (при сквозных ранениях) ориентировочно судили о повреждении того или иного органа (Рис. 1).

Трудности, при определении характера проникающего или не проникающего ранения живота, возникали при локализации входного раневого отверстия в анатомических областях, отдаленных от живота (ягодичная область, верхняя треть бедра, спина, нижние отделы грудной клетки и т.д.) (Рис. 2).

Рис. 1. Огнестрельное проникающее ранение живота. Входное и выходное пулевые отверстия на передней брюшной стенке живота

Рис. 2. Огнестрельное пулевое слепое проникающее ранение живота. Входное раневое отверстие, локализующееся в ягодичной области.

В случаях тяжелых сочетанных ранений живота с ранениями головы, позвоночника, груди возникали трудности, когда симптомы «острого живота» отсутствовали, а повреждения других анатомических областей сопровождались более выраженным болевым синдромом и определялись при наружном осмотре. Обычно для установления диагноза проникающего ранения живота, выполняли осмотр локализации раны, прибегали к оценке имеющихся у раненого общих и местных признаков ранения, причем как те, так и другие рассматривались в зависимости от времени, прошедшего с момента получения ранения. Абсолютные признаки проникающего ранения живота были у 14 (12,7%) раненых. Это были ранения с широкими зияющими ранами брюшной стенки, выпадением большого сальника и кишечных петель в рану или появлением в ране кишечного содержимого, желчи. При сочетанных огнестрельных проникающих ранениях живота, с повреждением органов мочевой системы, наблюдалось подтекание мочи из раны. Учащенный пульс, жажда, сухой язык, боль в животе, грудной тип дыхания, разлитая болезненность при пальпации, напряжение мышц брюшной стенки, положительные перитонеальные симптомы, притупление перкуторного звука в отлогих местах живота, отсутствие шумов перистальтики являлись относительными клиническими признаками проникающего ранения живота (Таблица 1).

В зависимости от характера ранения выделяли огнестрельные повреждения, сопровождающиеся клиникой внутреннего кровотечения (54 раненых), либо картиной повреждения полого органа (56 раненых).Повреждения печени, селезенки, брыжеечных сосудов, почек проявлялись симптомами острой кровопотери: бледностью кожи и слизистых оболочек, прогрессирующим снижением артериального давления, учащением пульса и дыхания, притуплением перкуторного звука в отлогих местах живота, напряжением мышц брюшной стенки, ослаблением или отсутствием шумов кишечной перистальтики. Симптомы

характерные для проникающего ранения живота, сопровождающегося внутренним кровотечением и шоком, встречались следующие: ухудшение качества пульса, нарастающая гипотония, бледность кожи и слизистых оболочек, отсутствие реакции на интенсивную инфузионно-трансфузионную терапию. Появление этих признаков, было вызвано патологическими изменениями, происходящих в организме, что привело к срывам механизмов компенсации. У трех раненых симптомы, указывающие на наличие кровотечения в брюшную полость, были не выражены. Повреждения полых органов сопровождались клиническими проявлениями, характерными для перитонита: болями в животе, сухим языком, жаждой, заостренными чертами лица, частым пульсом, грудным типом дыхания, распространенной и резкой болезненностью, определяемой при пальпации живота, напряжением мышц брюшной стенки, положительными симптомами раздражения брюшины, отсутствием перистальтических шумов.

Таблица 1

Частота клинических проявлений

Симптом	Количество человек	Частота %
Наличие раны в области живота	96	88,9
Гипотония, шок	94	87,1
Перитонеальные симптомы	87	80,6
Отсутствие перистальтики	48	44,4
Рвота	14	12,9

У 22 раненых с торакоабдоминальным ранением преобладала клиническая картина повреждений органов живота. С признаками повреждения паренхиматозных и полых органов было 20 раненых, а из них 14 человек с симптомами внутреннего кровотечения. Раненых с преобладанием симптомов повреждения обеих полостей (грудной и брюшной) было двое. У этих раненых отмечались признаки нарушения дыхания, огнестрельного перитонита, массивной кровопотери и шока. На основании клинических проявлений оценивали тяжесть состояния раненых и прогноз на дальнейшее лечение. На этапе КМП, в крайне тяжелом состоянии было 18 (16,3%) человек, в тяжелом 57 (51,8%), в состоянии средней степени тяжести 35 (31,9%) раненых.

При малоинформативности физикальных методов исследования ведущее значение в диагностике ранений живота приобретали лабораторные и инструментальные методы исследования. Эти методы исследований позволяли более точно установить диагноз и выбрать соответствующую тактику лечения. При огнестрельных ранениях живота, на этапе оказания квалифицированной медицинской помощи, проводили простые и информативные лабораторные исследования, такие как общеклинический анализ крови и мочи. Эти исследования выполняли с момента поступления и в динамике на 2-3 дней или чаще в зависимости от состояния больного. В анализах крови, через 6-8 часов, отмечалось повышение количества лейкоцитов выше 9,0х10/9/л с палочкоядерным сдвигом более 5% у 72 (65,5%) раненых. Что свидетельствовало о начале развития неспецифического воспалительного процесса, вызванного огнестрельным повреждением. В анализах 54 (49,1%) раненых, показатели уровня гемоглобина (ниже 130 г\л) и количества эритроцитов (ниже 4,5х10/12/л.) были ниже нормы. Изменения показателей красной крови подтверждали клиническую картину продолжающегося или состоявшегося внутреннего кровотечения. Общеклинический анализ мочи позволял установить имеется ли повреждение мочевых путей. При огнестрельных ранениях органов мочевой системы из 11 пострадавших у восьмерых имелись признаки мико- и макрогематурии.

В результате проведенного осмотра, установления тяжести огнестрельной травмы, лабораторных исследований, проникающий характер ранения у 32
(29,1%) раненых оставался под вопросом. На этапе КМП, диагностические инструментальные исследования были выполнены только 18 (16,4%) пострадавшим.

Важная диагностическая информация, особенно при слепых, множественных, сочетанных и торакоабдоминальных ранениях, была получена с помощью этих методов исследования (Таблица 2).

Таблица 2
Проведенные виды диагностических исследований на этапе КМП

Вид исследования	Кол-во человек	%
Рентгенография	2	11,1
Лапароцентез	9	50,0
Лапароцентез + лапароскопия	2	ПД
Рентгенография + лапароцентез	2	ИД
Рентгенография + лапароскопия	2	11,1
КТ	1	5,6
Итого	18	100,0

В сомнительных случаях проникающего ранения живота, на этапе КМП, в 13 случаях (72,2%) использовали диагностический лапароцентез, в 4 случаях лапароскопию (22,2%). Из лучевых методов исследования обзорная рентгенография органов брюшной полости была выполнена 6 раненым, компьютерная томография одному раненому. Ультразвуковое исследование не выполнялось. Из выше представленных данных, очевидно, что на этапе КМП, при огнестрельных ранениях живота, рентгенологическое исследование явилось основным востребованным видом лучевой диагностики. Данный вид исследования позволял распознать характер повреждения различных органов и систем, осложнения, обнаружить инородные тела и их локализацию. В каждом конкретном случае объем рентгенологического исследования и выполнение его по времени зависел от локализации и характера имеющихся ранении и состояния раненого. Показаниями к проведению данного исследования у всех 9 раненых являлось огнестрельные ранения живота, клинические признаки которых не позволяли определить характер повреждения (проникающее или непроникающее). При несовместимых с жизнью повреждениях или признаках продолжающегося кровотечения, требующего неотложной хирургической помощи, исследование не проводили. На рентгенограммах живота, выполненных в горизонтальном положении на спине, удавалось в случае проникающего ранения выявить наличие крови в брюшной полости (гемоперитонеум), которая обычно скапливалась в отлогих местах живота (боковые каналы, промежутки между петлями кишок). Скопление крови в боковых каналах отображалась в виде лентовидной полосы затемнения, расположенной между светлой полоской предбрюшинного жира с наружной стороны и газом в толстой кишке с внутренней стороны. Свободная кровь между петлями кишок отображалась на снимках в виде полигональных, треугольных и лентовидных затемнений. Одновременно на обзорных снимках живота выявляли косвенные признаки повреждения внутренних органов: потеря четкости изображения их контуров, неравномерное увеличение и смещение. В случае кровоизлияния в забрюшинное пространство контуры поясничных мышц не дифференцировались на снимках с одной или с обеих сторон. На снимках, выполненных в положении раненого стоя (сидя), а также при латерографии на спине и на левом боку выявляли прямой рентгенологический признак проникающего ранения с повреждением полого органа брюшной полости -свободный газ (пневмоперитонеум). Свободный газ на рентгенограммах определялся в виде полосы просветления, которая в зависимости от положения раненого мог располагаться под диафрагмой, под передней или боковой брюшной стенкой, а также над печенью. Рентгеноскопию брюшной полости производили для уточнения внутри- или внебрюшинной, локализации инородных тел. Перемещая раненого под контролем просвечивания, стремились вывести инородное тело в краеобразущее положение. Параллельно наблюдали за смещением инородных тел во время глубокого дыхания. Данные полипозиционного просвечивания документировали снимками в оптимальных проекциях. В большинстве случаев анализ рентгенограмм брюшной полости в двух проекциях позволял выявить и достаточно точно локализовать инородные тела огнестрельного происхождения. Наличие инородных тел в брюшной полости, свидетельствовало о проникающем характере ранения, а локализация их в проекции паренхиматозных (печень, поджелудочная железа, селезенка, почки) или полых органах (желудок, кишка, мочевой пузырь) о повреждении этих органов. Сопоставление расположения входного отверстия и места нахождения ранящего

снаряда обычно позволяло реконструировать ход раневого канала и составить ориентировочное представление о повреждении внутренних органов. С помощью полипозиционного просвечивания можно было уточнить локализацию инородных тел. Инородные тела, расположенные в брюшной полости, при вдохе смещались книзу, а на выдохе - кверху. Инородные тела, застрявшие в передней и боковой стенках живота, смещались при дыхании в противоположном направлении. Ранящие снаряды, расположенные в мягких тканях задней стенки живота, в забрюшинном пространстве, при дыхании оставались неподвижными. Из эндоскопических видов исследований лапароцентез выполнен - 13 раненым, лапароскопия - 4. Лапароцентез в сравнении с лапароскопией считали технически более простым методом но, менее информативным. Предпочтение отдавалось лапароскопическому исследованию. Из-за технических трудностей лапароскопия выполнялась редко. В случаях торакоабдоминальных ранений лапароцентез и лапароскопию не использовали, из-за возможности ухудшения дыхания у раненых при проведении исследования. При получении крови, желчи, кишечного содержимого или мочи выполнялась срединная лапаротомия. Основной целью было выявить источник кровотечения и произвести тщательный гемостаз или устранить повреждения внутренних органов. В отношении оставшихся 14 раненых, у которых при выявлении проникающего ранения возникли трудности, была применена выжидательная тактика. В поздние часы, после ранения живота (спустя 4—6 ч и более), клиническая картина изменялась. У 13 пострадавших развились симптомы прогрессирующего огнестрельного перитонита: частый и малый пульс, заострившиеся черты лица, учащенное дыхание, жажда, сухой язык, рвота, икота, повышение температуры тела, вздутие живота, резкая болезненность отсутствие перистальтики. Огнестрельные ранения живота у этих раненых были расценены как проникающие и все они были оперированы по срочным показаниям.Таким образом, раненые, поступающие на этап КМП, в основном были в крайне тяжелом и тяжелом состоянии. При осмотре, по данным лабораторных исследований проникающий характер ранения не вызывал сомнения у 78 человек, все они были оперированы. Необходимо отметить тот факт что, в эту группу вошли 19 (17,2%) раненых в историях болезней которых не имелось никаких данных о проведенных диагностических исследованиях. Трудности в установлении проникающего характера ранения возникли у 32 раненых. В результате проведенных рентгенологических и эндоскопических видов исследования у 18 человек выявлено: 2 человека с непроникающими и 16 человек с проникающими ранениями живота. В отношении других 14 раненых была принята выжидательная тактика. При появлении симптомов проникающего ранения живота, 13 были оперированы. Неудовлетворительный уровень диагностики на этапе оказания квалифицированной помощи был вызван отсутствием четкого диагностического алгоритма и низким техническим оснащением диагностических отделений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брюсов П.Г., Нечаев Э.А. и др. Военно-полевая хирургия. М.: ГЭОТАРД, 1996, 414 с.
2. Ерюхин И.А., Марчук В.Г., Лебедев В.Ф., Бояринцев В.В. Шесть принципов лечебно диагностического процесса при тяжелой сочетанной механической травме и особенности их реализации в условияхэтапноголечения пострадавших // Вестн. Хирургии, 1996, №5, с.80-84
3. Ефименко Н.А. Военно-полевая хирургия: Учеб. М., 2002, 405 с.
4. Жидков С.А., Шнитко С.Н., Кузьмин Ю.В. и др. Военно-полевая хирургия: Минск, 2001, 307 с.
5. Зубарев П.Н. Записки военного хирурга. СПб.: Предприятие Эфо, 2000, 143 с.
6. Карташов В.Т., Кныш В.И., Логунов О.В. Проблемы внедрения стационарозамещающих диагностических технологий в амбулаторно-поликлинических учреждениях //Воен.-мед. журн., 2002, №1, с. 12-15
7. Повзун С.А., Клочков Н.Д., Рогачев М.В. и др. Патологическая анатомия боевых поражений и их осложнений:Учебноепособие/Под.ред.С.А. Повзун СПб.: Изд. ВМедА, 2003, 216 с.

Daxil olub:23.11.2009

ОБРАЩАЕМОСТЬ В ТЕРРИТОРИАЛЬНУЮ И ВЕДОМСТВЕННУЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКУЮ СЕТЬ

Кафаров К.К.
Стоматологический центр МВД, г.Баку

Современная система здравоохранения в стране, в том числе в отдельных отраслях, формировалась в годы советсколй власти, когда существовал принцип преимущественного медицинского обеспечения отдельных социально-проффесиольных групп населения, в том числе личного состава МВД. Они имели права на равне со всеми гражданами получить медицинскую помощь по место жительству в территориальных амбулаторно–поликлинических учреждениях. При этом дополнительно, были предусмотрены ресурсы ведомственной службы здравоохранения, которые в основном были сосредоточены в столице и в ряде городах (Сумгаит, Гянджа, Ленкорань). Ведомственная служба амбулаторно–поликлинического звена не может обеспечивать доступность своих услуг потрибителя из–за большого радиуса обслуживания. Поэтому считалось необходимым обьединение усилий терротириальных и ведомственных служб здравоохранения на основе преемственности лечебно – диагностического процесса [2,3]. В постсоветском периоде территориальные службы здравоохранения, особенно его амбулаторно – поликлиническое звено, существенно ослабли, а стоматологические услуги полностью стали платными. Следовательно, возникла угроза задержки стоматологического обслуживания личного состава МВД, сосредоточенных в поселениях без обьектов ведомственного здравоохронения. В этой связи приобретает актуальность оценки современной характеристики обращаемости отмеченного контингента в территориальную и ведомственную стоматологическую сеть, что стало поводом для данной работы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Источниками информации явились учётные документы – амбулаторные карты территориальных и ведомственных стоматологических служб. Единицей статистического наблюдения была обращаемость – эпизод обращения для получения стоматологической помощи. Основное состояние – диагноз заболивания по поводу которого проводилось лечение, кодировалось в соответствии с МКБ -10 [5]. Самостоятельно было учтено обращаемость по поводу кариеса зубов (К02), болезней пульпы и перианикальных тканей (К04), гингивита и болезней парадонта (К05). Группировка контингента проводилась по возрасту : 20 – 29; 30 – 34;40 – 49; 50 – 59; 60 лет и более и в каждую возрастную группу были включены 200 человек. Статистическая обработка проводилась методом анализа качественных признаков [6].

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ. Итоговое сведение об обращаемости личного состава МВД за терапевтической стоматологической помощью приведено в таблице 1. Общий уровень обращаемости у лиц разных возрастных групп колеблится в пределах 505±35,4 и 610±34,5 %, между минимальной и максимальной величинами различие достоверное ($P<0,05$). Максимальная обращаемость отличались в возрасте 40 – 49 лет, а минимальная – в возрасте старше 60 лет. В молодых возрастных группах ведущим поводом обращаемости является лечение неосложнённого кариеса зубов(155±25,6 и 170±26,6 ‰ соответственно в возрастах 20-29 и 30 -39 лет; $P>0,05$).В последующих возрастах обращаемость по отмеченному поводу снижается и доходит до минимального уровня в возрасте 60 лет и старше (75± 18,6‰). Уровень обращаемости по поводу лечения неосложнённого кариеса зубов с возрастом личного состава статистически значимо снижается ($P<0,05$). Такая закономерность характерна для популяции в целом, что связано с динамикой развития кариозного процесса. Обращаемость по поводу пульпитов у личного состава разных возрастных групп колебалось в пределах от 60,0 ± 16,8‰ (в возрасте 60 лет и старше) до 135±24,2‰ (в возрастах 30 – 39 и 40 – 49 лет). В возрастном интервале 20-49 лет уровень обращаемости практически стабилен, его достоверное снижение характерна для последующих возрастов. Это, как правило, обусловливается удалением зубов с пульпитом в старших возрастах.

Наиболее высокие уровни обращаемости во всех возрастов связаны с периодонтитом (минимальная величина 145±24,9‰ в взрасте 20 – 29 лет, максимальная величина 210±28,8‰ в возрасте 50-59 лет; $P>0,05$).

Суммарный уровень обращаемости в связи с осложнёнными и неосложнёнными формами кариеса зубов составлял;430±35,00‰ в возрасте 20 – 29 лет, 485±35,3‰ в возрасте 30 – 39 лет, 475±35,3‰ в возрасте 40 – 49 лет, 430 35,0‰ в возрасте 50 – 59 лет и 335± 33,4‰ – в возрасте 60 лет и старше. При этом показатели в возрастном интервале 20 – 59 лет друг от друга достоверно не отличаютсяи статистически значимо превалируют такового в возрасте 60 лет и старше (P <0,05). Такая возрастная динамика обращаемости населения по поводу кариеса зубов и его непосредственных осложнений описана в литературе [1,4]. Отличительной особенностью наших данных является сравнительно высокий уровень обращаемости.

Другие поводы обращаемости личного состава МВД за терапевтической стоматологической помощью (гингивиты, пародонтиты, пародантозы, стоматиты и прочие) имеет не большой уровень (меньше 65‰) и их возрастная динамика не существенная (P>0,05).

Более выраженные и статистически значимое различие прослеживается при сравнении структуры причин обращаемости у лиц разных возрастных групп (Таблица 1). При этом заслуживает особое внимание следующие:

- с возрастом резко увеличивается доля обращаемости в связи с парадонтозом (0,9±0,4% в возрасте 20 – 29 лет, 12,9±1,5% в возрасте 60 лет и старше);
- доли обращаемости по поводам неосложнённого кариеса зубов, пульпита и периодонтита во всех возрастных группах друг от друга достоверно отличается: в молодом возрасте (20 – 29) на первом месте находится неосложнённый кариес зубов, а в остальных возрастах - периодантит;
- доли обращаемости по поводу неосложнённого кариеса зубов и пульпита с возрастом уменьшается 2 и более раза.

Преобладающее место удельного веса обращаемости по поводу непосредственных осложнений кариеса зубов в структуре причин всех обращений за терапевтической стоматологической помощью может быть обусловлено как не своевременного, так и низким качеством лечебной помощи. Об этом свидетельствуют данные полученные российскими учёными, которые показывают, что в последние годы ведущими причинами для обращения к врачу – стоматологу является острая зубная боль (20,4–79,2 %) и разрушение зубов (9,4 – 41,6%).

Распределения обращений личного состава МВД по ведомвственной принадлежности стоматологической службы отражён в таблице 2.

Контингент личного состава разделён на три группы (не имеющий по месту службы стоматологические подразделение МВД; имеющий по месту службы ведомственные стоматологические кабинеты; имеющий по месту службы стоматологические подразделения МВД). По месту обращения за стоматологической помощью также был деференцирован три варианта: территориальные службы здравоохранения; частный сектор и ведомственные службы МВД. Из полученных данных, очевидно, что в среднем 48,7±2,1% обращений личного состава приходится на долю ведомственных стоматологических подразделений, остальная часть обращений приходилась на долю территориальных учреждений (34,6 ± 2,0 %) и частоного сектора (16,7 ± 1,6 %).

В городе Баку, где сосредоточены основные ресурсы стоматологической службы МВД (стоматологические подразделения поликлиник 1,2; стоматологический центр), личный состав по разным причинам обращаются за стоматологической помощью как в территориальные службы(15,4 ± 2,1%), так и в частный сектор (12,0 ±1,9 %). Из всех обращений этого контингента 72,6 ± 2,6 % приходится на долю непосредственного обращения в ведомственные подразделения МВД. Очевидно, что даже в городе Баку не удаётся полностью обеспечить посещаемость личного состава МВД в ведомственные стоматологические службы. В районах и городах, где не имеются стоматологические подразделения МВД, контингент преимущественно обращается за стоматологической помощью в территориальные службы здравоохранения 63,9 ± 3,7 %). У данного контингента самая высокая доля обращаемости в частный сектор (25,4 ± 3,4) и низкая доля обращаемости в ведомственные подразделения, которые размещены в городе Баку (10,7 ± 2,4%).

Таблица 1

Уровень (на 100 человек) и структура причин (в % к итогу) обращаемости личного состава МВД за терапевтической стоматологической помощью в течение календарного года (а – уровень; б – структура)

Возраст / Причины обращения	20 – 29		30 – 39		40 – 49		50 – 59		60 и более	
	а	б	а	б	а	б	а	б	а	б
Кариес зубов	155± 25,6	28,9± 2,0	170± 26,6	28,3± 1,8	140± 24,5	23,0± 1,7	120± 22,9	20,2± 1,7	75± 18,6	14,9± 1,6
Пульпит	130± 23,8	24,3± 1,9	135± 24,2	22,5± 1,7	135± 24,2	22,1± 1,7	100± 21,2	16,8± 1,5	60± 16,8	11,9± 1,4
Периодонтит	145± 24,9	27,1± 1,9	180± 27,2	30,0± 1,9	200± 28,3	32,8± 1,9	210± 28,8	35,3± 2,0	200± 28,3	39,6± 2,2
Гингивит	15± 8,6	2,8± 0,7	15± 8,6	2,5± 0,6	20± 9,9	3,3± 0,4	15± 8,6	2,5± 0,6	10± 7,0	2,0± 0,6
Пародонтит	30± 12,1	5,6± 1,0	25± 11,0	4,2± 0,8	30± 12,1	4,9± 0,9	25± 11,0	4,2± 0,8	30± 12,1	5,9± 1,0
Пародантоз	5± 5,0	0,9± 0,4	10± 7,0	1,7± 0,5	30± 12,1	4,9± 0,9	60± 16,8	10,1± 1,2	65± 17,4	12,9± 1,5
Стоматит	10± 7,0	1,9± 0,6	15± 8,6	2,5± 0,6	10± 7,0	1,6± 0,5	15± 8,6	2,5± 0,6	10± 7,0	2,0± 0,6
Прочие	45± 14,7	8,5± 1,2	50± 15,4	8,3± 1,1	45± 14,7	7,4± 1,1	50± 15,4	8,4± 1,1	55± 16,1	10,8± 1,4
Итого	535± 35,3	100± 0,8	600± 34,6	100± 0,7	610± 34,5	100± 0,7	595± 34,7	100± 0,7	505± 35,4	100± 0,8

Таблица 2

Распределение (в % к итогу) обращений личного состава МВД по ведомственной принадлежности стоматологической службы (в скобке даны абсолютное число обращений: n-количество контингента)

Группа личного состава	Территориальные службы здравоохранения	Частный сектор	Ведомвственная сеть МВД	Итого
Контингент, имеющий по месте службы стоматологические подрозделения МВД (n =297)	(108) 63,9 ± 3,7	(43) 25,4±3,4	(18) 10,7 ± 2,4	(169) 100,0
Контингент, имеющий по месту службы (городе, районе) стоматологический кабинет МВД (n =178)	(43) 42,6 ± 4,9	(16) 15,8±3,6	(42) 41,6 ± 4,9	(101) 100,0
Контингент, имеющий по месту службы (в городе Баку) стоматологические подрозделения МВД (n =525)	(46) 15,4 ± 2,1	(36) 12,0±1,9	(217) 72,6 ± 2,6	(299) 100,0
ВСЕ	(197) 34,6 ± 2,0	(95) 16,7±1,6	(277) 48,7 ± 2,1	(569) 100,0

Контингент имеющий по месту службы стоматологические кабинеты (Сумгаит, Гянджа, Ленкорань), также даёт предпочтение территориальным службам при выборе врача стоматолога (42,6 ± 4,9 % всех посещений).

Таким образом, территориальные размещения подразделений МВД затрудняет медицинское обеспечение их личного состава только лишь силами и средствами ведомственного здравоохранения и требует интеграции между территориальными и ведомственными учреждениями. В настоящее время правовой базой для интеграции могут быть договора между соответствующими органами центрального и местного уровней управления. При переходе на систему медицинского страхования появится мошный экономико – финансовый механизм регулирования преемственности при медицинском обеспечение личного состава МВД.

ВЫВОДЫ. 1.Обращаемость личного состава МВД за стоматологической помощью достаточно высока (505–610‰) и её 48,7±2,1% удовлетворяется ведомственной стоматологической службой, остальная часть обеспечивается стоматологическими подразделениями территориальной (34,6±2,0%) и частной (16,7±2,1%) систем здравоохранения. Доля ведомственной службы в удовлетворении обращаемости личного состава МВД по терапевтической стоматологии зависит от наличия и мощности её подразделений в конкретном населённом пункте (городе, районе). 2. Уровень и структура причин обращаемости личного состава МВД за стоматологической помощью зависят от возраста и по своим характеристикам близка к таковым для популяции. Ведущими поводами обращения являются кариес зубов, пульпит и периодонтит, доля и рейтинг которых с возрастом существенно меняется: для молодых характерно преобладание неосложнённого кариеса зубов, а для лиц старших возрастов – периодонтита. 3. С учётом уровня и структуры обращаемости личного состава МВД за стоматологической помощью, а также характеристики территориального их расселения оптимальным вариантом медицинского обслуживания контингента ведомственных служб на современном этапе является интеграция территориальных и ведомственных ресурсов на основе преемственности лечебного процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гринин В.М., Караханян В.Т., Максимовский Ю.М. и др. Мотивационные аспекты обращаемости пациентов в условиях участкового принципа организации стоматологической помощи // Стоматология, 2003, с.65-67.
2. Джавадов Ф.Г., Кулиев Р.А. Организация отраслевой хирургической службы в Азербайджане / Материалы международной научно-практической конференции. Тблиси, 2004, с.230-231
3. Джавадов Ф.Г., Кулиев Р.А. Организация и управления системой охраны здоровья в нефтяной отрасли Азербайджана // Ж. Азербайджанское нефтяное хозяйство, 2006, №6, с.47-53
4. Заболеваемость городского населения и нормативы лечебно-профилактической помощи. М., 1967, 488 с.
5. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. МКБ – 10. Женева: ВОЗ, 1945, том I, 98 с.
6. Стентон Г. Медико-биологическая статистика. М., 1999, 459с.

SUMMARY

THE SUPINE IN TERRITORIAL AND DEPARTMENT OF STOMATOLOGY SERVICE

Kafarov K.K.

It is very important the modern character of supine in territorial and department of stomatology service. It was the purpose of this research. The sources were register documents of ambulatory cards of territorial and department of stomatology service. So that the territorial location of parts of MIA make difficult of provide its personal contingent only by power and means of departamental helth system at present the low basa for integration can be used the contracts between organs of central and local level house- manager. During passing to insurance health it will be appered the power economical and finance mechanism of regulation of department during medical provider of personal contingent of MIA

Daxil olub:15.12.2009

ALT BURUN BALIQQULAĞI RADIOFREKANSLA TOXUMA ABLASIYASI PROSEDURU NƏTICƏLƏRININ ARAŞDIRILMASI

Yusubov S., Turan E.
Dövlət Gömrük Komitəsi Mərkəzi Hospitalı, Bakı; Hacettepe Universiteti Tibb Fakültəsi, Türkiyə

Alt burun balıqqulağı hipertrofiyası xroniki burun tıxanması şikayətlərinin əsas səbəblərindən biridir. Balıqqulağı hipertrofiyası burun arakəsməsinin əyilməsi (kompensator hipertrofiya), allergik və allergik olmayan rinitlərdə meydana gəlir [9]. Bəzi epidemioloji araşdırmalarda insanların 20 %-nin balıqqulağı hipertrofiyası səbəbi ilə burun tıxanması şikayəti olduğu göstərilmişdir [15].
Rinit səbəbi ilə əmələ gəlmiş balıqqulağı hipertrofiyasının medikamentoz və cərrahi müalicə üsulları mövcuddur. Balıqqulağı hipertrofiyası medikamentoz müalicə ilə keçmədiyi hallarda cərrahi müdaxilə edilir. Konxaya steroid inyeksiyası, kriocərrahiyyə, elektrokoterizasiya, konxa lateralizasiyası (out-fracture), tam və qismi balıqqulağı rezeksiyası, submukoz rezeksiya, lazerlə turbinoplastika, radiofrekansla toxuma ablasiyası (RFTA) kimi bir çox cərrahi müalicə üsulları var [7].

Radiofrekansla toxuma ablasiyası nisbətən yeni metoddur və radiofrekans istisini submukoz (selikli qişa altı) toxumaların destruksiyasında istifadə edir. İstiliyin mənşəyi elektrod deyildir, toxumanların bilavasitə özüdür. Elektrodda meydana gələn dəyişən cərəyan nəticəsində əmələgələn elektromaqnit sahəsi, toxumaya təsir edir və iyonlarin titrəşməsinə səbəb olur. İonların hərəkətləri əsnasında molekullarla toqquşması nəticəsində toxumaların isinməsi meydana gəlir. Hədəf toxumanın istiliyi 60-90°C-yə yüksəlir (zülal denaturasiyası 49,5°C-də həyata keçir) [10,11].

İstiliyin yayılması məhdud olduğu üçün, əmələ gələn termik xəsarət (elektrodun aktiv qisminin 2-4 mm ətrafında, ellips şəkilli) selikli qişa altında qalır, konxa sümüyü və selikli qişaya minimum zərər verir. Sağalma prosesində, fibrozis əmələ gələrək, balıqqulağının həcmi azalır [10,11]. Beləcə RFTA, elektokoterlə həyata keçirilən və toxumada yüksək istilik (800°C-yə qədər) əmələ gətirən diatermiyadan fərqli bir metoddur [14]. Burun tıxanmalarının həllində 81-100% müvəffəqiyyətli olduğu bildirilən RFTA, yerli anesteziya ilə, ambulator şəraitdə, qısa müddətdə həyata keçirilən və iş görməməzliyə səbəb olmayan bir metoddur [2,10,12].

Akustik rinometriya burun boşluğuna səs dalğalarının göndərilməsi və əks olunan səsin ölçülməsinə əsaslanır. Burun boşluğunun öndən arxaya doğru müxtəlif səviyyələrdə kəsik sahəsindəki dəyişmələr, səsin əks edilməsinə dəyişməyə səbəb olur. Əks olunan səs mikrofonla qeyd edilir və kompyuter tərəfindən rəqəmlərə çevrilərək, burun ucundan məsafə-kəsik sahəsi funksiya qrafiki çəkilir. Bu funksiyanın əsasən iki çökəyi olur. Bunlardan ilki istmus nazidəki İ-çökəyir. İkincisi isə alt konxanın başın səviyyəsindəki C-çökəyidir. Bu cihazla burun girişindən etibarən sonuna qədər, burun boşluğunun kəsik sahələri ölçülür. Fəqət burun boşluğunun arxa 1/3 qismində ölçmələr, yumşaq damağın hərəkətli olması səbəbindən fərqli nəticələr verə bilər. Akustik rinometriya xüsusilə burun tıxanmasına səbəb olan patologiyanın yerinin təyinində faydalı bir metoddur [8,13].

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Bu araşdırma Noyabr 2008 - Fevral 2009 tarixləri arasında, Türkiyənin Ankara şəhərində, Hacettepe Universiteti Tibb Fakultəsi Qulaq-Burun-Boğaz xəstəlikləri kafedrasında həyata keçirildi. Araşdırma üçün Hacettepe Universiteti Tibb Fakültəsi tibbi, cərrahi və dərman araşdırmaları etik komitəsindən izin alınmışdır.

XƏSTƏLƏR. İki tərəfli alt balıqqulağı səbəbli, medikamentoz müalicəyə cavab verməyən, xroniki burun tıxanması səbəbi ilə təqib edilən 12 xəstə (6 qadın və 6 kişi) könüllü məlumatlandırılmış razılıq ərizələri alınaraq araşdırmaya daxil edilmişlər. Xəstələr ən az 3 ay medikametentoz müalicə almışlar. Daha əvvəl burun əməliyyatı olan, əhəmiyyətli burun arakəsməsi əyilməsi, arakəsmə perforasiyası, burun polipozisi, sinuzit, burun boşluğunun şişi olan, şüa terapiyası almış xəstələr araşdırmaya daxil edilmədi. 12 xəstənin 24 balıqqulağına RFTA tətbiq edildi.

RFTA. Radiofrekansla toxuma ablasiyası yerli anesteziya altında, poliklinika şəraitində tədbiq edildi. Müdaxilədən əvvəl alt keçəcəklərə və balıqqulağı medial üzünə Xylocaine® (10% lidokain) hopdurulmuş pambıqlar yerləşdirildi. RFTA məqsədi ilə Gyrus ENT (G-1 Temperature Controlled Radio Frequency Generator) generatoru və Gyrus ACMI Somnoplasty Model 1120 elektrodu istifadə edildi. Elektrodun 10 mm aktiv qismi və ən az 2mm izolyasiyalı qismi, selikli qişa altına 3 nöqtədə (alt balıqqulağının ön, orta və arxa qismlərinə) taxıldı. Hər nöqtəyə 400J, 75°C RF enerjisi verildi. Prosedurdan sonra burun tamponadası və antibiotik istifadə edilmədi.

DƏYƏRLƏNDIRILMƏ. Burun boşluqları əməliyyatdan öncə və əməliyyatdan sonrakı 6-cı həftədə akustik rinometriya ilə ölçüldü. Əməliyyatdan öncə və sonrakı 6 həftə boyunca vizual analoq şkala (VAŞ) ilə xəstələrin burun tıxanması şikayətləri dəyərləndirildi.

a) Akustik Rinometriya. Akustik rinometriya Eccovision®, Hood Labs, USA cihazıyla edildi. Ölçmələrdən əvvəl hərəkətin əmələ gətirəcəyi burun daxili selikli qişa və vaskulyar variyasiyaları minimuma endirmək üçün, xəstələr 15-30 dəqiqə dincəldilər. Hər ölçmədən əvvəl cihaz kalibrasiya edildi. Akustik rinometriyada əldə edilən, balıqqulağı ön ucu səbəbli C-çökəyi , minimum kəsik sahəsi (MKS, sm²) dəyərləri statistik analizdə istifadə edildi.

b)VAŞ. Standard 10 sm vizual analoq şkala xəstələrin burun tıxanması şikayətlərini subyektiv olaraq dəyərləndirmək üçün istifadə edildi. 0 bal heç tıxanma şikayətinin olmadığını, 10 bal isə burunun tamamən nəfəs almadığını bildirirdi.

c) Statistik analiz. Statistik analiz SPSS 16.0 kompyuter programı vasitəsi ilə edilmişdir. T-test, paired samples test, Wilcoxon signed ranks test istifadə edilmişdir.

NƏTICƏLƏRIN TƏHLILI. Akustik rinometriya: Əməliyyatdan öncəki rinometriya dəyərləri ortalaması 0.383 sm² (±0.109 SD) olaraq ölçülmüşdür. Əməliyyatdan sonrakı 6-cı həftə əldə edilən rinometriya dəyərlərinin ortalaması isə 0.575 sm² (±0.141 SD) olduğu tapılmışdır. Əməliyyat öncəsi və sonrası ölçülər arasında statistiki olaraq əhəmiyyətli fərq tapılmışdır (T-test, paired samples test, P=0.000). (Cədvəl1)

Cədvəl 1
Əməliyyatdan öncə və sonrakı rinometriya dəyərləri.

	Preoperativ	Postoperativ
Ortalama	0,3833	0,5750
Konka sayısı	24	24
SD	0,10901	0,14142
Median	0,3750	0,5500
Minimum	0,20	0,30
Maksimum	0,60	0,90

VAŞ balları: Birinci həftə VAŞ balları ortalaması 7.13 ikən, 6-cı həftə 1.33 olduğu təyin edilmişdir. İlk həftədən etibarən VAŞ dəyərləri əməliyyatdan öncəkilərdən əhəmiyyətli dərəcədə azalmışdır (Wilcoxon signed ranks test, 1-ci həftə P=0.007, 2-6-cı həftələr P=0.000). Bu da burun tıxanması şikayətindəki azaldığını həftələr ərzində, tədricən xəstələr tərəfindən hissedildiyini göstərir (Cədvəl 2).

Cədvəl 2
VAŞ dəyərləri

	ƏÖV*	1-ci həftə	2-ci həftə	3-cü həftə	4-cü həftə	5-ci həftə	6-ci həftə
Ədədi orta	7,13	5.79	3,96	3,29	2,79	1,92	1,33
SD	1,569	1,641	1,876	1,967	2,105	1,932	1,435
Median	7,00	6,00	3,50	3,00	2,00	2,00	1,00
Minimum	5	3	1	0	0	0	0
Maksimum	10	8	8	8	8	5	4

*Əməliyyatdan öncəki VAŞ dəyərləri.

NƏTICƏ VƏ MÜZAKIRƏLƏR. Araşdırmamızda burun boşluğunu obyektiv olaraq dəyərləndirmək üçün istifadə etdiyimiz akustik rinometriya, 1989-cu ildə Hilberg və həmkarları (6) tərəfindən rinologiya praktikasında ilk dəfə tətbiq edilmişdir. Daha sonrakı araşdırmalarda bu metodun effektivliyi, normal dəyərləri və istifadə zamanı diqqət yetirilməsi lazım olan xüsusiyyətləri təyin edilmişdir (4,5). Gilain və həmkarlarının (3) tədqiqatında akustik rinometriya nəticələri ilə kompyuter tomoqrafiyaları müqayisə edilərək, akustik rinometriyanın xüsusilə ön burun boşluğunun dəyərləndirilməsində faydalı bir metod olduğu bildirilmişdir. Yenə akustik rinometriya ilə kompyuter tomoqrafiyası nəticələrini müqayisə edən başqa bir çalışmada, akustik rinometriyanın burun qapağı (nasal valve) bölgəsinin ölçülməsində qiymətli bir metod olduğu göstərilmişdir (1).

Çalışmamızda konxa hipertrofiyası səbəbi ilə burun tıxanması şikayəti olan xəstələrdə radyofrekansla toxuma ablasiyası metodunun effektivliyi obyektiv (akustik rinometriya) və subyektiv

(VAŞ) metodlarla dəyərləndirilmişdir. RFTA nəticəsində burun boşlugu həcmində genişləmənin olması akustik rinometriya ilə təyin edilmişdir. Bu nəticəmiz ədəbiyyatdakı analoji çalışmaların nəticələrinə də uyğundur . Burun tıxanması şikayətinin əməliyyatdan sonrakı 6 həftə boyunca VAŞ balları ilə təqibi nəticəsində, burun tıxanması şikayətinin həftələr ərzində, yavaş düzəldiyi görüldü. Bunun da müdaxilə sonrasında balıqqulaqlarında ödəm əmələ gəlməsi və burunda selik ifrazatının artışına görə olduğu düşünüldü.

RFTA, yerli anesteziya ilə, ambulator şəraitdə, qısa müddətdə həyata keçirilən bir prosedur olduğu üçün son zamanlarda bütün dünyada geniş tətbiq edilir. Çalışmamızda bu prosedurun burun tıxanması şikayətinin müalicəsində effektiv olduğu göstırilmişdir.

ƏDƏBIYYAT

1. Cakmak O, et al. Value of acoustic rhinometry for measuring nasal valve area // Laryngoscope. 2003, v.113, p.295-302.
2. Cavaliere M, Mottola G, Lemma M. Comparison of the Effectiveness and Safety of Radiofrequency Turbinoplasty and Traditional Surgical Technique in Treatment of Inferior Turbinate Hypertrophy // Otolaryngol Head Neck Surg,, 2005, v.133, p.972-978
3. Gilain L, et al. Nasal cavity geometry measyred by acoustic rhinometry and computed tomography // Arch Otolaryngol Head Neck Surg., 1997, v.123, p.401-405
4. Grymer LF, Hilberg O, Pederson OF. Prediction of nasal obstruction based on clinical examination and acoustic rhinometry // Rhinology, 1997, v.35, p.53-57.
5. Hilberg O. Objective measurament of nasal airway dimensions using acoustic rhinometry: methodological and clinical aspects // Allergy, 2002, v.57, p.5-39.
6. Hilberg O, Jackson AC, Swift DL, Pederson OF. Acoustic rinometry: Evaluation of nasal cavity geometry by acoustic reflections // J Appl Physiol., 1998, v.66, p.295-303.
7. Hol MKS, Huizing EH. Treatment of inferior turbinete pathology: a review and critical evaluation of the different techniques // Rhinology, 2000, v.38, p.157-166
8. İleri F. Burun ve Paranazal Sinüs Hastalıklarında Öykü ve Muayene. In: Çeliker O. (eds) Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi. İstanbul: Turgut Yayıncılık, 2002, p.339-356.
9. Lai VWS, Corey JP. The objective assessment of nasal patency // Ear Nose ThroJ., 1993, v.72, p.395-400.
10. Li KK, Powell NB, Riley RW, et al. Radiofrequency volumetric tissuereduction for treatment of turbinate hipertrophy: a pilot study // Otolaryngology Head and Neck Surgery, 1998, v.119, p.569-73.
11. Önerci M. Radyocerrahi Temel Bilgileri. In: Uykuda Solunum Durması ve Horlama. Ankara: Güneş Kitap Evi, 2003, p.82-83.
12. Utley DS, Goode RL, Hakim I. Radiofrequency energy tissue ablation for the treatment of nasal obstruction secondary to turbinate hypertrophy // Laryngoscope, 1999, v.109, p.683-686.
13. Zeiders J, Pallanch JF, McCaffrey TV. Evaluation of Nasal Breathing Function With Objective Airway Testing. In: Cummings CW (eds) // Otolaryngology Head and Neck Surgery, 2005, v.2, p.898-933.
14. Williams HOL, Fisher EW, Holding-Wood DG. Two stage turbinectomy: sequestration of the inferior turbinate following submucosal diathermy // Journal of Laryngology and Otoloogy, 1991, v.105, p.14-16.
15. Wuthrich B, Schindler C, Leuenberger P, et al. SAPALDIA-Team: prevalence of atopy in the adult population of Switzerland // Int Arch Allergy Appl Immunol., 1995, v.106, p.149-156.

SUMMARY

THE INVESTIGATION OF THE OUTCOMES OF THE REDIOFRQUENCY TISSUE ABLATION OF INFERIOR TURBINATES

Yusubov S.I., Turan E.

12 of the patients (24 turbinates) with chronic nasal obstruction due to turbinate hypertrophy were treated by radiofrequency tissue ablation (RFTA). Preoperatively and at the postoperative 6th week acoustic rhinometry was done. The patients were followed by weekly VAS scores during postoperative 6 weeks. Postoperative acoustic rhinomety results were significantly higher than preoperative ones ($P<0.05$). VAS scores were significantly less than preoperative ones since first week (Wi1coxon signed ranks test, 1st week $P=0.007$, 2-6th weeks $P=0.000$). In conclusion, RFTA was found to have good results in solving nasal obstruction problems.

Daxil olub:29.12.2009

XRONIKI URETROGEN PROSTATITLƏRDƏ VULKANIK PALÇIQ MÜALICƏSININ EFFEKTLIYI.

Abdullayev Q.İ., Fərəcov Z.H.
Gəncə şəhər Dəri Zöhrəvi xəsəliklər dispanser; Азярбайъан тибб университети, Бакы

Əldə edilən ədəbiyyat məlumatları göstərir ki, xroniki prostatitlərin etiopatogenezi polietiologiyalı və polipatogenetikdir [1,2,3,4,5,6,7,8,9,10]. Ona görədə onun müalicəsi çox mürəkkəbdir və bu gündə tibbin əsas problemi olaraq qalmaqdadır. Müasir dövrdə xroniki prostatitdən əziyyət çəkən kişilərin yüksək faizli olduğunu və «cavanlaşdığını» göstərirlər [3,4,5]. Bu bir tərəfdən onun diaqnozunun təkmilləşdiyi ilə , digər tərəfdən isə uretitlərin müxtəlif etiologiyadan kəskin artması ilə əlaqədardır.

B.A. Молочков və həmmüəlifləri (2004) göstərirlər ki, antibiotiklərin və sulfanilamidlərin tətbiqi xroniki prostatitlərdən xəstələnmələrin qarşısını tam almır.

Son illərdə sidik-cinsiyyət orqanlarının xəstəlikləri o, cümlədən də sonsuz ailələrin sayının artması, mütəxəsislər qarşısında yeni müalicə üsullarının işlənib hazırlanması kimi aktual bir problem durur.

Bu baxımdan Azərbaycanda geniş təbii ehtiyatı olan palçiqların tətbiqi böyük maraq doğurur. Vulkanik palçığın kimyəvi tərkibində çox geniş profilli kimyəvi elementlər və birləşmələr vardır ki,onlar dəri və selikli toxumalarla təmasda olduqda, orqanizmin qeyri-spesifik rezistentliyinin artmasına, bakteroisid təsirə , sinir və endokrin sistemlərə, orqanizmin damar mərkəzlərinə reflektor stimulə edici təsir göstərirlər [8].

Qeyd olunanları nəzərə alıb, indiki işdə əsas məqsəd dərin vulkanik palçıqların aralıq nahiyyəsinə aplikasiyasının və rektal palçıq tamponlarının uretrogen xroniki prostatitlərdə vəzin iltihabi proseslərini aradan qaldırmaq, asinuslarda sekretin durğunluğunu kənarlaşdırmaq və adenomanın qarşısını almaqdır

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Tədqiqatlar xroniki uretirogen prostatit diaqnozu ilə dispanserə daxil olmuş 25 nəfər xəstə üzərində aparılmışdır. Bunun üçün ələkdən keçirilmiş vulkanik palçık pasterizasiya məqsədi ilə bir sutka əvvəl üzərinə 80°C temperatorlu su əlavə edilərək hazırlanmışdır(bişirilmişdir). Həmin palçıq qarışığı istifadə edilərkən su hamamında 40-42°C-yə qədər isidilmiş və diz-dirsək vəziyyətində xüsusi şprislə 200-300 qram olmaqla tampon düz bağırsağa yeridilmiş və eyni zamanda aralıq nahiyəyə palçıq yaxması qoyulmuşdur (aplikasiya edilmiş). Xəstəyə tampon təmizləyici imalədən sonra yeridilmişdi. Araliq nahiyəyə palçiq 4 qat tənzif(cuna)arasında qoyulmuş. Palçiq prosedurlarının qəbulu prosedur çarpayısında qarını üstə uzanmış halda aparılır. Xəstə 30 dəqiqə ərzində bu vəziyyətdə qalır. Prosedurdan sonra aralıq nahiyyə sabunsuz ilıq suda islanmış əski ilə silinir Düz bağırsağa yeridilmiş tampon defeakasiya aktı ilə xaric edilir. Mualicə kursunun davam etmə müddəti gündəlik olmaqla 15 prosedurdan ibarətrdir.

Bütün xəstələrdə müalicədən əvvəl və sonra xroniki uretrogen prostatitlərin ultrasəs muayinəsi (USM), qanin və sidiyin ümumi analizi, uretranın yaxması , prostat şirəsinin mikroskopik və spermoqramm analizi, qanda dövr edən immunokomplekslər, İg G,A,M,PSA və T-limfositlərin miqdarı təyin edilmişdir. Tədqiqatdan alınmış nəticələr statistik olaraq təhlil edilmişdir.

ALINAN NƏTICƏLƏR VƏ ONLARIN TƏHLILI. Aparılan tədqiqatların nəticəsi göstərmişdir ki, xroniki uretrogen prostatitli xəstələrdə müayinədən əvvəl leykositlərin miqdarı normadan kəskin yüksək olmuşdur. Bu artım norma ilə müqayisədə 60 % $p < 0,005$ təşkil etmişdir. Vulkanik palçıq müalicəsi aldıqdan sonra həmin xəstələrin qanının analizi göstərmişdir ki, leykositlərin miqdarı kəskin olaraq azalmış (45,2%; $p < 0,005$) lakin müalicədən sonra tam olmasada normaya yaxınlaşmışdır (şəkil 1).

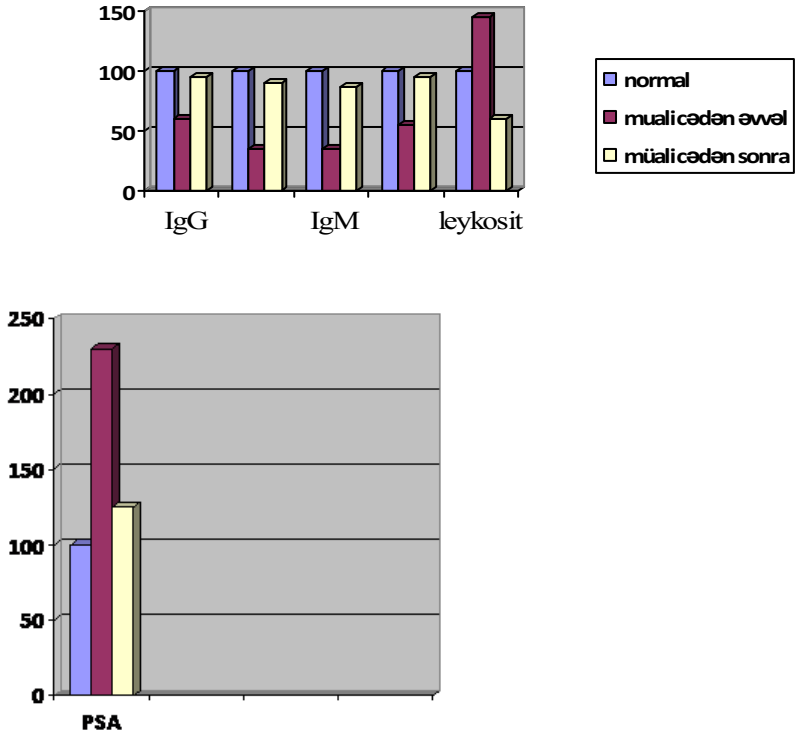
Xəstələrdə apalılan USM müayinəsi göstərmişdir ki, onların əksəriyyətində müxtəlif ölçülü kalsinatlar vardır. 15 proseduralı palçiq terapiyasından sonra kalsinatların miqdarı bəzi xəstələrdə tam sorulmasada, lakin onların ölçuləri hədsiz kiçilmişdir. Ancaq əksər xəstələrdə tamamilə aradan götürülmüşdür. Belə ki, bu qarışıq iltihabəlehinə də təsir göstərir.

Prostat vəzin ölçüsü xəstələrdə müayinədən əvvəl kəskin artmış, xəstələr müayinə aldıqdan sonra bu ölçü normal həddsəviyyəsinə yaxınlaşmışdır.

Qeyd etmək lazımdır ki, bu qarışığın tətbiqi xəstədə ağrı kəsici effekt göstərir. Onların şikayəti olmur.

Xəstələrin immun statusuna gəldikdə isə qeyd etmək lazımdır ki, vulkanik palçiq orqanizmin bu sistemini fəallaşdırır. Belə ki, öyrəndiyimiz bütün immunoloji markerlərin miqdarı dəyişir. Əgər xəstənin qaninda müalicədən əvvəl İgG,İgA,İgM miqdarı normaya müvafiq olaraq 40%, 65% ,53% azalsada, 15 prosedurdan sonra bu səviyyə artaraq norma həddinə yaxınlaşir və müayinədən əvvəlki səviyyəyə nisbətən İgG-nin miqdarı 35% ; $P < 0,05$; İgA-50%; $P < 0,05$; İgM-45% ;$P < 0,05$ yüksəlir.Analoji qanunauyğunluqları dövr edən immunokomplekslərin miqdarında da müşahidə edilir. Beləki, onun miqdarı da uretrogen xroniki prostatitli xəstələrdə kəskin azalır(45%,$p < 0,05$), xəstələr müalicə aldıqdan sonra isə bu səviyyə artaraq norma həddinə yaxınlaşır. Ancaq tam normal həddə çatmır (Şək. 1).

Şəkil 1-dən göründüyü kimi, xroniki uretrogen prostitli xəstələrin immun statusu kəskin aşağı olur. Onların müalicəyə gələndə müqavimətləri cox zəif təsir bağışlayır. Lakin 15 günlük vulkanik palçiq prosedurundan sonra xəstələrin immun statusları yüksəlir. Bunun nəticəsində orqanizmin müqaviməti yuksəlir. Belə olan halda onların orqanizmlərinin digər xəstəliklərə qarşı da mübarizə aparılmasına imkan yaradır.



Şək. 1. Xroniki uretrogen prostatitli xəstələrdə vulkanik palçıqla müalicənin qanda bəzi immun və onkoloji markerlərə, leykositlərə təsiri(%-lə)

PSA-nın təyininə gəldikdə göstərmək lazımdır ki, bəzi (digər xəstələrdə normal həddə olmuş) xəstələrdə onun miqdarı normadan 2 dəfədən cox yüksək olur. Bu zaman 15 günlük müalicə aldıqdan sonra bu səviyyə normal həddə yaxınlaşır. Göstərmək lazımdır ki, PSA-nın həmin xəstələrdə istər minimal həddi, istərsədə maksimal həddi müalicədən əvvəlki səviyyədən kəskin aşağı olur. Lakin bu həddlər normal səviyyədən cox kəskin fərqlənməyən miqdarda olur. Göründüyü kimi palçıq müalicəsi onkomarkerin də miqdarını normallaşdırmağa qabildir.

Qanın ümumi və sidiyin analizi göstərir ki, onun əksər komponentlərinin miqdarı da normal səviyyəyə yaxınlaşır(xüsusən də limfositlərin miqdarı) prostat vəzin mikroskopik analizi göstərir ki,pH, leykosit, lesin dənələri, epitel normallaşmaya yaxınlaşır.

Tədqiqatlar göstərir ki, vulkanik palçiqla müalicələrin xəstələrin qan dövranını yaxşılaşdırır, sidikcinsiyyət orqanlarından qan təhcizatını yüksəldir, venoz qanın durğunluğunu aradan götürür.

Bu müalicə üsulu cinsi fəaliyyəti yaxşılaşdırır. Beləki, spermatozitlərin pH-ni, fəallığını, qatılığını və s. normallaşdığı müşahidə edilir. Bu xəstələrdə testosteronun miqdarının aparılan müayinəsi də

göstərir ki, müalicə kursundan əvvəl və sonra onun qandakı miqdarı normal həddi səviyyəsində olur. Göründüyü kimi vəzin müalicəsindən sonra bütün hüceyrə komponentlərində, kalsinatların ölçülərində və vəzinin öz ölçüsündə gedən patoloji kənarlaşmalar normallaşmaya doğru meyl edir və kursun sonunda cox saylı xəstələrdə bu normal həddinə çatır. Apardığımız bu tədqiqat bir daha sübut edir ki, dərin vulkanik palçığın tərkibinin həddsiz müxtəlifliyi və geniş təsir spektriminə malik olmasına görə peloidterapiya(yunanca pelos-lil deməkdir) zamanı heç bir antibiotik və digər dərman vasitələrinə ehtiyac qalmır. 25 nəfər xroniki uretrogen prostatitli xəstə üzərində aparılan müalicə nəticəsində xəstələrin 20 nəfərində yaxşılaşma əldə edilmişdir. Bu da palçiq prosedurunun effektliyi olduğunu bir daha əyani sübut edir. Bunun isə USM-da müalicədən əvvəl və sonra aparılan təhlil, qan göstəriciləri və spermatozoidlərin fəallığı, adenomanın ölçülərinin azalması sübut edir.

Beləliklə, bizim apardığımız tədqiqatların nəticələri sübut etmişdir ki, dərin vulkanik palçiqla xroniki uretrogen prostatitli xəstəni müalicə etdikdə orqanizmin qan təhcizatı , durğunluq, kalsionatların sorulması, iltihab əlehinə , immun statusun fəallaşması, leykositlərin, PSA və testestoronun miqdarını normallaşdırması, cinsi fəallığı və spermogenezi fəallaşdırması kimi effekt əldə edir. Həmçinin vəzin adenomasının ölçülərinin azalması halı müşahidə edilir. Bu müalicədə əlavə heç bir dərman preparatı tədbiq edilmir. Xüsusəndə müxtəlif antibiotiklərin tətbiqinə ehtiyac duyulmur.

NƏTICƏ. 1.Dərin vulkanik palçiqların xroniki uretrogen prostatitli xəstələrə tətbiqi nəticəsində orqanizmin hormonal balansı, immun statusu və PSA normallaşır. 2.Xroniki uretrogen prostatitlərin müalicəsində vulkanik palçiqların tədbiqi sidik-cinsiyyət sisteminin qan təhcizatını artırır, durğunluğu aradan götürür, kalsinatların miqdarını və ölçüsünü azaldır, adenomanın ölçüsünü kiçildir. 3.Palçiqla müalicə xroniki uretrogen prostatitli xəstələrdə cinsi fəallığı yaxşılaşdırır və speroqrammanı normallaşdırır. 4.Xroniki uretrogen prostatitli xəstələrdə vulkan palçiğı tətbiq etdikdə digər dərman vasitələrinin istifadəsinə ehtiyac qalmır.

ƏDƏBİYYAT

1. Кузнецский Ю.Я. Клиническая картина простатита / Простатит. М., 2007, с.108-114
2. Лобкарев О.А. Эндоскопическая лечения простатитов у мужчин. Казань, 2002. 92 с.
3. Молочков В.А., Ильин И.И. Хронический уретрогенный простатит. М., 2004. 288 с.
4. Тиктинский О.Л., Калинин С.П. Простатит-мужской болезнь. СПб. 1994, 250 с.
5. Суворов С.А. Нарушение гомеостаза и реологических свойств крови при хроническом простатите /Матер. конг.посвящ. память профессора А.А.Мащкилейсона М., 2001, с. 129-130.
6. Щеплеев П.А., Страгунский Л.С., Рафальский В.В. Простатит. М., 2007, 224с.
7. Щетнин В.В., Зотов Е.А. Простатит. М., 2003. 488 с.
8. Эфендиева Ф.М., Агакишиев Д.Д., Фараджев З.Г., Гашгай Ч.М. Лечение болезней кожи и половой сферы природными факторами Азербайджана. Баку, 2003, 277 с.
9. Bennet B.D., Culbercon D.E., Petty C.S. et al. Histopathology of prostatitis. //J.Urol., 1990, v.143, p. 265-269.
10. Maers E.M. Prostatitis and related disortes Jn; Walsh P.C. Retik A.B. Stemey T.A. Vanghar E.D. Jn(ed) Campbells urology. Philadlphia: W.B Sander, 1998, p. 615-630.
11. Nicol J.C. The prostatitis manue oxford. Biadon: Medical publishinq, 2002, p. 26-27.

SUMMARY

THE EFFECTIVINESS OF TREATMENT OF CHRONIC URETREGONNOGO PROSTITUTION MUD VOLCANIC PRIGIN

Abdullayev G.I., farajev Z.G.

Therapy of 25 patients with chronic prostitution uretrogennum volcanic mud positive results in 20 cases. Due to improvements krovosnazheniya urogenital notes withdraw state, rastivarenie Calcinates, improving immune status and to reduce PSA, as well as normalzatsiya prostate adenoma. This eliminates padobnost additional drug therapy.

Daxil olub:12.01.2010

SÜNI ABORTUN FƏSADLARININ PROFILAKTIKASINDA TRAUMEEL C PREPARATININ ISTIFADƏSI

Cəfərova T.F., Hacıyeva A.A., Əliyeva K.K., Hüseynova P.M.
Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Hər il dünyada 35-55 milyondan az olmamaq şərti ilə süni abortlar aparılır(4). Azərbaycan Respublikasında isə bu rəqəm 2-2,5 mln. (rəsmi statistikanın gösətricilərinə görə) təşkil edir. Beləliklə dünyada aparılan hər 14-17-ci abort respublikamızın payına düşür, bu da hələ ki, bizdə doğuşa nəzarətin əsas üsuludur.

Stasionar şəraitdə aparılan abort, hətta bütün aseptik və antiseptik şərtlər yerinə yetirilsə belə, tam təhlükəsiz əməliyyat sayıla bilməz. Bir çox qadınlarda bu əməliyyat nəticəsində müxtəlif (erkən və gec) dövrlərin ağrlaşmaları baş verir. 10-20% qadınlarda infeksion ağırlaşmalar (sepsisə qədər) əmələ gələ bilər, bu da abortlar zamanı stasionar şəraitdə baş verən ağrlaşmaların 3-4% təşkil edir [2,4].

Abortlardan sonra təhlükəsizliyi təmin etmək üçün antibiotiklərin və yerli sanasiya üsulunun istifadəsi çoxdan məlumdur. Lakin əgər sanasiya üsulları yerli təsir göstərirlərsə, antibiotiklərin istifadəsi sistem təsir göstərərək bir çox hallarda orqanızmə lazım olmayan yükləmə verir, filtr orqanların (qara ciyər, böyrəklər, ağ ciyər, dəri), işini çətinləşdirir, daxili biosenozu pozurlar [2,4].

Alternativ üsul kimi homeopatik dərman preparatlarının istifadəsi bu nöqteyi-nəzərdən təqdirə layiqdir. Bu seçim bir neçə səbəblərdən daha məqsədyönlüdür. Homeopatik terapiya orqanizmin adaptasion mexanizmlərini oyadaraq, müxtəlif orqanların və orqan sistemlərinin kompensator imkanlarını bərpasına, möhkəmlənməsinə imkan yaradır və süni abortun fəsadlarının aradan qaldırılmasında orqanizmin özünün hüceyrədaxili biomexanizmlərini işə salır. Homeopatik vasitələr otların, mineralların və başqa təbii mənşəli maddələrin kiçik dozalarıdır və adi kimyəvi farmaseptik preparatlara xas olan ağırlaşmaları əmələ gətirmirlər [1,2,3,4].

Bundan başqa, qadının istifadə etdiyi homeopatik preparatların tərkibi haqqında məlumatı olduqda, o şübhəsiz, gələcək fəsadlardan narahatlanmayaraq təyin olunmuş dərmanları müsbət reaksiya ilə qəbul edir və bu da sağalma ehtimalını daha da yüksəldir (3,4).

Bu nöqteyi- nəzərdən "Bioloqişe Xaylmittel Xeel QmbH" (Almaniya) firması tərəfindən inyeksion formada buraxılan kompleks Traumeel C preperatı maraq doğurur. Preparatın tərkibinə aşağıdakı komponentlər daxildirlər: Arnika D2, Kalendula D3, Chamomilla D3, Symphytum D6, Millefolium D3, Belladonna D2 -2,2 mkl hərəsindən; Akonit D2-1,32 mkl; Bellis perennis D2-1,1 mkl; Hipericum D2 – 0,66 mkl; Echinacea angustifolia D2, Echinacea purpurea D2 -0,55 Hamamellis-0,22 mkl; Mercurius solubilis D6 –1,1mkl; Hepar sulfuris D3-2,2 mkl.

Bu preparatın qadınlarda süni abortdan sonra istifadəsi üçün əsas onu təşkil edən komponentlərin xüsusiyyətləridir [1,2,3,4].

Arnika, Kalendula, Hypericum, Symphytum, Bellis perennis miometriumun travmatik zədələnmələrini aradan götürür, reparativ prosesləri sürətləndirir.

Hamamelis venoz stazın ləğv olunmasında, eləcə də yaxşı hemostatik kimi özünü göstərir. Chamomilla də bu effektə malikdir. Millefolium özbaşına düşük əmələ gətirən vasitələrdəndir. O da hemostatik effektə malikdir, eləcə də limfa damarlarına qarşı tropizmə malikdir, bu da infeksiyanın limfatik yolla yayılmasının qarşısını almaq deməkdir.

Akonit və Belladonna əsasən iltihabi prosesin əvvəlində effektivdirlər. Akonit arterial hiperemiyada, Belladonna isə- arterial hiperemiyanın venoz mərhələsinə keçidində daha məqsədəuyğundurlar. Hepar sulfuris və Mercurius solubilis iltihabi proseslərdə immunomodulyatorlar kimi istifadə olunurlar. Merkurius solubilis irinli septiki ağırlaşmaların inkişafında effektivdir.

Echinacea angustifolia və Echinacea purpurea güclü antiseptik təsirə malikdirlər, əsasən doğuşdan sonrakı septiki vəziyyətlərdə, ümumiyyətlə bütün septiki xəstəliklərdə limfatik sistemə daxili antiseptik kimi effektiv təsir göstərirlər.

Tədqiqatımızın MƏQSƏDI - süni abortdan sonrakı infeksion ağırlaşmaların qarşısının alınmasında kompleks homeopatik Traumeel C preparatının istifadəsinin effektivliyinin təyin edilməsidir.

TƏDQİQITAN MATERIAL VƏ METODLARI. Tədqiqatımıza H. Qasımov adına 1№-li doğum evinə hamiləliyin 4-cü həftəsindən 12-ci həftəsi müddətində olan və hamiləliyin süni pozulması məqsədi ilə qəbul olunmuş 60 qadın qatılmışdır. 30 qadında abortdan sonrakı infeksion ağırlaşmaların proflaftikası keçirilmişdir, 30 xəstə isə nəzarət qrupunu təşkil edirdi. Pasientlərin yaşı 18-dən 48 yaşa qədər idi. Hamiləliyin müddətindən asılı olaraq pasientlər aşağıdakı qruplara bölünmüşdürlər: 11 qadında hamiləlik müddəti 4-5 həftə təşkil edirdi (5 - əsas qrupda, 6-nəzarət qrupunda), 14 qadında hamiləlik 6-7-ci həftədə idi (6 və 8), 13 qadında hamiləlik 7-8-ci həftələrdə idi (6və7), 15 qadında hamiləlik 9-10-cu həftələrdə (8və7), 7 qadında isə hamiləlik 11-12-ci həftələrində olmuşdur (qruplara uyğun olaraq 4 və 3). Hamiləliyin müddəti anamnezin göstəriciləri (axırıncı aybaşının tarixi), bimanual ginekoloji müayinə əsasında təyin edilirdi. Bəzi hallarda dəqiqləşdirmək üçün ultrasəs müayinəyə müraciət olunurdu.

Qadınların anamnezində müştərək xəstəliklərdən revmatoidli artrit-əsas qrupda 4 qadında, nəzarət qrupunda -3 qadında, qastrit xroniki formada-3 qadında əsas qrupda, 6 qadında- nəzarət qrupunda, xroniki xolesistit - əsas qrupda 8 qadında, nəzarət qrupunda-7 qadında, neyrosirkulyator distoniya - əsas qrupda 4 qadında, nəzarət qrupunda isə - 2 qadında, xroniki böyrək xəstəlikləri (piyelonefrit, qlomerulonefrit, böyrək daşı xəstəliyi)- əsas qrupda4 qadında, nəzarət qrupunda -6 qadında aşkar olunmuşdur. Pasientlərdə, bizə müraciət zamanı, bu xroniki somatik patologiyalar kliniki remissiya halında idi, yalnız 4 xəstə yuxarıda göstərilən xəstəliklərin müalicəsini qəbul edirdi. Aybaşı funkusiyalarının pozulmaları anamnezində 6 pasient əsas qrupda (1,8%) və 3 (0,9%)- nəzarət qrupunda qeyd etmişdir. Əsas qrupdakı 4 qadında və nəzarət qrupundakı 2 qadında bu proses əvvəlki abortlardan sonra keçirdikləri iltihabi xəstəliklər nəticəsində əmələ gəlmişdir. Əsas qrupda 12 qadının və nəzarət qrupundan 8 qadının anamnezində bir hamiləlik qeyd olunmuşdur; iki hamiləlik əsas qrupda – yenə 12 qadında, nəzarət qrupunda isə - 14 qadında qeyd olunmuşdur; üç hamiləlik əsas qrupda 6 qadında, nəzarət qrupunda isə 8 qadında qeyd olunmuşdur.

Doğuşlar əsas qrupda 28 qadında, nəzarət qrupunda isə - 24 qadında qeydə alınmışdır, süni abort - əsas qrupda 12 qadında, nəzarət qrupunda isə 8 qadında qeyd olunmuşdur. Süni abort əməliyyatı vakuum- aspirasiya və kyüretaj vasitəsilə, müştərək ümumi və venadaxili ağrısızlaşdırma ilə birlikdə aparılırdı.

Traumeel C preparatı parenteral 2,2 ml dozada 3 dəfə yeridilirdi: əməliyyatdan 30 dəqiqə əvvəl, dərhal sonra və əməliyyatdan 2 saat sonra. Preparatın ümumi kurs dozası 6,6 ml təşkil edirdi.

Nəzarət ilk sutkada və 1,5 -2 aydan sonra aparılırdı (abortdan sonrakı ilk aybaşıdan sonra). Pasientlər bimanual ginekoloji müayinədən keçir və sorğu aparılırdı. Kliniki simptomlar və müayinənin nəticələri qiymətləndirilirdi.

NƏTICƏLƏRI VƏ ONLARIN MÜZAKIRƏSI. Kompleks homeopatik Traumeel C preparatı alan qadınlar qrupunda (əsas qrup) abortdan sonrakı endometrit bir pasientdə (3%) inkişaf etmişdir, bu qadında süni abort əməliyyatı hamiləliyin 12-ci həftəsində aparılmışdır. Nəzarət qrupunda isə endometrit 4 qadında inkişaf etmiş, bu da bütün qrup üzrə 13,3 % təşkil edir.

Beləliklə, apardığımız tədqiqat nəticəsində Traumeel C preparatının abortdan sonrakı ağırlaşmaların profilaktikasında müsbət rolu təsdiq edilmişdir, bu da xarici ədəbiyyat göstəricilərinə uyğun gəlir. Alınmış nəticələr göstərir ki, homeopatik profilaktika məqsədi ilə Traumeel C preparatını abortdan sonrakı anti infeksion tədbirlər kompleksinə daxil olunması məqsədəuyğundur.

ƏDƏBİYYAT

1. Вавилова Н.М. Гомеопатическая фармодинамика. 1Ч. М.: Эверест, 2000, 500 с.
2. Дворин В.В., Клименко А.А. Методика контрольных клинических тестов.М.:Медицина,1985,144 с.
3. Келер Г. Гомеопатия. М.: Медицина, 1989, 592 с.
4. Тираспольский И.В., Каширина Т.Н. Использование комплексного гомеопатического препарата Traumeel C профилактике инфекционных осложнений искусственного аборта / Traumeel C препарат регулирующий воспалительный процесс . Сборник статей. М.: Арнебия, 2002, с. 140-142

SUMMARY

APPLICATION OF TRAUMEEL C PREPARATION IN PROPHYLACTIC OF ARTIFICIAL ABORTION COMPLICATION

Jafarova T.F., Hajiyeva A.A., Aliyeva K.K., Huseynoba P.M.

Applying the homeopathic combination preparation Traumeel S after an abortion reduches the risk of infections complications to a level four times lamer than usual. The received results allow recommending Traumeel S for inclusion in the scheme of complex therapy for prevention of abortion complications.

Daxil olub:29.01.2010

SURGICAL TREATMENT OF THE SUPRAGLOTTIC LARYNGEAL CARCINOMA: ANALYSIS OF 335 CASES

Mehdiyev Hafiz, Muz S.Engin

Customs Comitee Central Hospital Otolaryngology Depratment; Otolaryngology Head and Neck Surgery department, Ankara University, Turkey

It is well-known that the supraglottis is more frequently involved in Mediterranean countries. This is a retrospective analysis of 335 patients with supraglottic laryngeal cancer treated in the period 1985- 2008. Aim of this study was to explore the related factors, treatment, survival and prognosis of occult lymph node metastasis of supraglottic cancer.

MATERIALS AND METHODS. The goal of this study was to identify prognostic factors role in laryngectomized patients from population of laryngeal cancer in our department of Otolaryngology Head and Neck Surgery, Ankara University Medical School between 1985 and 2008.

Data were collected retrospectively by wieving patient files.

The occult lymph node metastasis rate, stage of cancer, distribution of metastatic lymph nodes, survival retes, related factors like smoker popilation, sex and treatment of the neck were analyzed.

We were used American Joint Commite on Cancer – Cancer Staging Manual 2002 for TNM clasification.

Dissected lymph nodes at levels II, III, IV sent for histopathology. This way, neck metastases were identified and determined. Distribution of surgical technique and percent of this in group were detected.

Patients were followed in the first semester per month after surgery. The next semester in a three month, next year per semester and next year per year. Statistical analysis methods included the SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 .

RESULTS. Among all cases, 98.2% were male. 96.6% of patients were smoker.

With the start of patient complaints, the average application time for traetment was 7.86 months.Te most common application of the complaint was hoarseness with 200 patients (59.7%).

%65 of cases was found in stages I und II when it is diagnosed.

Patients were follow up at least 1 month up to 240 months. Average follow up period was calculated as 27.95 months.

The survival rate was % 80.7 and with increasing of stage , disease free survival of all groups and subgroups was decrease. (Table 1)

Table 1

T stage relation with survival

STAGE	Case	Percent in group %	Survival %
T1	36	11.0	100
T2	160	48.9	81.8
T3	98	29.9	68.7
T4	33	10.0	64.7
TOTAL	327		78.8

As expected, 96% of the cases have been diagnosed with squamous cell carcinoma.

Among laryngectomy methods, 9 cases underwent laser laryngectomy, 9 fronto lateral laryngectomy, 102 subtotal supraglottic laryngectomy (SHL), 8 horizontovertical (3/4) laryngectomy, 141 total laryngectomy(TL), 14 supracrcoid partial laryngectomy (SCPL) and 50 which treated only RT. (Table 2).

Table 2
Laryngectomy methods

LARYNGECTOMY METHODS	Number of case	Percent in group %
laser laryngectomy	9	**2.7**
FLL	3	0.9
SHL	102	31.1
s laryngectomy	8	2.4
SCPL	14	4.2
TL	141	43.1
Biopsy and primer RT	52	15.2
TOTAL	327	100

TOLL- transoral laser laryngectomy FLL-frontolateral laryngectomy
SHL- supraglottic horizontal laryngectomy SCPL- supracrycoid partial laryngectomy
TL-total laryngectomy

5 of the TL patients (3.43%) was determined peristomal recurrence and was sent to oncology department for RT/KT. After 12 months postoperatively, 6 of the SHL patients (5.6%) determined recurrence in larynx and were made TL.

İmpact of neck dissection type on survival has been shown in table 3. 30 metastases (24.7%) were determined from 121 elective neck dissection.

Table 3
Neck dissection impact on survival

	Case	Percent in group	Survival
ND -	97	29.0	71.4
Bilateral FND	49	14.6	96.4
İpsilateral FND	119	35.5	83.3
İpsilateral RND	47	14.0	50.0
RND+FND	23	6.9	66.7
TOTAL	335	100	**78.7**

FND- functional neck dissection RBD- radical neck dissection

Bilateral functional neck dissection applied patients had the highest rate of survival. Among them were bilateral FND group the highest rate of survival with 96.4%. After larengectomy, which cases were applied neck dissection and RT , were high survival degrees (Table 4).

.**Table 4**
İmpact of ND with and without RT on survival

	ND (-) Survival	ND (+) Survival
Postoperative RT -	85.7	83.1
Postoperative RT +	62.5	72.7
TOTAL	**77.2**	**80.2**

DISCUSSION. SHL or extended SHL used successfully in extended resections to treat tumors involving the base of the tongue, pyriform sinus and one arytenoid. SHL provided, an optimal locoregional oncological control for laryngeal preservation.

The challenge is to select the correct modalities for each patient. Endoscopic procedures should be limited to tumors that can be completely visualized during diagnostic microlaryngoscopy. If complete resection can be achieved, the oncologic results of transoral laser surgery appear to be comparable to those of classic supraglottic laryngectomy. The authors conclude that with careful selection of patients, laser supraglottic laryngectomy is a suitable, and often the preferred, treatment option for supraglottic cancer [15,17,18,19].

Bussu F. et al study confirms the effectiveness of endoscopic horizontal partial laryngectomy

in which oncological outcome is similar to the external approach and functional results are probably better [2].

In addition, functional results of transoral laser resection are superior to those of the conventional open approach, in terms of the time required to restore swallowing, tracheotomy rate, incidence of pharyngocutaneous fistulae, and shorter hospital stay. The management of the neck remains of paramount importance, as survival of patients with supraglottic cancer depends more on cervical metastasis than on the primary tumor [11,12,17].

Selective upper node dissection and inspection during laryngectomy reduced the need for an elective neck dissection with its morbidity in the clinically N0 neck. In addition, it selects the patients who need such extensive treatment [3,13].

There was no difference in metastases rate between marginal vs vestibular, and central vs lateral neoplasms, whereas bilateral metastases were more frequent in central tumors. Elective lateral neck dissection (levels II-IV) is recommended in T2-T4 N0 supraglottic cancers; clearance of both sides of the neck is indicated whenever the lesion is not strictly lateral. [16].

Controversies in application of jugular, selective neck dissection are present since it has been in use, because of the unclear role which regional lymph tissue play in antitumor immune response. Jugular, selective neck dissection was advocated in all patients with a primary supraglottic laryngeal carcinomas. It was suggested that selective neck dissection was needed only in advanced (T3 and T4) tumors. Selective dissection is believed to be needed only when tumor has spread into the vallecula, the base of the tongue, or the medial wall of the piriform sinus. The idea of selective neck dissection has been opposed since the protective role of the cervical lymph tissue has been stressed. Ultrasound and computerized tomography of the neck cannot detect occult metastases. Today, only removal and histological examination of the lymph tissue can determine occult metastasis. The importance of selective neck dissection is considered in diagnostic biopsy procedure by which occult metastatic spread in the neck region is established [14].

Due to the tendency of supraglottic carcinoma resulting in occult cervical metastases, early detection is imperative in order to apply the appropriate therapy. Occult cervical metastases are usually ipsilateral, but bilateral and contralateral may be found as well. Due to the aforementioned, it is necessary to perform bilateral jugular, selective cervical dissection of the neck level II-IV with histological evidence of removed lymph tissue. When metastases is verified histologically, postoperative radiotherapy is indicated as being efficient in hampering the development of palpable metastases [4,5,7,9,10].

Currently, based on the best available evidence, it seems that neck dissection with combined with RT, superior to radiotherapy or neck dissection or a 'wait and see' policy in terms of survival and control of neck disease.

CONCLUSION. Selective upper node dissection and inspection during laryngectomy reduced the need for an elective neck dissection with its morbidity in the clinically N0 neck. In addition, it selects the patients who need such extensive treatment.The present systematic review highlights the need for further well-designed prospective studies that will provide more reliable answers to the debatable issue of the management of clinically N0 of supraglottic larynx carcinoma.

REFERENCES

1. Bocca E, Pignataro O, Oldini C. Supraglottic laryngectomy: 30 years experience // Ann Otol Rhinol Laryngol, 1983, v.92, p.14–18

2. Bussu F, Almadori G, De Corso E, et al: Endoscopic horizontal partial laryngectomy by CO(2) laser in the management of supraglottic squamous cell carcinoma / Head Neck Apr 9. 2009

3. Clark J, Morgan G, Veness M, et al: Salvage with supracricoid partial laryngectomy after radiation failure // ANZ J Surg., 2005, v.75(11), p.958-62

4. Ferlito A, Silver CE, Rinaldo A: Selective neck dissection (IIA, III): a rational replacement for complete functional neck dissection in patients with N0 supraglottic and glottic squamous carcinoma. // Laryngos., 2008, v.118(4), p.676-9

5. Goudakos JK, Markou K, Nikolaou A, et al: Management of the clinically negative neck (N0) of supraglottic laryngeal carcinoma: a systematic review // Eur J Surg Oncol., 2009, v.35(3), p.223-9.

6. Goepfert H, Jesse RH, Fletcher GH, Hamburger A. Optimal treatment for the technically resectable squamous cell carcinoma of the supraglottic carcinoma of the supraglottic larynx // Laryngoscope, 1975, v.85, p.14–32

7. Prognostic factors role in laryngectomized patients from population of laryngeal cancer in our department of Otolaryngology 1985 and 2008. Head and Neck Surgery. Ankara University Medical School between 2009

8. Harwood AH, Beale FA, Cummings BJ, et al. Supraglottic laryngeal carcinoma: An analysis of dose-time-volume factors in 410 patients // Int J Radiat Oncol Biol Phys., 1983, v.9, p.311–319

9. Hinerman RW, Mendenhall WM, Amdur RJ, et al. Carcinoma of the supraglottic larynx: treatment results with radiotherapy alone or with planned neck dissection // Head Neck, 2002, v.5, p.456–467

10. Mendenhall WM, Parsons JT, Mancuso AA, et al. Radiotherapy for squamous cell carcinoma of the supraglottic larynx: an alternative to surgery // Head Neck, 1996, N1, p.24–35

11. Ogura JH. Supraglottic subtotal laryngectomy and radical neck dissection for carcinoma of the epiglottis // Laryngoscope, 1958, v.67, p.983–1903

12. Ogura JH, Marks JE, Freeman RB. Results of conservation surgery for cancers of the supraglottis and pyriform sinus // Laryngoscope, 1980, v.90(4), p.591-600

13. Pennings RJ, Marres HA, den Heeten A, van den Hoogen FJ: Efficacy of diagnostic upper node evaluation during (salvage) laryngectomy for supraglottic carcinoma // Head Neck. 2009, v.31(2), p.158-66

14. Petroviж Z, Jeliж S, Pendjer I: Jugular neck dissection for supraglottic laryngeal carcinoma with negative clinical findings in the neck (N0) // Srp Arh Celok Lek., 2004, v.132(3-4), p.73-5

15. Petrovij Z, Dordevij V, Nesij V Surgical treatment of the supraglottic laryngeal carcinoma // Med Pregl., 2008, v.61(5-6), p.242-6

16. Redaelli de Zinis LO, Nicolai P, Tomenzoli D, et al: The distribution of lymph node metastases in supraglottic squamous cell carcinoma: therapeutic implications // Head Neck, 2002, v.24(10), p.913-20

17. Rodrigo JP, Suбrez C, Silver CE, Rinaldo A, et al: Transoral laser surgery for supraglottic cancer // HeadNeck, 2008, v.30(5), p.658-66

18. Roh JL, Kim DH, Park CI: Voice, swallowing and quality of life in patients after transoral laser surgery for supraglottic carcinoma // J Surg Oncol., 2008, v.98(3), p.184-9

19. Sevilla MA, Rodrigo JP, Llorente JL, et al: Supraglottic laryngectomy: analysis of 267 cases // Eur Arch Otorhinolaryngol., 2008, v.265(1), p.11-6

XÜLASƏ

SUPRAGLOTTIK SAHƏ XƏRƏNGI OLAN 335 XƏSTƏDƏ CƏRRAHI MÜALICƏ NƏTICƏLƏRI

Mehdiyev Hafiz, Muz S.Engin

Bu çalışmada Ankara Universiteti Otolarinqologiya və Baє Boyun Cərrahiyəsi єцbəsində 1985-2008`ci illər arasında supraglottik sahə xərəngi olan 335 xəstənin cərrahi müalicə nəticələri retrograd olaraq dəyərləndirilərək analiz edilmiєdir. Çalışmanın məqsədi bu xəstələrdə müalicə metodları, müalicə sonrası xəstəliksiz yaєama mьddəti və boyun limfa metastazları yönündən analiz və nəticələri təqdim etməkdir. Xəsdələrdən 9`una lazer laringoektomiya, 9`una fronto lateral laringoektomiya, 102`sinə supraglottik laringoektomiya, 8`inə horizontovertikal (3/4) laringoektomiya, 141`inə total laringoektomiya,14`ünə suprakrikoid laringoektomiya edilmiєdir. 52 xəsdə isə birincil olaraq radyoterapiya ilə müalicə edilmiєdir. 121 xəsdəyə kliniki olaraq boyunda metastaik limfa nodulu olmadığı üçün elektif olaraq boyunda II-III-IV sahələrdə limfa nodulu diseksiyası edilmişdir. Bu xəsdələrin 30`unda (24.7 %) boyunda gizli limfa nodulu metastazı təyin edilmiєdir. T2-T4N0 supraglottik səviyyə tutulumu olan qırtlaq xərəngi olan xəstələrə iki tərəfli elektiv boyun diseksiyasının tətbiq edilməsi uyğun görülmüşdür və belə bir müdaxilənin əlavə müalicəyə ehtiyacı təyin etməkdə yol göstərici olduğu təyin edilmiєdir.

РЕЗЮМЕ

РЕЗУЛЬТАТЫ У 335 БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГОРТАНОГЛОТКИ

Мехдиев Хафиз, Муз С.Енгин

В этом статье проанализированы результаты хирургического лечения у 335 больных с диагнозом рака гортаноглотки с 1985 по 2008 г. в отделение отоларингологии и хирургии головы и шеи Университета Анкара. Цель исследования, проанализировать результатов методов лечения, время ремиссии после лечения и лимфатических метастазов шеи. 9 больным произведено лазерная ларингоэктомия, 102 ларингоэктомия гортаноглотки, 8 горизонтовертикал (3/4) ларингоэктомия, 141 тотальная ларингоэктомия, 14 супракрикоид ларингоэктомия. У 52 больных первично лечили радиотерапией. 121 больным несмотря, что не было метастазов в шейных лимфатических узлах, в шеи произведено элективная дисексия в II-III-IV секторах. У 30 из них (24,7%), было обнаружено скрытый метастаз лимфатических узлов. Больным с T2-T4N0 до уровне супраглоттис с диагнозом рак гортани, рекомендуется двусторонняя элективная дисексия лимфатических шейных узлов как дополнительное лечение.

Daxil olub:28.01.2010

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МЕЗИАЛЬНЫМ СМЕЩЕНИЕМ ПЕРВЫХ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Р.В.Шадлинская
Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

В настоящее время мезиальное смещение первых моляров верхней челюсти является одним из наиболее часто встречающихся аномалий зубочелюстной системы. Мезиальное положение моляров может быть обусловлено ранней потерей или адентией молочных зубов. Так, при преждевременном удалении второго молочного моляра, вследствие нарушения межокклюзионных контактов происходит мезиальный сдвиг первых постоянных моляров и их ротация. Эти изменения способствуют в дальнейшем дистальному соотношению первых постоянных моляров, укорочению верхнего зубного ряда, зубоальвеолярной протрузии и скученности фронтального отдела верхней челюсти. Для предупреждения этих аномалий существует ряд профилактических мероприятий. Например, сохранение свободного постэкстракционного пространства с помощью ортодонтического кольца с петлей или частичного съемного протеза. Но в большинстве случаев поздняя обращаемость пациентов превращает перемещение постоянного моляра в его нормальное положение в одну из сложных проблем в лечении зубочелюстных аномалий. Перемещение моляров может проводиться как с помощью внеротовых сил, так и при использовании внутриротовых пружинящих сил. [1-4]

ЦЕЛЬ исследования - оценка зубоальвеолярных изменений, связанных с использованием двух различных ортодонтических аппаратов для дистализации моляров: Pendulum и лицевой дуги с внеротовой тягой.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Ортодонтическое лечение проводили 15 пациентам в возрасте от 10,5 до 13 лет с положением постоянных моляров по 2 классу Энгля. Пациенты были разделены на две группы: первая группа (8 пациентов) получала лечение с помощью несъемного аппарата для дистализации моляров, вторую группу (6 пациентов) лечили с помощью лицевой дуги с внеротовой тягой. Были проведены: анализ моделей, боковых телерентгенограмм до и после лечения. Период установления моляров с соотношения по 2 классу в 1 класс составил в среднем 9 месяцев.

В первой группе мы использовали одну из форм несъемного аппарата “Pendulum”, разработанного Hilgers. Аппарат представляет собой акриловую кнопку Nanse, расположенную на средней части неба и окклюзионные опоры. Два проволочных отростка окклюзионных опор изготавливают из ортодонтической проволки из нержавеющей стали диаметром 0,70 мм. и фиксируют в базисе кнопки Nanse. Концы проволки фиксируют на жевательных поверхностях премоляров с помощью текучего бонда. Акриловая кнопка служит передней опорой, которая предупреждает вестибулярный наклон резцов верхней челюсти и направляет внутриротовые силы в дистальном направлении. Пружины, изготовленные из проволки TMA, имеют петлю в серединной линии, в активном состоянии входят в пазы колец, расположенных на молярах и оказывают дистализационное перемещение. С помощью этого аппарата можно добиться максимального корневого перемещения моляров, избегая при этом резорбции корней и получить последующую ретракцию переднего участка зубной дуги. Дополнительная активация аппарата происходила в среднем раз в 4-6 недель. Перемещение зубов происходило в среднем за 3-4 месяца. В дальнейшем требовалось удержание нового положения первых моляров. В этом случае мы сохраняли этот же аппарат в полости рта дополнительные 2-3 месяца, а после снятия аппарата устанавливали жесткую небную дугу.

Во второй группе применяли лицевую дугу, которая состоит из двух частей: внутренней назубной и лицевой, соединенных между собой. Внутренняя дуга адаптирована к форме верхней зубной дуги и вводится в трубки, установленные на вестибулярной поверхности первых постоянных моляров. Перед трубками на концах дуги делают стопорные изгибы. Лицевая часть с помощью резиновых колец или пружин прикрепляется к шейной повязке. Эластическая тяга может регулироваться и в зависимости от этого можно добиться силы воздействия от 400г. до 1000г. на каждую сторону. Для перемещения зубов некоторые авторы рекомендуют ортодонтические силы, что составляет не более 500г. на одну сторону. Мы использовали ортодонтические силы от 300г. до 500г. Направление внеротовой тяги определяли в зависимости от типа роста челюстных костей, которые определяли по цефалометрическим анализам. У 6 пациентов наблюдался горизонтальный тип роста. При их лечении применяли шейную внеротовую тягу. У одного пациента с вертикальным типом роста использовали затылочную тягу. Для достижения корпусного перемещения моляров необходимо, чтобы вектор сил проходил через центр резистентности для моляров, который находится в области трифуркации корней. Направление наклона зуба мы

проводили опусканием или подниманием внешней дуги, для создания нужного ротационного момента. Время ношения аппарата в среднем составило 14-16 часов в сутки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ. Дистальное перемещение моляров при помощи аппарата "Pendulum" составило в среднем 5-6 мм. Для достижения гиперкоррекции было получено в небольшой степени более дистальное положение моляров. Как негативный эффект наблюдалась небольшая потеря опоры вследствие мезиального перемещения центральных резцов на 1,5-2 мм., что сопровождалось интрузией моляров и небольшой экструзией резцов. Дистальное перемещение первых постоянных моляров во второй группе происходило в пределах 2-3 мм. У двух пациентов при большем перемещении на ортопантомограммах челюстей наблюдалось дистальное перемещение корней, а не коронок. Результат лечения при применении лицевой дуги зависит, прежде всего, от длительности ношения и дисциплинированности пациента. Большое значение имеет величина силы внеротовой тяги, что доставляет ряд неудобств пациентам. Кроме этого, успешная дистализация при применении лицевой дуги происходит до прорезывания вторых моляров.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Внутриротовой несъемный аппарат "Pendulum" с биомеханической точки зрения позволяет корпусно перемещать моляры верхней челюсти в дистальном направлении, что способствует успешному лечению пациентов с мезиальным положением постоянных первых моляров верхней челюсти. При завершении аппарат можно без дополнительных лабораторных вмешательств использовать, как ретенционный. Аппарат "Pendulum" не требует кооперации с пациентом, что позволяет врачу контролировать ситуацию и достичь нормальной окклюзии в сагиттальной плоскости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kinzinger GSM, Wehrbein H, Gross U. Molar distalization with pendulum appliances in the mixed dentition: Effects on the position of unerupted canines and premolars. // Am J Orthod Dentofacial Orthop., 2006, v. 129, p.407 – 417
2. Graber T.M., Vanarsdall R, Orthodontics: Current Principles and Techniques. Mosby; 4 edition, 2005, p. 882-886
3. Proffit W. Contemporary Orthodontics Mosby, 2000, p. 478-520
4. Ülgen, M.: Investigation of the Cervical Headgear Treatment Effects on the Dentofacial Skeleton of the Angle Class II Division 1 Cases. //Aegean University Faculty of Dentistry Journal, 1979, v.4, p. 73-85.

SUMMARY

THE COMPARISON CHARACTERISTIC OF TREATMENT METHODS OF PATIENTS WITH FIRST MOLARS MESIAL DISPLACEMENT OF THE UPPER JAW

Shadlinskaja R.V.

Aim is to compare a different intraoral and extraoral distalization system and to evaluate the results of this system used in a 10-13 –year-old patients with a Class2 molar relationship requiring molar distalization. After 3-4 month of distalization a bilateral Class1 molar relationship was achieved via fixed pendulum appliance. Biometric analysis showed that maxillary first molars were distalized 5-6 mm. The lower amount of molar distalization was achived with cervical headgear. The treatment time in first group was 3-4 month; in the second group - was 7-8 month. Effective upper molar distalization can be achieved in a short time using Pendulum appliance.

Daxil olub:19.10.2009

KESAR KƏSİYİ ZAMANI ANTİBİOTİKOPROFİLAKTİKAYA YENİ YANAŞMA

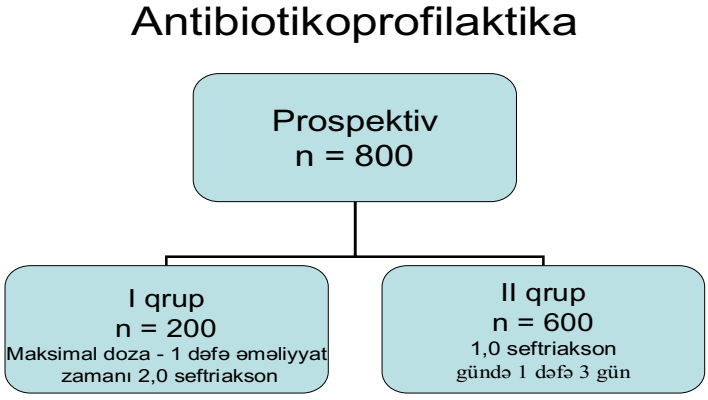
Həsənova M.K., Heydərova K.A., Ramazanova G.K.
Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu, Bakı

Keçən yüzillikdə mamalıqda aparılan araşdırmalar kesar kəsiyi vasitəsi ilə başa çatan doğuşların sayında proqressiv artımı aşkarlamışdır. Uşaqlığın aşağı seqmentində kesar kəsiyinin təhlükəsizliyi, müasir anesteziya üsulları, antibiotiklərdən istifadə, anamnezində kesar kəsiyi olan qadınların, çoxdöllü hamiləliklərin sayının artması, hamiləlik dövründə rutin olaraq dölün vəziyyətinin KTQ vasitəsi ilə monitorinqi bu əməliyyata göstərişləri genişləndirmişdir.

Abdominal doğuşlardan sonrakı infeksion ağırlaşmalar müasir mamalığın aktual problemlərindəndir, çünki, onlardan sonra infeksion ağırlaşmalar 40% təşkil edərək ana ölümü strukturunda 2-4-cü yeri tutur [1,2,3,4].

Bununla əlaqədar abdominal doğuşların yeni metodlarının və infeksion ağırlaşmaların profilaktika yollarının axtarılması daim davam edir. Antibiotiklərdən uzun müddətli istifadənin qadınların mikrobiosenozuna neqativ təsiri və eyni zamanda yenidoğulmuşda medikamentoz disbakteriozun inkişaf etməsi infeksion ağırlaşmaların profilaktikasının aparılma metodlarına yenidən baxılmasını tələb etmişdir [5, 6].

TƏDQİQATIN MATERİAL VƏ METODLARI. Antibiotikoprofilaktika məqsədi ilə geniş spektrli sefalosporinlərdən istifadə olunmuşdur. Kliniki effektivliyi təsdiq etmək məqsədi ilə 800 abdominal doğuşdan sonrakı dövr təhlil edilmişdir. Əsasən əməliyyatlar planlı aparılmış və əməliyyata göstərişə səbəb uşaqlıqda çapıq, sağrı gəlişi, fəsadlı mamalıq və ginekoloji anamnez, göz patologiyası olmuşdur. Əsas qrupu 200 qadın təşkil etmişdir ki, onlara antibiotikin maksimal sutkalıq dozası əməliyyat zamanı döl çıxarıldıqdan sonra yeridilmişdir. İkinci, kontrol qrupu antibiotiklər ənənəvi üsulla 3 dəfə (1 qramdan 3 gün ərzində) yeridilmiş 600 qadın təşkil etmişdir.



Şək. 1. Antibiotikoprofilaktika

NƏTİCƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ. Qruplar arasında hamilələrin yaşında, hestasiya müddətində, əməliyyatın davamiyyətində, əməliyyat zamanı qan itirmədə statistik əhəmiyyət kəsb edən fərq olmamışdır.

Cədvəl 1
Hamilələrin xarakteristikası və əməliyyatın müddəti, qan itirmə göstəriciləri

	I qrup	II qrup
Hamiləliyin yaşı	26,3±2,4	27,2±1,2
Hestasiya müddəti	38,6±0,2	38,1±0,3
Əməliyyatın davamiyyəti (dəqiqə ilə)	45,4±4,3	49,7±6,2
Əməliyyat zamanı qan itirmə	380,6±58	400,1±3.2

Hərarətin əməliyyatdan sonra yüksəlməsi əsas qrupda 5,5% təşkil etmiş, 1-2 gün davam etmiş və sonradan hərarət normallaşmışdır. Kontrol qrupda isə hərarət 6,8% rast gəlinərək 3-4 gün davam etmişdir və stasionarda qalma günlərinin II qrupda daha çox müşahidə olunmuşdur.

Cədvəl 2

	I qrup	II qrup
hipertermiya	5,5%	6,8%
Leykositlər	8,7±4,3	9,1±2,1
Çarpayı günü	4,5±0,7	5,9±0,7

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə kontrol qrupa daxil olan qadınlarda 1 peritonit (0,17%), 5 endometrit (0,8%), 25 hematometra (4,2%), 2 (0,3%) subinvolyusiya halı rast gəlinmişdir. Əsas qrupda peritonit, endometrit halları müşahidə edilməmiş, yalnız 1 (0,5%) subinvolyusiya, 4 (2%) hematometra olmuşdur.

Cədvəl 3
Kesar kəsiyindən sonra fəsadlar

	I qrup		II qrup	
	n	%	n	%
1.Subinvolyusiya	1	0,5	2	0,3
2.Hematometriya	5	2	25	4,2
3.Endometrit	+	-	5	0,8
4.Peritonit	+	-	1	0,17

Göstərilən nəticələr bir daha sübut edir ki, əməliyyatdan sonrakı dövrdə antibiotiklərdən uzun müddətli istifadə mikrobiosenozun pozulmasına gətirir ki, bunun özü də infeksion ağırlaşmaların inkişaf etməsi üçün şərait yaradır. Əldə olunmuş nəticələr ənənəvi antibiotikoprofilaktika sxemlərindən istifadənin nəinki məqsədəuyğunluğuna, həmçinin onun effektivliyinə şübhə yaradır. Belə ki, doğum yollarının mikrobiosenozunun dəyişiklikləri mikrofloranın həssaslıq spektrində dəyişikliklərə səbəb olur, antibiotiklərdən qeyri adekvat istifadə isə məlumdur ki, antibiotiklərə rezistent ştamların seleksiya riskini artırır və bunu da müasir dövrdə infeksion ağırlaşmaların etiologiyası kimi qiymətləndirirlər.

Beləliklə demək olar ki, ənənəvi olaraq antibiotiklərdən infeksiyanın profilaktika məqsədi ilə davamlı istifadə əməliyyatın gedişində 1 dəfə maksimal dozadan istifadə ilə müqayisədə heç bir üstünlüyə malik olmayıb iqtisadi cəhətdən əlverişli deyildir.

ƏDƏBİYYAT

1. Густоварова Т.А., Самедова Н.С., Болвачева Е.В., Щербакова О.Л. Актуальные вопросы абдоминального родоразрешения в современном акушерстве //Российский вестник акушера-гинеколога, 2006, Т. 6, № 3, с. 18-22.

2. Фаткуллин И.Ф., Галимова И.Р. Кесарево сечение. М.: МЕДпресс-информ, 2007, 157 с.

3. Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. Акушерство. Национальное руководство. М.:Гэотар – Медиа, 2007

4. Оден Мишель. Кесарево сечение: безопасный выход или угроза будущему? М.: Междунар. шк. Трад.акушерства, 2006, 188 с.

5. Hofmeyr GJ, Smaill F: Antibiotic prophylaxis regimens and drugs for cesarean section (Cochrane review). In The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford Update Software, 2001.

6. Hopkins L, Samaill F: Antibiotic prophylaxis regimens and drugs for cesarean section (Cochrane Review).In the Cochrane Library, Issue 2,2003. Oxford, Update Software, 2003.

SUMMARY

NEW APPOACH IN ANTIBIOTICOPROPHYLAXIS DURING CAESAREAN SECTION

Hasanova M.K., Haydarova K.A., Ramazanova G.K.

Has been prospective analyses 800 data of caesarean sections. The aim of study was to expose optimal rejim antibiotics often caesarean section. Has been shown that one maximal dose rejim of antibiotics during caesarean section more rational than 3 days rejim antibioticoprophylaxis.

Daxil olub:26.10.2009

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ РИСКА

Керимов В.Н., Мамедов М.М., Ахмедов Б.В.
Госпиталь пограничных войск. г.Баку

Одним из наиболее значимых событий последних десятилетий в медицине стало бурное развитие и внедрение в широкую клиническую практику лапароскопических технологий, [2,8,7,11,14], коренным образом изменивших облик современной хирургии. В настоящее время малоинвазивные вмешательства используются практически во всех областях абдоминальной хирургии.

Лапароскопическая холецистэктомия на сегодняшний день является «золотым стандартом» лечения но при этом сохраняются большие принципиальные разногласия по вопросу показаний и противопоказаний к применению лапароскопической холецистэктомии у больных острым холециститом с высокой степенью риска, сроки выполнения и выбор оперативного вмешательства и факторы риска [1,5,12,15,].

Одним из способов предотвращения ишемических и других осложнений, связанных с напряженным пневмоперитонеумом, является развитие техники безгазовых и малогазовых лапароскопических операций [7,9,312,14].

Таким образом внедрение видеоэндоскопической технологии позволили улучшить результаты хирургического лечения многих заболеваний, в том числе ЖКБ, но вместе с тем, выявленные вредные побочные эффекты напряженного карбоксиперитонеума обязательного условия проведения лапароскопической операции, усложнили проблему лечения больных острым холециститом с высокой степенью риска [2,12,7].

В связи с этим, исследования, изучающие возможность снижения вредных побочных эффектов карбоксиперитонеума и повышенного внутрибрюшного давления (ВБД) при эндоскопических операциях являются актуальными и представляют большой научно-практический интерес.

ЦЕЛЬЮ исследования является применение лапароскопических операций при пониженном внутрибрюшном давлении с лифтинговым вспоможением, у больных различными формами острого холецистита с высокой степенью риска.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ/ Данное исследование выполнено на материале клинического исследования и лечения 107 пациентов в возрасте старше 65 лет, страдающих ЖКБ и оперированных в клинике с 2003-2006 г.

Для выявления преимущества лапароскопического способа лечения больных с острым холециститом пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями при пониженном ВБД с лифтинговым вспоможением перед традиционными лапароскопическими методами лечения была проведена сравнительная оценка их достоинств и недостатков, с целью определения роли и места в хирургии гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Все 107 пациентов, составившие материал настоящей работы, были выделены в две соответствующие группы: I- контрольная группа представлена 43 пациентами, которым была проведена стандартная, традиционная предоперационная подготовка и выполнена традиционная лапароскопическая холецистэктомия, II-Основная группа, здесь больные были разделены на две подгруппы.

В первой основной подгруппе А- 54 больных, которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия с лифтингом передней брюшной стенки, а во второй подргуппе Б-10-больным произведена безгазовая лапароскопическая холецистэктомия.

Все пациенты были обследованы по стандартной схеме: клинический осмотр, инструментальные исследования (R-скопия грудной клетки, ультразвуковая диагностика органов брюшной полости, электрокардиография, функция внешнего дыхания), лабораторные исследования (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови: уровень билирубина, АлАТ, АсАТ, глюкоза, общий белок).В предоперационном периоде проводилось многокомпонентное обследование пациентов, задачей которого являлась оценка общего статуса больного, так и состояния отдельных органов и систем. На основании результатов этого

обследования определялась тактика лечения. Кроме того, данные о состоянии сердечно-сосудистой и дыхательной систем стали отправной точкой в дальнейшем последовательном исследовании

Таблица 1

Распределение пациентов по группам в зависимости от характера операции

№ группы	Характер операции	Ко-во пациентов
1	Традиционная ЛХЭ (ВБД=14-15 мм рт. ст.)	43
2	ЛХЭ с лифтинговым вспоможением (ВБД=3-6 мм рт. ст.)	54
3	Безгазовая ЛХЭ (ВБД=0 мм рт. ст.)	10
Итого:		107

Анализ результатов проведен у всех 107 пациентов, подвергшихся оперативному лечению. Летальных случаев не было ни в одной из групп больных. Все операции закончены лапароскопически без интраоперационных осложнений. Из операционной больные доставлялись в палату интенсивной терапии, где находились в течение суток. Как правило, мы активизировали всех пациентов вечером в день операции, а со 2-х суток они начинали ходить. Обезболивание всем больным в течение первых и, иногда, вторых суток проводилось только ненаркотическими анальгетиками. Состояние большинства пациентов позволяло выписывать их на амбулаторное наблюдение на 3-4 сутки. В то же время, у части пациентов отмечались более или менее выраженные послеоперационные патологические синдромы, потребовавшие в ряде случаев медикаментозной коррекции. Характер послеоперационных патологических синдромов представлен в таблице 2

Таблица 2

Характер послеоперационных синдромов

Синдром	Количество пациентов		
	1группа	2группа	3группа
Болевой синдром в течении 3-х суток после операции	7	1	1
Плече-лопаточный болевой синдром	8	2	-
Диспептический синдром	2	1	1
-тошнота	9	1	
-рвота	2	-	-
-горечь во рту	8	1	1
-чувство тяжести в эпигастрии	3	1	-
Нарушение мочеиспускания	5	2	1
Послеоперационный парез кишечника	4	2	1
Гипертермия	11	9	6

Диспептические явления, проявляющиеся тошнотой, рвотой, горечью во рту, как правило, проходили через 1-2 суток после оперативного вмешательства. Для купирования этих симптомов в ряде случаев применяли инъекции церукала, реглана.

Особое внимание хотелось бы уделить послеоперационному плече -лопаточному болевому синдрому. Механизм его возникновения пока недостаточно изучен. Gurusamy K.S. et a1. связывает его появление с раздражением висцеральной брюшины диафрагмы и его передачи в чувствительный сегмент С4 правого плеча (зону Геда), вследствие напряженного карбоксиперитонеума.

По данным автора частота возникновения плече-лопаточного болевого синдрома достигает 17,5%. В нашем наблюдении последний имел место у 8 (18,6%) больных в первой группе, лишь у 2 (3,7%)-- во второй. В третьей группе пациентов ни у кого из больных этого синдрома не было, во всех случаях боли в правом плече и лопатке купировались в течение 2-3 суток.

Таким образом, проведение операций при пониженном внутрибрюшном давлении позволяет значительно снизить частоту возникновения послеоперационного плече-лопаточного болевого синдрома.

Нарушения мочеиспускания имели место у 5 больных первой группы, у 2 второй и у 1 - третьей. Однократная катетеризация мочевого пузыря во всех случаях привела к нормализации мочеиспускания.

Послеоперационный парез кишечника, потребовавший медикаментозной стимуляции перистальтики, наблюдался у 4 больных первой группы, 3 -второй и у 1 - третьей группы.

Повышение температуры в ближайшем послеоперационном периоде встречалась у достаточно большого количества пациентов во всех трех группах.

Как показывают собственные клинические исследования и практика, а также данные других авторов, высокая частота этого симптома характерна для лапароскопических операций. Послеоперационная гипертермическая реакция, по всей видимости, связана с работой электрохирургическими инструментами и обусловлена большой зоной коагуляционного некроза печеночной ткани в области ложа. Подтверждением этому служит связь между возникновением послеоперационной гипертермии и техническими трудностями при выделении желчного пузыря. Избежать этого можно путем совершенствования техники субсерозного выделения желчного пузыря.

Всем пациентам с проявлением послеоперационной гипертермии более 3-суток после оперативного вмешательства выполняли контрольное ультразвуковое исследование гепатодуоденальной зоны, рентгенографию легких. При УЗИ особое внимание обращалось на состояние ложа желчного пузыря, наличие или отсутствие жидкости в подпеченочном пространстве, состояние поджелудочной железы.

Таким образом, из пациентов всех трех групп с проявлениями гипертермии, у 11 больных были выявлены послеоперационные осложнения, явившиеся причиной этого патологического симптома (Таблица 3).

Таблица 3

Характер послеоперационных осложнений (n=8)

Характер осложнений	Количество пациентов		
	1 группа	2 группа	3 группа
Инфильтрат ложа желчного пузыря	3	1	
Инфильтрат подкожной клетчатки	2	1	
Нижнедолевая пневмония	2	-	-
Острый панкреатит	1	1	-
Всего	8	3	

Обнаружение инфильтрата ложа желчного пузыря у 4 больных потребовало интенсивной противовоспалительной терапии, включающей в себя применение антибактериальных препаратов и сеансов дистанционного лазерного облучения аппаратом "Мильта-Ф" (длина волны 0,86 мкм, мощность излучения - 15 мВт). В результате проведенной терапии, по данным динамического фотометрического и ультразвукового исследовании, мы наблюдали достаточно быстрое (в течение 6-7 суток) рассасывание инфильтрата, также у 3-ех больных. Правосторонняя нижнедолевая пневмония возникла у 2-ух пациентов. Ей проводилась общепринятая медикаментозная терапия с положительным эффектом. Возникновение приступа острого панкреатита у двух больных было купировано проведением многокомпонентной инфузионной терапии с применением ингибиторов протеаз.

Таким образом, как показал наш небольшой опыт, разработанная методика проведения лапароскопических операций с лифтинговым вспоможением при пониженном ВБД позволяет выполнять не только холецистэктомию, но и вмешательства на пищеводно-желудочном сегменте.

Анализируя вышеописанные осложнения по группам, мы пришли к выводу, что возникновение большинства из них не связано со способом проведения операции. Однако необходимо отметить, что проведение операции при пониженном ВБД лифтинговым вспоможением позволяет значительно снизить частоту возникновения плече-лопаточного болевого синдрома. В то же время, согласно результатам наших исследований степень изменений показателей гемодинамики и функции внешнего дыхания при операциях с напряженным карбоксиперитонеумом была значительно выше, чем при вмешательствах с

лифтинговым вспоможением и в ряде случаев становилась критической. Возникала реальная опасность развития острых нарушений деятельности органов сердечно-сосудистой системы.

Учитывая вышесказанное, приведенные обще-клинические результаты не могут в полной мере иллюстрировать преимущества предложенной нами методики. Однако, с точки зрения профилактики развития острых нарушений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, преимущества лифтингового метода неоспоримы. Данные, полученные при обследовании пациентов обеих групп, мы оценивали как хорошие, удовлетворительные и плохие.

Хорошими результатами считали те, когда обследуемые не предъявляли никаких жалоб, за медицинской помощью не обращались, у них не было необходимости соблюдать диету, полностью была сохранена трудоспособность.

Удовлетворительно оценивали результаты у тех пациентов, которых после операции продолжали беспокоить боли. Боли, как правило, локализовались в области правого подреберья, или был однократный приступ печеночной колики. Больные периодически вынуждены принимать лекарственные препараты и соблюдать диету, обращались за амбулаторной помощью или однократно лечились в стационаре.

Результат оценивали плохим у тех больных, которые предъявляли жалобы на постоянные тупые боли в правом подреберье или неоднократно испытывали приступы печеночной колики. Кроме того, предъявляли жалобы. на диспепсические расстройства, они вынуждены были принимать лекарственные препараты, соблюдать диету, сменить работу по состоянию здоровья, неоднократно лечиться в поликлинике или в стационаре.

Основную группу составили 64 пациентов, с острым калькулезным холециститом с сопутствующими заболеваниями, которым была выполнена ЛХЭ с лифтинговым вспоможением.

В контрольную группу вошли 43 больных, с острым калькулезным холециститом которым произведена холецистэктомия традиционным лапароскопическим путем.

В основной группе средний возраст больных составил 65,34±3,5 лет, подавляющее большинство были женщины-(65,4%); в контрольной группе средний возраст больных составил 65,67±1,22 года, так же преобладали женщины-42 (91,7%). Обе сравниваемые группы были также сопоставимы по сопутствующим заболеваниям. Обследуемые обеих групп в зависимости от оценки полученных результатов распределены следующим образом (Таблица 4).

Таблица 4
Отдаленные результаты оперативных вмешательств в сравниваемых группах

Результат операции	Основная группа (п = 64)		Контрольная группа (п =43)	
	Абс. Число	%	абс. Число	%
Хороший	61	95,3	21	49,3
Удовлетворит.	3	4,7	15	34,9
Плохой	-	-	7	16,2

Наибольшее количество хороших исходов лечения у больных основной группы мы выявили у тех, которые были оперированы в экстренном и срочном порядке, 6-72 часов от начала приступа, то есть без каких-либо признаков обострения процесса или при умеренном инфильтративно-воспалительном изменении в зоне шейки и гепатодуоденальной связки.

На операции у таких больных стенка желчного пузыря макроскопически почти не изменена, субсерозное выделение пузыря было не затруднено, отсюда непродолжительная электрокоагуляция дожа желчного пузыря, исключающая развитие инфильтрата с последующим развитием абсцесса.

В основной группе из 64 больных были результаты хорошие-у 61, и только у 3 пациентов имелись удовлетворительные результаты. Из них 2 - отмечали периодически возникающие боли в подложечной области. При ЭГДС у 1 больной выявлена язвенная болезнь 12- перстной кишки (получала противоязвенную терапию с хорошим эффектом).

В контрольной группе все 43 больные без исключения отмечали, что 'чувствуют" послеоперационный рубец, а у 21 из 43 пациентов результаты были хорошие, у-15 больных удовлетворительные, а у 7 больных результаты были плохие. Эти больные отмечали боли в области рубца при прикосновении одеждой, зуд, парастезии, усиление болей при наклоне туловища и даже при резкой перемене атмосферного давления и погоды. При обследовании основной группы нас интересовала судьба больных с сопутствующей патологией, в частности, с панкреатитом (1 пациента). У одной больной имело место обострение панкреатита, но протекало относительно легко, госпитализация не требовалась. Больная в течение 2-х недель находилась на амбулаторном лечении и в последующем приступила к работе, чувствует себя хорошо.

У 64 пациентов, оперированных методикой лифтингового вспоможения, мы не наблюдали каких-либо неблагоприятных последствий со стороны мягких тканей передней брюшной стенки от дополнительного форсированного подъема передней брюшной стенки, поскольку это подъем был кратковре менным. Постоянная ретракция передней брюшной стенки на протяжении всей операции являлась менее травматичной, нежели расширение раны крючками при традиционной холецистэктомии. Объясняется это тем, что давление на ткани брюшной стенки в нашем случае на ограниченной, небольшой площади.

Таким образом, на основании вышеизложенного мы пришли к заключению, что малоинвазивные методики лапароскопической холецистэктомией (ЛХЭ) имеют преимущества перед традиционной холецистэктомией (ТХЭ) и при этом сохраняют радикализм открытой операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бебуришвили А.Г., Махин И.В. Малдоинвазивные технологии в диагностике и лечении осложнений абдоминальной хирургии //Эндоскопическая хирургия, 2006, Т.12, №5, с.25-29

2. Бебуришвили А.Г. Желчная гипертензия и острый холецистит//50 лекций по хирургии /Под ред. В.С. Савельева. М.: Медиа. Медика, 2003, с. 198-206.

3. Бобров О.Е.,Хмелиницкий С.И., Мендель Н.А. Очерки хирургии острого холецистита. М.: Полиум, 2008.

4. Винник Ю.С., Миллер С.В., Мухин С.П. и др. Возможности лапароскопической холецистэктомии при деструктивном холецистите // Эндоскопическая хирургия, 2000,№2, с.17

5. Галлингер Э.И., Карпенкова В.И., Амелина М.А. Результаты лапароскопической холецитэктомии // Эндоскопическая хирургия, 2002, №2, с.25

6. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулутко А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь. М.: Видар, 2000. -165.

7. Давыдов А.А., Баранов Д.В., Крапивин Б.В. Осложнение карбоксиперитонеума во время лапароскопической холецистэктомии и их профилактика // Эндоскопическая хирургии,2000. №2, с.23

8. Евсеев М.А. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста // Хирургия, 2001, № 9, с.30-31.

9. Новиков М. А., Стефашин С.Н. Опыт лапроскопической холецистэктомии в лечении **острого** холецистита. // Эндоскопическая хирургия, 2000, №2, с. 47.

10. Малярчук В.И., Климов А.Е., Русанов В.П. и др. Особенности хирургии калькулезного холецистита у лиц старших возрастных групп с сопутствующей патологией. // Эндоскопическая хирургия, 2002 №2, с. 59

11. Мясников А.Д., Бежин А.И., Бондарев А.А., Пономаренко А.А. Лапароскопическая холецистэктомия в лечении пациентов с острым холециститом. // Эндоскопическая хирургия, 2000, №6, с.20-24.

12. Прудков М.И., Столин А.В., Кармацких А.Ю. Экспресс-диагностика гнойно-деструктивных форм острого калькулезного холецистита//Хирургия. 2005. № 5. С. 32-34

13. Смолина Е.Н., Васильев В.В., Ребров А.А. Выбор тактики лечения острого холецистита у больных с повышением операционным риском // Вестник хирургии, 2009,№4, с.72-76

14. Тотиков В.З., Слепушкин В.Д., Кибизова А.Э. Хирургическая тактика при деструктивном холецистите у больных пожилого и старческого возраста//Хирургия. 2005. № 6. с. 20-23.

15. Шулутко А.М., Прудков М.И. Отдаленные результаты хирургического лечения холецистохоледохолитиаза // Анналы хирургической гепатологии, 2005, Т.№3, с.44-49

SUMMARY

THE RESULTS OF SURGERY TREATMENT OF ACUTE CALCULOSE CHOLECYSTITIS ON PATIENTS WITH HIGH DEGREE OF RISK

Kerimov B.V., Mamedov M.M., Ahmedov B.V.

The prupose of resarch was application of laparoscope operations during lowering intra peritoneum pressure by lifting lacertus on patients with different forms calculose cholecystitis of high degree of risk. There were materials of 107 patients at an age more than 60. They were operated in clinic 2003-2006 years. So that on base of high noting we conclused that the less invasive methods of laparoscope operations about acute calculose cholecystitis is more demang than traditional surgery treatment.

Daxil olub:02.12.2009

POSTNATAL ONTOGENEZDƏ SİDİK KİSƏSİ VƏZİLƏRİNİN REGİONAR SƏCİYYƏSİ

Hüseynova G.A.
Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Sidik kisəsi vəzilərinin struktur - funksional səciyyəsi haqqında dərc olunmüş müəyyən təqiqat işləri ya qısa məlumat xarakteri [12] daşıyır, ya müqayisəli –anatomik aspekdə aparılan elmi işlərin nəticələrinə əsaslanmaqla yanaşı, müasir riyazi hesablamalara deyil, «azdır», «çoxdur», «kiçikdir», «böyükdür» və s. terminlərlə ifadə olunaraq yazılmışdır [13]. Bu deyilənlərlə yanaşı, məlumdur ki, vəzilər həm yerli immunitetdə, həm müxtəlif nozoloji xəstəliklərin patogenezində, həmçinin insan həyatında ciddi fəsadlara gətirib çıxaran adenokarsinom və s. kimi xəstəliklərin inkişafında [2], vəzinin axacağı isə istənilən yad – antigen cisimin - müxtəlif mikroorqanizmlərin, qalxan patogen infeksiya törədicilərinin, həmçinin sidiyin tərkibində olan qopmuş epitel hüceyrələri hissəcikləri və hətta sağlam insanın sidiyinin digər substansiyaların sidik kisəsi boşluğundan onun divarına və daxili mühitə keçirilməsində giriş qapısı kimi həlledici rol oynayır [8]. Çünki, bu substansiyalar bir sıra səbəblərdən (sekretin azalması, onun heteroxton, involyutiv xarakteri və s.) asılı olaraq vəzilərin sekreti ilə heç də tam «yuyulmur» [3].

Yuxarıda qeyd olunanları nəzərə alaraq, belə nəticəyə gəlmək olar ki, postnatal ontogenezin müxtəlif dövrlərində sidik kisəsi vəzilərinin struktur - funksional və regionar səciyyəsinin geniş həcmdə tədqiqatına həm nəzəri, həm də təcrübi baxımdan ehtiyac böyükdür.

Tədqiqatın MƏQSƏDI normada postnatal ontogenezin müxtəlif dövrlərində sidik kisəsinin vəzilərinin struktur – funksional səciyyəsi və morfogenezinin xüsusiyyətlərini oyrənməkdir.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Tədqiqatı yerinə yetirmək məqsədi ilə ölümünün səbəbi uroloji və immun sistem xəstəlikləri olmayan yenidoğulmuşdan başlayaraq qocalıq dövrünə doğru 130 insanın sidik kisəsinin total preparatlarında makro-mikroskopik olaraq (10) metilen abısı ilə boyamaqla vəzi aparatının struktur – funksional səciyyəsi və morfogenezinin əsasları - mikroanatomiyası, mikrotopoqrafiyası, yaş, cinsi, individual və regionar quruluş xüsusiyyətləri öyrənilmişdir. Alınmış nəticələrin morfometrik metodlar vasitəsi ilə orta arifmetrik göstəriciləri, onların səhvləri, variasiya sırası [1]hesablanmışdır.

TƏDQIQATIN NƏTICƏLƏRI VƏ ONLARIN MÜZAKIRƏSI. R.D.Sinelnikov üsulu boyanan vəzilər sidik kisəsinin divarının çəhrayı fonunda tünd qara və ya göy rəngdə olub, proksimal-distal istiqamətdə 5 - 8 vəzidən ibarət fasiləli sıralar üzrə yerləşirlər. Sağ və sol sidik axarı- sidik kisəsi, həmçinin sidik kanalının daxili sfinkteri səviyyəsində isə vəzilər sıra ilə deyil, sıx şəkildə toplanaraq özünə məxsus yığıntılar şəklində görünürlər.. Postnatal ontogenezin bütün mərhələlərində selikli qişanın müvafiq sahələrində vəzilərin sıxlığı sfinkterətrafı sahələrə nisbətən 1,5-1,7 dəfə ($p<0,05$) çoxdur. Çox güman ki, sidik kisəsi divarının əzələ elementlərinin yüksək aktivliyi sayəsində sfinkter sahələri sidik və onun tərkibində olan müxtəlif substansiyalar - « sidik qumu», qopmuş epitel hüceyrələri və s. [4] ilə intensiv təmasda olur. Bu səbəbdən də müvafiq hissələrdə vəzilərin yuxarıda qeyd edilən şəkildə yerləşməsi və onların selik xarakterli sekreti epitel qatının əlavə mühafizəyə olan ehtiyacını təmin edir. Apardığımız tədqiqatın nəticələrinə əsasən, insan sidik kisəsi vəzilərinin makro – mikroskopik struktur xüsusiyyətləri

digər boşluqlu orqanların divarının kiçik vəzilərinə xas olan quruluş ümumiliyinə müvafiqdir [11,9,7,5,6,14]. Vəzilər adətən, bir və ya bir neçə başlanğıc şöbədən ibarət olub, dairəvi, oval, lentşəkilli və s. formalara malikdir.

Cədvəl

Postnatal ontogenezdə sidik kanalının müxtəlif hissələrində fərqli başlanğıc şöbəyə malik vəzilərin faiz miqdarı

Yaş \ vəzilərin başlanğıc şöbələrinin sayı	n	Sidik kisəsinin hissələri, vəzilərin % tərkibi			
		Proksimal hissə	Orta hissə	Distal hissə	Tam orqan
Yenidoğulmuş	11				
-bir başlanğıc şöbə		94,5±0,6 (91-97)	87,9±1,2 (83-94)	81,4±0,4 (77-84)	87,9±1,2 (82-92)
-iki başlanğıc şöbə		4,5±0,3 (3-6)	5,6±0,3 (3-8)	6,9±0,5 (3-8)	5,7±0,3 (4-7)
-üç başlanğıc şöbə		1,0±0,2 (0-2)	3,5±0,3 (2-5)	6,5±0,3 (3-6)	3,7±0,3 (2-5)
-dörd və daha çox başlanğıc şöbə		-	3,0±0,4 (0-4)	5,2±0,5 (2-7)	2,7±0,5 (0-5)
Erkən uşaqlıq	10				
-bir başlanğıc şöbə		84,3±0,6 (81-88)	80,0±0,8 (76-85)	74,7±1,0 (71-82)	79,7±0,7 (74-84)
-iki başlanğıc şöbə		7,6±0,4 (4-12)	8,9±0,6 (6-13)	10,8±0,4 (8-13)	9,1±0,4 (5-13)
-üç başlanğıc şöbə		6,5±0,5 (4-9)	8,0±0,4 (5-11)	10,0±0,5 (7-13)	8,2±0,5 (5-12)
-dörd və daha çox başlanğıc şöbə		1,6±0,3 (0-3)	3,1±0,3 (1-4)	4,5±0,4 (2-6)	3,0±0,4 (0-4)
Yeniyetməlik	12				
-bir başlanğıc şöbə		75,3±1,1 (67-79)	61,2±1,3 (53-67)	56,4±1,6 (45-62)	64,3±1,3 (54-68)
-iki başlanğıc şöbə		12,2±0,7 (7-15)	14,8±0,8 (9-18)	16,2±0,8 (10-19)	14,4±0,7 (9-17)
-üç başlanğıc şöbə		10,3±0,6 (6-13)	12,5±0,7 (7-15)	14,5±0,7 (9-17)	12,4±0,7 (8-16)
-dörd və daha çox başlanğıc şöbə		2,2±0,2 (1-3)	11,5±0,7 (7-15)	12,9±0,6 (8-15)	8,9±0,5 (6-11)
I yetkinlik	12				
-bir başlanğıc şöbə		50,1±1,7	45,3±1,4	32,4±1,3	42,6±1,4
-iki başlanğıc şöbə		(39-59) 24,2±1,1 (18-31)	(34-51) 27,2±1,0 (19-31)	(26-41) 29,0±1,2 (20-34)	(35-52) 26,8±1,0 (20-32)
-üç başlanğıc şöbə		14,8±0,8 (9-18)	15,3±0,8 (10-19)	21,2±0,9 (13-24)	17,1±0,9 (10-21)
-dörd və daha çox başlanğıc şöbə		10,9±0,6 (6-13)	12,2±0,6 (8-15)	17,4±0,7 (13-21)	13,5±0,8 (8-17)
Ahıl dövr	11				
-bir başlanğıc şöbə		65,9±1,7 (55-71)	60,2±1,8 (48-68)	54,4±1,5 (46-60)	60,1±1,8 (49-69)
- iki başlanğıc şöbə		16,3±1,1 (9-20)	20,0±1,7 (11-28)	22,5±0,7 (17-24)	19,6±1,3 (13-27)
-üç başlanğıc şöbə		10,6±0,6 (8-12)	11,7±0,7 (8-15)	17,4±1,1 (9-22)	13,2±0,8 (8-18)
- dörd və daha çox başlanğıc şöbə		7,2±0,4 (4-13)	8,1±0,6 (5-13)	5,7±0,6 (3-8)	7,1±0,4 (4-11)

Qeyd: cədvəldə göstəricilər n (müşahidələrin sayı), X±Sx (orta arifmetrik hesablama) və min-max (fərdi dəyişiklik)şəklində verilmişdir.

Hər bir başlanğıc şöbədən I sıra çıxarıcı axacaqlar başlayır, sonuncuların bir-biri ilə öz aralarında birləşməsindən ümumi çıxarıcı axacaq formalaşır. Ümumi çıxarıcı axacaq S- şəkilli əyrilik əmələ gətirərək selikli qişanın epitel səhifəsinə doğru yönəlir, ya sidik kisəsi büküşləri üzərində, ya da büküşləri arasında dairəvi və yaxud oval formalı yarıqlar şəklində açılır. Bir başlanğıc şöbəyə malik vəzilər (orqanın bütün vəzilərinin 42 -87,9% - i) I sıra çıxarıcı axacaqları onların ümumi axacaqları qəbul olunur

Əldə etdiyimiz nəticələrə əsasən müxtəlif başlanğıc şöbəyə malik vəzilərin %-lə miqdarı yaşdan asılı olaraq nəzərə çarpacaq dərəcədə dəyişir. Başlanğıc şöbəsinin miqdarına görə ən çox müxtəlifliyə malik olan mürəkkəb formalı vəzilər I yetkinlik dövrü üçün daha səciyyəvidir. Belə ki, postnatal ontogenezin bu mərhələsində üç başlanğıc şöbəyə malik olan vəzilərin miqdarı 17,1% təşkil edir ki, bu da yerdə qalan diğər inkişaf mərhələlərindən nəzərə çarpacaq dərəcədə çoxdur. Bu inkişaf dövründə dörd və daha çox başlanğıc şöbəyə malik vəzilərin (ən mürəkkəb formalı vəzilərin) faiz nisbəti isə 13,5% (fərdi olaraq 8% - dən 17% - dək) təşkil edir. Yenidoğulmuşda bu tip vəzilər 2,7% (0% -dən 5% - dək), erkən uşaqlıq dövründə 3% (0%-dən 4%-dək), qocalarda isə I yetkinlik dövrünə nisbətən 1,9 dəfə az olur.

Tədqiqatın nəticələrinə əsasən I yetkinlik dövründə bir başlanğıc şöbəyə malik vəzilərin sayı minimal həddə (42,6%-ə) enir ki, bu da yenidoğulmuşlarla müqayisədə nəzərə çarpacaq dərəcədə - 2,1 dəfə ($p<0,05$), qocalıq yaş dövrü ilə müqayisədə isə 1,4 dəfə ($p<0,05$) azdır.
Əlavə etmək lazımdır ki, yaşdan asılı olmayaraq müxtəlif formalı vəzilərin faizlə miqdarı sidik kisəsi divarı boyunca və ya proksimal -distal istiqamətdə köklü dəyişikliyə uğrayır. Belə ki, postnatal ontogenezin müxtəlif mərhələlərində bir başlanğıc şöbəyə malik vəzilərin faizlə miqdarı sidik kisəsinin yuxarı üçdə bir və ya proksimal hissəsində, aşağı üçdə bir və ya distal hissəsinə nisbətən 1,1-1,5 dəfə ($p<0,05$) çoxdur. Bu göstərici iki başlanğıc şöbəyə malik vəzilərin eyni baximdan müqayisəsi zaman 1,2 -1,4 -ə ($p<0,05$) bərabərdir. Proksimal – distal istiqamətdə, əksinə daha mürəkkəb formalı vəzilərin faiz miqdarı artır (Cədvəl).

Postnatal ontogenezin müxtəlif dövrlərində, sidik kisəsi vəsilərinin makro – mikroskopik tədqiqi zamanı, proksimal – distal istiqamətdə yaşdan asılı olmayaraq sidik kisəsi vəzilərinin sayında artım müşahidə olunur. Eyni zamanda, yaşdan asılı olmayaraq müxtəlif formalı vəzilərin faizlə miqdarı sidik kisəsi divarı boyunca və ya proksimal – distal istiqamətdə nəzərə çarpacaq dərəcədə dəyişikliyə uğrayır, başqa sözlə postnatal ontogenezin müxtəlif mərhələlərində bir başlanğıc şöbəyə malik vəzilərin faizlə miqdarı sidik kisəsinin proksimal hissəsində, distal hissəsinə nisbətən çox olur. Daha mürəkkəb formalı vəzilərin faiz miqdarına gəldikdə isə əksinə, sidik kisəsinin distal hissəsində bu göstəricidə artım müşahidə olunur.

ƏDƏBİYYAT

1. Автандилов Г.Г. Морфометрия в патологии.-М.: Медицина, 2002, 304с.
2. Аль-Шукри С.Х., Ткачук В.Н. Опухоли мочеполовых органов. СПб: Наука, 2000, 310с.
3. Бабкин Б.П. Секреторный механизм пищеварительных желез. Ленинград: Наука, 1960, 777с.
4. Колесников Л.Л. Сфинктерология. М.: Гэотар-медиа, 2008, 452с.
5. Меджидов У.С.М. Макро-микроскопическая анатомия желез стенки общего желчного протока у людей разного возраста // Морфологические ведомости, 2009, Вып.1-2, с.114-115
6. Мирзоева С.Р. Макро-микроскопические особенности строения желез гортани у дете.//Морфологические ведомости, 2009, Вып.1-2, с.117-119
7. Никитюк Д.Б., Сапин М.Р., Меджидов У.С.М. Макро-микроскопическая анатомия и некоторые количественные показатели желез общего желчного протока человека // Морфологические ведомости, 2009, Вып.1-2, с.37-3
8. Разумов А.Н., Пономаренко В.А., Пискунов В.А. Здоровье здорового человека (Основы восстановительной медицины). М.: Медицина, 1996, 413с.
9. Сапин М.Р., Никитюк Д.Б., Шадлинский В.Б., Мовсумов Н.Т. Малые железы пищеварительной и дыхательной систем. М.: Элиста, АПП «Джангар», 2001, 134с.
10. Синельников Р.Д. Метод окраски желез слизистых оболочек и кожи / Мат.к макро-микроскопии вегетат. нервн.системы и кожи. Харьков, 1948, с.401-405
11. Синельников Р.Д. Железы слизистых оболочек пищеварительной и дыхательной систем в норме и эксперименте / Тез. Научно-практич. конф., посвящ. 100-летию курорта Березовск. Мин. Воды. Харьков, 1964, с.68

12. Хэм А., Кормак Д. Гистология. М.: Мир, 1883, Т.4, с.132-152
13. Чугай М.Е. Крипты и железистые образования мочевого пузыря человека и некоторых животных / Мат. к макро-микроскопии вегетативной нервной системы и желез слизистых оболочек и кожи. М.: Медгиз, 1948, с.314-318
14. Scott J., Valentine J.A., Hill C.A. A quantitative histological analysis of the effect of age and sex on human lingual epithelium // J. Biol.buccale., 2007, v.111, N4, p.303-315

SUMMARY

REGIONAL CHARACTERISTICS OF THE URİNARY BLADDER GLANDS IN POSTNATAL ONTOGENESIS

Huseynova G.A.

The aim of the investigation was study of morphological (age and regional characteristics) of urinary bladder glands in postnatal ontogenesis. As object of research were the glands of the urinary bladder from 130 corpses of both sexes at the age from the newborn to the senile. The glands of the human urinary bladder was studied on the total preparations by Sinelnicov' s method. The glands were painted by 0,05% methylene blue solution and were investigated with the application of stereomicroscopic-binocular microscope MBS-9. İn this article very important anatomical scientific information about the human urinary bladder glands, regional changeability, proximo-distal gradient as well as other anatomical facts were established.

Daxil olub:08.12.2009

ПОБОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ ТЕРАПИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО

Исаев И.Г., Кязимов К.И., Аскеров Н.М., Акперов К.С., Зейналов Р.С., Мусаев И.Н., Гасанзаде Д.А.

Национальный центр онкологии, г.Баку

Одной из основных задач современной онкологии и радиологии является изучение реакций и осложнений применяемых методов терапии, в частности, при лечении местнораспространенного немелкоклеточного рака легкого (НМРЛ IIIA-B стадии).

Развитие современных методов химиотерапии (ХТ) и лучевой терапии (ЛТ), а также использование их комбинации в виде химиолучевой терапии (ХЛТ), позволило в последнее время значительно улучшить непосредственные и отдаленные результатов лечения больных с местнораспространенным НМРЛ. Кроме того, большое внимание стало уделяться токсическим проявлениям используемых режимов лечения, учитывая тот факт, что побочные явления, появившиеся во время лечения, сразу после окончания и спустя некоторый промежуток после завершения лечения, напрямую связаны с качеством жизни больных. Изучение этих осложнений имеет важное значение в современной терапии злокачественных опухолей [3,4].

Основной принцип ЛТ заключается в уничтожении опухоли, при условии максимального щажения окружающих ее нормальных органов и тканей. Однако, на практике не всегда представляется возможным подвести к опухоли необходимую суммарную дозу и полностью избежать облучения здоровых тканей, особенно при глубоко расположенных опухолях. В результате облучения нормальных тканей и органов возникают лучевые реакции и осложнения различной степени тяжести [1,2].

При подключении к ЛТ лекарственной противоопухолевой терапии к данным побочным явлениям прибавляются и осложнения ХТ. Так как цитостатики разных семейств имеют разнородные токсические проявления, при их комбинации появляется синергизм. Токсические проявления ХТ тоже разнообразны и иногда приводят к летальным исходам [5].

Изучение побочных проявлений ЛТ, ХТ, а также ХЛТ при лечении больных НМРЛ IIIA стадии послужило целью для проведения нами настоящего исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В исследование включены 164 пациента НМРЛ IIIA стадии, которые по методу лечения были распределены на четыре группы. В первую группу (n=32) входили больные, получавшие 3D конформную ЛТ в пределах 70Гр (68-72Гр). Больные во второй группе (n=34) получали идентичную ЛТ в комбинации с ХТ по схеме Гемцитабин+Цисплатин. Традиционная радиотерапия - 3D конвенциальная ЛТ - проводилась пациентам третьей группы (n=45) до СОД 70 Гр (60-66Гр). В четвертой группе (n=53) больные получали только ХТ комбинацией Цисплатин+Гемцитабин (не менее 4-6

курсов). Следует отметить, что ЛТ у всех больных проводилась в режиме стандартного фракционирования. Во время лечения объем облучения менялся, и поэтому мы его условно поделили на первый (до СОД 40Гр – первичная опухоль + средостение) и второй этап (до СОД 70Гр – только первичная опухоль).

В своей работе, мы использовали следующие критерии для оценки токсических проявлений противоопухолевой терапии - RTOG Acute Radiation Links, RTOG/EORTC Late Radiation Morbidity Scoring Schema, Common Terminology Criteria for Adverse Events v3.0 (CTCAE,2006).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Необходимо отметить то, что развитие реакций ни в одном случае не явилось основанием для отмены планируемого лечения и не привело к летальным последствиям.

Всем пациентам с первого дня лечения проводилась общая симптоматическая терапия. Помимо этого, при обнаружении и для предотвращения острых токсических проявлений лечения, в комплексную терапию включали соответствующую адекватную поддерживающую терапию. В большинстве случаев всем больным назначались антибиотики широкого спектра действия, кортикостероиды, бронхолитики, ингаляции, соответствующая диета, а также дыхательная гимнастика и кислородотерапия.

Все наблюдаемые осложнения в зависимости от времени проявления были классифицированы нами на две большие группы: ранние и поздние побочные явления.

В следующих таблицах представлены ранние побочные явления при проведении терапии больным исследуемых и контрольных групп.

В первую очередь в качестве ранних побочных явлений были рассмотрены ателектаз и пульмонит легкого (таб. 1). Ателектаз в данном случае являлся ранним осложнением ЛТ, а не прогрессированием основного заболевания. Сразу же можно отметить, что данные виды осложнений не отмечались у больных, получавших ХТ.

В группе с 3D конформной ЛТ ателектаз легкого в целом наблюдался у 3(9,4%) больных, из них 1 степень у 2(6,3%), а 2 степень - у 1(3,1%). В группе с ХЛТ больные с ателектазом были выявлены практически в идентичном процентном соотношении с первой исследуемой группой. У больных с 3D конвенциальной ЛТ ателектаз легкого наблюдался немного чаще и в острой форме, по сравнении с исследуемыми группами. Так из 5(11,1%) больных ателектаз 1 степени отмечался в 3(6,7%) случаях, а 2 степени у 2(4,4%) пациентов.

Таблица 1

Ранние побочные явления со стороны легких

Реакции	3D конформная ЛТ (32 больных)	ХЛТ (34 больных)	3D конвенциальная ЛТ (45 больных)	ХТ (53 больных)
Ателектаз:	3 (9,4%)	3 (8,8%)	5 (11,1%)	-
1 степень	2 (6,3%)	2 (5,9%)	3 (6,7%)	-
2 степень	1 (3,1%)	1 (2,9%)	2 (4,4%)	-
Пульмонит:	14 (43,7%)	18 (52,9%)	30 (66,7%)	-
1 степень	9 (28,1%)	12 (35,3%)	14 (31,1%)	-
2 степень	4 (12,5%)	5 (14,7%)	9 (20,0%)	-
3 степень	1 (3,1%)	1 (2,9%)	5 (11,1%)	-
4 степень	-	-	2 (4,4%)	-

Лучевой пульмонит в группе больных, получавших 3D конформную ЛТ, отмечался в 14(43,7%) случаях. Из них 1 степень наблюдалась у 9(28,1%) пациентов, 2 степень - у 4(12,5%) и 3 степень - у 1(3,1%) больного. При ХЛТ из 18(52,9%) больных с пульмонитом, осложнение 1 степени наблюдалось у 12(35,3%) пациентов, второй степени - у 5(14,7%) и 3 степени - у 1(2,9%) пациента. По сравнению с 3D конвенциальной ЛТ лучевой пульмонит 4 степени у больных в 1-й и 2-й группы не наблюдался. Так, у 30(66,7%) больных с пульмонитом, которые получали 3D конвенциальную ЛТ, 1 степень поражения отмечалась в 14(31,1%) случаях, 2 степень - в 9(20,0%), 3 степень - в 5(11,1%) случаях. Пульмонит четвертой степени был диагностирован у 2(4,4%) больных.

Анализируя эти данные, касающиеся ранних побочных явлений со стороны легких у

больных НМРЛ IIIA стадии, становится очевидным, что, благодаря применению конформной методики облучения, можно гораздо удобнее и благополучнее для больных завершить запланированную терапию.

Ранние побочные явления со стороны пищевода (таб. 2) в виде эзофагита у больных НМРЛ IIIA стадии выявлены у 83(50,6%) из 164 пациентов. Следует отметить, что во время ХТ они по сравнению с радиотерапией наблюдались значительно меньше – только у 3(5,7%) из 53 пациентов, при этом отмечалась токсичность 1 степени. В группе с 3D конформной ЛТ эзофагит отмечался у 20(62,5%) больных, при этом первая степень была у 17(53,1%) и вторая степень у 3(9,4%) больных. Во 2-й группе с ХЛТ из 24(70,6%) больных с эзофагитом первая степень отмечалась у 11(32,4%), вторая степень - у 8(23,5%) и третья степень - у 5(14,7%) больных. В третьей группе, где пациенты получали 3D конвенциальную ЛТ, эзофагит отмечался чаще, чем в других исследуемых группах. Так в 80,0% случаях эзофагита первая степень отмечалась в 13(28,9%) случаях, вторая степень в 12(26,7%), третья степень в 9(20,0%) наблюдениях. Кроме того, у 2(4,4%) больных отмечалась дисфагия 4-й степени, что не наблюдалось при конформной лучевой терапии.

При 3D конформной радиотерапии дисфагия отмечалась в 68,8% наблюдения, при ХЛТ- в 79,4%, при 3D конвенциальной ЛТ - в 91,1% и при ХТ – в 13,2% случаях. Мы не наблюдали развития дисфагии 4-й степени в исследуемых группах, кроме 2(4,4%) больных, получавших 3D конвенциальную ЛТ. А у больных, получавших ХТ, даже отсутствовала дисфагия 3-й степени.

Таблица 2

Ранние побочные явления со стороны пищевода

Реакции	3D конформная ЛТ (32 больных)	ХЛТ (34 больных)	3D конвенциальная ЛТ (45 больных)	ХТ (53 больных)
Дисфагия:	22 (68,8%)	27 (79,4%)	41 (91,1%)	7 (13,2%)
1 степень	16 (50,0%)	12 (35,3%)	15 (33,3%)	5 (9,4%)
2 степень	5 (15,6%)	9 (26,5%)	14 (31,1%)	2 (3,8%)
3 степень	1 (3,1%)	6 (17,6%)	10 (22,2%)	-
4 степень	-	-	2 (4,4%)	-
Эзофагит:	20 (62,5%)	24 (70,6%)	36 (80,0%)	3 (5,7%)
1 степень	17 (53,1%)	11 (32,4%)	13 (28,9%)	3 (5,7%)
2 степень	3 (9,4%)	8 (23,5%)	12 (26,7%)	-
3 степень	-	5 (14,7%)	9 (20,0%)	-
4 степень	-	-	2 (4,4%)	-

В то же время дисфагия 1-й степени в группе с 3D конформной ЛТ отмечалась у 16 (50,0%) больных, второй степени у 5(15,6%) и 3-й степени у 1(3,1%) больного. В группе с ХЛТ, первая степень отмечалась у 12(35,3%), вторая степень у 9(26,5%) и третья степень у 6 (17,6%) больных. В 3-й группе где пациентам проводилась 3D конвенциальная ЛТ дисфагии встречались значительно чаще, так первая степень отмечалась в 15(33,3%) случаях, вторая степень в 14(31,1%), а третья степень в 10(22,2%) случаях, соответственно.

Лучевая реакция со стороны кожных покровов выражалась в развитии в полях облучения дерматитов различной степени тяжести. При общем рассмотрении лучевые реакции кожи тяжелой степени развивались значительно чаще после 3D конвенциальной ЛТ (91,1%), чем после 3D конформной ЛТ (65,6%) и ХЛТ (67,7%). В группе с ХТ осложнений со стороны кожи не отмечалось.

Изучение гастроинтестинальных осложнений (таб. 3) показало, что тошнота/рвота, наблюдающаяся при проведении лечения, во всех группах носила умеренный характер и не требовала специальной коррекции. У этих больных, как правило, имела место тошнота, и лишь в редких случаях отмечалась однократная рвота в течение первых суток после введения цисплатина или посередине ЛТ.

Как видно из таблицы тошнота/рвота в большинстве случаев наблюдалась в группе больных, получавших ХТ – 19(35,8%) и ХЛТ - 11(32,4%) случаев. При 3D конформной и 3D конвенциальной ЛТ данное осложнение встречалось реже - 18,8% и 22,2% случаев,

соответственно. В первой группе тошнота/рвота первой степени отмечалась у 4(12,5%), а вторая степень у 2(6,3%) больных. В группе с 3D конвенциальной ЛТ частота была практически идентичной, если не учитывать незначительного увеличения процентного соотношения осложнений 2-й степени. 1-ая степень токсического проявления в виде тошноты/рвоты отмечалась у 12(22,6%) больных, получавших ХТ, и у 6(17,6%) пациентов в группе с ХЛТ, а 2-я степень - у 7 (13,2%) и 5 (14,7%) больных, соответственно.

Еще одним проявлением гастроинтестинальной токсичности был стоматит. В группах больных, которые получали ЛТ, стоматит наблюдался в единичных случаях, и при этом только первой степени. Из 11(20,8%) больных со стоматитом, получавших ХТ, только лишь у 3(5,7%) была отмечена вторая степень осложнения.

Другим проявлением гастроинтестинальной токсичности была диарея. Диарея не носила особенно выраженный характер у больных с ЛТ. Наиболее часто она была характерна для больных с ХТ - 13(24,5%) случаев, из них первая степень у 9(16,9%), а вторая - у 4(7,5%) пациентов. В группе с ХЛТ диарея наблюдалась в 8(23,5%) случаях. В данной группе только лишь в 2(5,9%) случаях отмечалась диарея второй степени, а у 6(17,6%) больных была первая степень.

Таблица 3

Ранние гастроинтестинальные осложнения

Реакции	3D конформная ЛТ (32 больных)	ХЛТ (34 больных)	3D конвенциальная ЛТ (45 больных)	ХТ (53 больных)
Тошнота / рвота:	6 (18,8%)	11 (32,4%)	10 (22,2%)	19 (35,8%)
1 степень	4 (12,5%)	6 (17,6%)	6 (13,3%)	12 (22,6%)
2 степень	2 (6,3%)	5 (14,7%)	4 (8,9%)	7 (13,2%)
Стоматит:	1 (3,1%)	4 (11,8%)	1 (2,2%)	11 (20,8%)
1 степень	1 (3,1%)	4 (11,8%)	1 (2,2%)	8 (15,1%)
2 степень	-	-	-	3 (5,7%)
Диарея:	1 (3,1%)	8 (23,5%)	2 (4,4%)	13 (24,5%)
1 степень	1 (3,1%)	6 (17,6%)	2 (4,4%)	9 (16,9%)
2 степень	-	2 (5,9%)	-	4 (7,5%)

Ранняя кардиотоксичность в виде аритмии, была наиболее характерна для больных с ХЛТ - 4(11,8%) и ХТ - 5(9,4%) случаев. У больных, получавших дистанционную радиотерапию, данный тип токсичности в большинстве случаев был связан с возрастом больных и левосторонней локализацией опухолевого процесса.

Почечная токсичность проявлялась в незначительном повышении концентрации креатинина в сыворотке крови и протеинурии. Протеинурия встречалась у больных, леченных режимами ХЛТ и ХТ – 5(14,7%) и 11(20,8%) случаев, соответственно. Как видно, при ХТ протеинурия регистрировалась чаще и острее по сравнению с ХЛТ. Первая степень протеинурии при ХТ отмечена в 8(15,1%) случаях, а вторая – в 3(5,7%). При использовании ХЛТ протеинурия соответствовала 1-й степени токсичности в 4(11,8%) случаях, 2-ой - при 1(2,9%).

Аналогичным образом, креатинурия наблюдалась только у больных, получавших ХЛТ и ХТ - 6(17,6%) и 12(22,6%) пациентов, соответственно. У больных, которым проводилось ХЛТ, креатинурия регистрировалась достоверно реже, и отмечалась в 5(14,7%) случаях первой и в 1(2,9%) случае второй степени. При ХТ этот вид токсичности соответствовал 1-ой степени токсичности у 9(16,9%) и 2-й - у 3(5,7%) пациентов.

Наиболее частыми гематологическими токсическими проявлениями во всех четырех группах были анемия, нейтропения и тромбоцитопения (табл.4).

Анемия чаще всего имела место в группе больных, получавших ХЛТ и ХТ – 38,2% и 47,2%. При 3D конформной и 3D конвенциальной ЛТ анемия наблюдалась несколько реже и носила умеренно выраженный характер и составила, соответственно 6,3% и 6,7%.

В группе больных с ХЛТ, анемия 4-й степени, по сравнении с больными, получавшими ХТ(5,7%), не наблюдалась. При ХЛТ анемия 1-й степени отмечалась у 7(20,6%), а при ХТ - у

9(16,9%) больных; 2-й степени - у 4(11,8%) и 8(15,1%) пациентов; 3-й степени - у 2(5,9%) и 5(9,4%) пациентов соответственно.

Нейтропения также являлась частым проявлением гематологической токсичности. У всех больных, получавшую только ЛТ, нейтропения носила умеренный характер (степень 1 или 2) и наблюдалась у 18,8%-20,0% больных. Ни в одном случае в группах с 3D конформной и 3D конвенциальной ЛТ нейтропении 3-й и 4-й степени не отмечалось.

При проведении ХЛТ нейтропения имела место у 17(50,0%) больных. Из них в одном случае (2,9%) отмечалась токсичность 4-й степени. Нейтропения 1-й степени наблюдалась у 8(23,5%), 2-й степени - у 5(14,7%) и 3-й степени - у 3(8,8%) пациентов.

Таблица 4

Гематологическая токсичность

Реакции	3D конформная ЛТ (32 больных)	ХЛТ (34 больных)	3D конвенциальная ЛТ (45 больных)	ХТ (53 больных)
Анемия:	2 (6,3%)	13 (38,2%)	3 (6,7%)	25 (47,2%)
1 степень	2 (6,3%)	7 (20,6%)	3 (6,7%)	9 (16,9%)
2 степень	-	4 (11,8%)	-	8 (15,1%)
3 степень	-	2 (5,9%)	-	5 (9,4%)
4 степень	-	-	-	3 (5,7%)
Нейтропения:	6 (18,8%)	17 (50,0%)	9 (20,0%)	34 (64,2%)
1 степень	4 (12,5%)	8 (23,5%)	6 (13,3%)	11 (20,8%)
2 степень	2 (6,3%)	5 (14,7%)	3 (6,7%)	10 (18,9%)
3 степень	-	3 (8,8%)	-	9 (16,9%)
4 степень	-	1 (2,9%)	-	4 (7,5%)
Тромбоцитопения:	2 (6,3%)	9 (26,5%)	4 (8,9%)	18 (34,0%)
1 степень	2 (6,3%)	5 (14,7%)	3 (6,7%)	11 (20,8%)
2 степень	-	3 (8,8%)	1 (2,2%)	6 (11,3%)
3 степень	-	1 (2,9%)	-	1 (1,9%)

Высокие показатели нейтропении оказались у больных, получавших ХТ. В 34(64,2%) случаях в данной группе, отмечалось понижение лейкоцитов. Нейтропения 4-й степени наблюдалась в 4 (7,5%) случаях, а 3-ей - в 9 (16,9%) случаях. Данный тип токсичности 2–3 степени также отмечался чаще по сравнению с ХЛТ.

Другим проявлением гематологической токсичности являлась тромбоцитопения. Необходимо отметить, что 4-ая степень токсичности не зарегистрирована ни в одном случае. Как видно из таблицы 5, тромбоцитопения при 3D конформной ЛТ наблюдалась всего лишь в 2 (6,3%) случаях, и то только 1-й степени. При ХЛТ и ХТ тромбоцитопения 3-ей степени наблюдалась в единичных случаях (2,9% и 1,9%, соответственно). В основном отмечалась 1-ая и 2-ая степень токсичности. Первая степень тромбоцитопении при ХЛТ наблюдалась у 14,7% больных, а при ХТ – у 20,8%, а 2-ая степень у 8,8% и 11,3% пациентов, соответственно.

Подводя итог по всем ранним токсическим проявлениям, наблюдавшимся во время или же сразу после окончания лечения, можно сделать следующий вывод - токсический профиль 3D конформной ЛТ и ХЛТ по частоте и выраженности более благоприятнее по сравнению с идентичными режимами лечения в контрольных группах.

В таблице 5 представлены поздние побочные явления у больных НМРЛ IIIA стадии. Изменения со стороны легкого складывались из пострадиационных осложнений, или же, что встречалось наиболее часто, сочетания последнего с остаточной опухолью. В связи с этим, мы изучали пострадиационные реакции и осложнения после завершения лечения у больных, у которых в результате лечения достигнут объективный клинический эффект (без прогрессирования).

При рассмотрении дерматитов в виде поздних лучевых реакций можно отметить, что 4-я степень данного типа поражения не наблюдалась. При 3D конформной ЛТ частота поздних дерматитов практически не отличалась от конвенциальной радиотерапии, 13,3% и 15,6%, соответственно. Нужно отметить, что данные повреждения кожи наблюдались только в легких формах (1 и 2 степень).

При оценки поздних дерматитов у больных, получавших ХЛТ, можно отметить, что данная картина выглядела иначе. Так, из 13(31,7%) больных с дерматитом в 2(4,9%) случаях было отмечено поражение кожи 3-ей степени. Что касается дерматита 1-й и 2-й степени, то они наблюдались у 7(17,1%) и 4(9,8%) больных, соответственно.

Как известно, пневмофиброз является самым грозным осложнением, действующим на качество жизни больного после ЛТ. В нашем исследовании было выявлено, что, благодаря конформной ЛТ, показатели пневмофиброза по сравнении с традиционной радиотерапией резко снизились.

Таблица 5

Поздние побочные явления лечения у больных НМРЛ IIIA стадии

Реакции	3D конформная ЛТ (30 больных)	ХЛТ (32 больных)	3D конвенциальная ЛТ (41 больных)	ХТ (50 больных)
Дерматит:	4 (13,3%)	5 (15,6%)	13 (31,7%)	-
1 степень	2 (6,7%)	3 (9,4%)	7 (17,1%)	-
2 степень	2 (6,7%)	2 (6,3%)	4 (9,8%)	-
3 степень	-	-	2 (4,9%)	-
Пневмофиброз:	6 (20,0%)	7 (21,9%)	16 (39,0%)	-
1 степень	4 (13,3%)	4 (12,5%)	9 (21,9%)	-
2 степень	2 (6,7%)	3 (9,4%)	5 (12,2%)	-
3 степень	-	-	2 (4,9%)	-
Стеноз пищевода:	5 (16,7%)	7 (21,9%)	11 (26,8%)	-
1 степень	4 (13,3%)	5 (15,6%)	6 (14,6%)	-
2 степень	1 (3,3%)	2 (6,3%)	3 (7,3%)	-
3 степень	-	-	2 (4,9%)	-
Периферическая нейропатия:	-	6 (18,8%)	-	12 (24,0%)
1 степень	-	4 (12,5%)	-	7 (14,0%)
2 степень	-	2 (6,3%)	-	5 (10,0%)

При 3D конформной ЛТ и ХЛТ представленные данные практически идентичны. Так, в данных группах отмечался пневмофиброз легкой и средней степени, соответственно у 6(20,0%) и 7(21,9%) больных. При 3D конформной ЛТ 1-ая степень пневмофиброза отмечалась у 4(13,3%) пациентов, 2-ая степень – у 2(6,7%) больных. Учитывая неотъемлемую роль химиопрепаратов в качестве радиомодификаторов при ХЛТ, пневмофиброз 1-ой степени в данной группе отмечался у 4(12,5%) и 2-ой степени у 3(9,4%) больных, соответственно. Только при 3D конвенциальной ЛТ наблюдался пневмофиброз 3-ей степени в 2(4,9%) случаях. Несмотря на это, в данной группе пневмофиброз легкой и средней степени резко отличалась от исследуемых групп и 1-ая степень пневмофиброза наблюдалась в 9(21,9%) случаях, а 2-ая степень в 5(12,2%) случаях, соответственно.

Анализ этих данных показывает безусловную оптимальность конформной радиотерапии для предотвращения и снижения риска образования пневмофиброзов как в монорежиме, так и в одновременной комбинации с ХТ.

По поводу поздних реакций со стороны пищевода, в этом случае они были диагностированы в виде постлучевого стеноза пищевода. При данном типе поражения, конформная радиотерапия также имела лучшие показатели по сравнении с конвенциальной ЛТ. Стеноз пищевода в группе с 3D конформной ЛТ отмечался у 5(16,7%) больных, а при ХЛТ - у 7(21,9%) больных.

У больных с 3D конвенциальной ЛТ показатели постлучевого стеноза пищевода оказались несколько высокими. Так из 11(26,8%) больных со стенозом пищевода у 2(4,9%) отмечалась 3-ая степень поражения, у 3(7,3%) 2-ая, а у 6(14,6%) 1-ая степень.

Периферическая нейропатия в основном является побочным явлением цитостатиков, и поэтому она не наблюдалась у больных, получавших только ЛТ. При ХЛТ из общего количества больных с клиническим эффектом периферическая нейропатия имело место у 6(18,8%)больных. Из них 1-ая степень выявлена у 4(12,5%) и 2-ая - у 2(6,3%) больных. В

группе больных, получавших только ХТ, эти данные несколько отличались Так, из 12(24,0%) больных с периферической нейропатией 1-ая степень имела место в 7(14,0%) случаях, 2-ая - в 5(10,0%) случаях, соответственно.

При динамическом наблюдении за больными случаев лучевого поражения спинного мозга – лучевой миелит - как в ближайшие, так и в отдаленные сроки после завершения 3D конформной ЛТ и ХЛТ, мы не выявили.

Таким образом, при проведении 3D конформной ЛТ больным НМРЛ IIIA стадии, гораздо реже развиваются лучевые изменения со стороны отдельных тканей и органов по сравнении с 3D конвенциальной ЛТ. Токсические проявления ХЛТ более приемлемы по сравнению с ХТ и не требуют интенсивного медикаментозного лечения. В целом, токсические проявления и их осложнения, развивающиеся в отдаленные сроки после завершения терапии требуют тщательного динамического наблюдения и осуществления комплекса профилактических и лечебных мероприятий, в которых участвуют не только врачи - радиологи и онкологи, но также и другие специалисты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bradley J, Movsas B Radiation pneumonitis and esophagitis in thoracic irradiation// Cancer Treat Res., 2006,v. 128, p.43–64
2. Claude L, Perol D, Ginestet C, et al. A prospective study on radiation pneumonitis following conformal radiation therapy in non-small-cell lung cancer: clinical and dosimetric factors analysis // Radiother Oncol., 2004, v.71, p.175-181
3. Edward C.H., Carlos A.P., Luther W.B. Principles and Practice of Radiation Oncology, fifth edition. Philadelphia, 2008, p. 1089 – 1091
4. Jeremic B. Advances in Radiation Oncology in Lung Cancer/ Springer, 2005, p. 211 – 217
5. Trott, K.R. Chemoradiotherapy interactions and lung toxicity // Ann Oncol, 1999, v.10, p.S77–81

SUMMARY

ADVERSE EVENTS OF THERAPHY OF LOCALLY ADVANCED NSCLC

Isayev I.G., Kazimov K.I., Askerov N.M., Akperov K.S., Zeynalov R.S., Musayev I., Hasanzada J.

At 3D CRT the patients of IIIA stage NSCLC, had less rare adverse events of normal tissues and organs by irradiation in comparison with 3D conventional radiotherapy. Toxic displays of chemo-radiotherapy were most comprehensible in comparison with chemotherapy and rather had not demand intensive medicamental treatment.

Daxil olub:14.01.2010

HESTASİON PİELONEFRİT ZAMANI KOMPLEKS MÜALİCƏDƏ OZON TERAPİYASININ TƏTBİQİNİN EFFEKTİVLİYİ

Kamilova N.İ., Muradova Z.K.
Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Vətən müəlliflərinin verdiyi məlumata görə hamiləliyin tezliyi 12,2%-lə 33,8% arasında tərəddüd edir və artıma dəqiq tendensiya özünü gösətərir [1–4]. Hamiləlik fonunda keçən hestasion pielonefrit çoxlu ağırlaşmalarla xarakterizə olunur, eləcə də perinatal xəstəlik və ölüm göstəriciləri yüksək olaraq qalmaqdadır. Ənənəvi müalicə çox zaman effektiv olmur, hamiləlik zamanı xronik pielonfritin ağırlaşması problemi aradan qaldırılması məsələsi açıq olaraq qalm, hazırda həmçinin bu msələ olaraq qalsaqdadır. Bununla əlaqədar olaraq qalmaqdadır, hamilərlədə pielonefritin profilaktika və müalicəsinin effektivliyinin artırılması rezervinin axtarışı müasir mamalığın qarşısında duran vəzifələrdən biridir. Pielonefrtin törədicisi- əsasən qram- mənfi mikroblardır (stafilokokklar, enterokokklar, proteylər, irinli çöplər). «Yapışmaq» qabiliyyəti bakteriyanın sidiklə yuyulmasını çətinləşdirir. Törədicilər həm də virus, göbələk, mikoplazmalar ola bilər. Son illər əhali arasında allergik xəstəliklərin çoxalması, preparatların antibiotiklərə həssaslığının artması, dərman preparatlaranın bahalaşması ilə əlaqədar olaraq qeyri- medikamentoz müalicə metodları daha da məhşurlaşır.

Alternativ müalicə metodu kimi ozon tarpiyasından istifadə etmək olar. Ozon holland fiziki Mak Van Marum tərəfindən 1785- ci ildə kəşf olunmuşdur. Ozonun klinik praktikada tətbiqi 1896-cı ildə Nikola Tesla tərfindən ilk ozon generatoru yaradıldıqdan, 1898-ci ildə Berlində «Ozonterapiya institutu» yaradıldıqdan sonra mümkün olmuşdur. Sonrakı yüz ildə dünya praktikasında ozon terapiyası cihazı və metodikasının yaradlması ilə bağlı təcrübə toplanmışdır. Üç oksigen atomundan ibarət olan ozon molekulu xüsusi struktura malikdir ki, bu da ozona canlı hüceyrələr birləşməyə böyük aktivlik və yüksək oksidləşmə qabiliyyəti verir. O, öz adını yunanca tərcüməsi «qoxu verən» olan sözdən almışdır. Ozonun tibbi praktikada tətbiqi 1880-ci illərə aiddir. Onun vasitəsilə gec sağalan yaralar, yataq yaraları, ağır yanıqlar işlənir və ağır qanaxmalar saxlanılırdı.

E.Payr, M.M.Wolff ilk dəfə olaraq (1915-1930) bu metodu elmi cəhətdən əsaslandırmışlar. Bir çox alimlər ozon terapiyasının ağ ciyər xəstəlikləri zamanı tənəffüs çatışmazlığı, periferik qan dövranın pozulması, trofik xora, yanıqlarla əlaqədar patoloji vəziyyətlər şəraitində kardiocərrəhiyyə və neyrocərrahiyyədə istifadə oluna bilər. Lakin yeni güclü təsirə malik antibiotiklərin meydana gəlməsi ilə bu metodikaya maraq haqsız olaraq sönmüşdür. Yalnız keçən əsrin 70- ci illərində antibiotiklərin bir sıra hallarda istifadəsinin məqsədəuyğun olmadığı aşkar olunduqdan sonra yenə də ozon terpiyasının müalicəvi xüsusiyyətlərini xatırlamışlar. Onu yenidən beyəlxalq tədqiqatlar proqramına daxil etmişlər. Ozonun təbabətdə yüz ilə qədər uğurla tətbiq olunmasına baxmayaraq onun bioloji təsir mexzanizmi hələ də tədqiq olunmamışdır.

Ozonun praktik tətbiqinin bioloji effektivliyi ilə bağlı məlum və dəyərli amil, onun bakterisid, fenqisid və virusəleyhinə təsiridir. Ozonun təsir zamanı bakteriyaların məhv olmasının birbaşa səbəbi plazmatik membrandan ibarətdir. Plazmatik membran hüceyrənin həyat və çoxalma qabiliyyətinin itirilməsinə sbəb olur. Məhz plazmatik membran ozonun hüceyrəyə əsas təsir hədəfi kimi çıxış edir. Çünki onun oksidləşmə təsiri onlara daxil olan yağlar və zülallara nisbətən maksimal realizə olur. Bundan əlavə ozon mikrob toksikliyini aradan qaldırmaq imkanına malikdir. Ozonun virusosid təsiri virusların inaktivasiyası vasitəsilə, həm də infeksiyalaşmış hüceyrənin peroksidi pis keçirməsi nəticəsində realizə olunur.

Onun hüceyrəyə trofik təsiri də xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Bu da ozonun yarandığı andan ona xas olan enerjinin böyük hissəsini keçirmə xüsusiyyəti qabiliyəti ilə izah olunur. Ozon iltihabi prosesin gedişatına təsir göstərir. O, bir tərəfdən stressin təsirini zəiflədir, digər tərəfdən iltihabi prosesin destruktiv fazasını azaldaraq müdafiə reaksiyasının gedişatını tənzimləyir. Bu da öz növbəsində çapıq yaranma prosesini aradan qaldırır.

Ozon oksigenə nisbətən daha güclü oksidləşdiricidir. Bununla əlaqədar olaraq adi şəraitdə ozon oksigenə inert olan bir çox maddələrə oksidləşdirir. Ozonun bir sıra kimyəvi reaksiyalarının xarakterik məhsulu ozoqoidlərdir ki, onlar C=C əlaqəli ozon reaksiyası zaman yaranır. Bioloji mühitdə zənginləşmiş yağ turşuları ilə ilkin əlaqəli ozon reaksiyası (əsasən ritqliserid ilə) dominant xarakter daşıyır. Bunun nəticəsində ozonun qana təsir etməsilə oksigenin parsial təsiri kəskin artır və hüceyrə daxili və xarici oksidləşmə- bərpa prosesləri sürətlənir. Bu proseslər energetik substratların emalı və utilizasiyası, bioloji aktiv maddələrin (katexolamin, serotonin, histamin və s.) bərpası və sintezi ilə əlaqdardır. Bu zaman periferik qanın immunkompetent hüceyrələrinin aktivliyinin sürətlənməsi qeydə alınır. Prosesə endogen, dezintoksikasiya mexanizmləri daxil olur (oksidləşməmiş məhsulların utilizasiyası, pH bərpası, azot mübadiləsinin son məhsullarının azalması, qaraciyər, böyrəklərin və ağ ciyərin funksiyasının normallaşması).

Ozon terapiyası zamanı orqanizmin iltihabəleyhinə müqavimət sisteminin göstəricilərinin qabarıq aktivləşməsi müşahidə olunur. Ozon- oksidləşmə terapiyası nəticəsində eritrositlərin, «qəpikvari sütunların» yaranması sona yetir. Bu sütunlar eritrosit membranlarının enerjisinin dəyişməsilə şərtlənən arterial tromboemboliyası üçün tipik haldır. Eyni zamanda eritrositlərin formasının elastikliyi və dəyişkənliyi artır ki, bu da oksigenin nəqlini və qanın yapışqanlığını yaxşılaşdırır. Pereksin parçalanmasında iştirak edən qlikoliz və enzimlərin aktivlşəmsi baş verir. Terapevtik dozalar təyin olunarkən enzimlərin aktivlşəmsini nəzərə almaq lazımdır. Bunlar orqanizmdə oksidləşmə reaksiyasına cavab verir və pereksin və ya qalıq oksigenin yenidən emalı zamanı buna eyni dərəcədə degenerativ qalıq

proseslərdən müdafiə funksiyası həvalə olunur. Ozon terapiyası patogenetik effekti ozonun yüksək oksidləşmə- bərpa potensialı ilə şərtlənir ki, bu da ikili təsir mexanizmini təmin edir: birinic- bakteriya, virus və göbələklərə münasibətdə dezinfiksiyaedici aktivlik ilə lokal; ikinci- sistemli plazmanın zülal- yağ kompleksinə və hüceyrə membranına münasibətdə metabolik təsir mexanizmi, bu PO2- in yenidən qurulmasına və bioloji aktiv maddələrin sintezi, immunkompetent hüceyrələrin aktivliyinin sürətlənməsi, reologiyanın və qanın oksigen nəqletmə funksiyasının yaxşılaşmasına səbəb olur.

Nəticədə ozon oksigen metabolzmini və energetik substratların keyfiyyətcə dəyişərək mübadilə proseslərini, orqanizmin hormonal- vegetativ və immun statusunun istiqamətini təyin edir. Orqanizmdə oksidləşmə proseslərinin energetik effekktivliyini artıraraq o, müxtəlif səviyyələrin homeostik reaksiyaların inteqrasiyasına səbəb olur. Bunun nəticəsində orqanizmin özünü tənzimləmə qabiliəyyəti bərpa olunur.

Son on illikdə ozonun terapevtik dozalarının parenteral yeridilməsi (venadaxili, əzələdaxili, oynaqdaxılı, dərialtına) ön plana çıxarılmışdır. Venadaxili veridlmə üçün fizioloji məhluldan və ya xəstənin qanında həll edilmiş ozondan istifadə edilir. Ozonun parenteral yeridilməsi üçün böyük kaskad biokimyəvi proseslərin aktivləşməsi və ya burıxlması baş verir. Bu müdafiə antioksidant sisteminin pozulması və ya bir çox patoloji vəziyyətlərlə özünü göstərir. Parenteral yeridilən ozonun terapevtik dozası mikrosirkulyasiyanı kifayət qədər sürətləndirir, orqan və toxumalarda trofik prosesləri yaxşılaşdırır, qanın reoloji xüsusiyyətlərinə təsir edir, qabarıq immunmolulyator effektə malik olur.

Xronik pielonferitin ozon terapiyası vasitəsilə əsasən iltihabəleyhinə, bakterisid vasitə qismində istifadə olunur. Ozon birbaşa bakteriyalara təsir göbstərərək fosolipidlərin oksidləşməsi nəticəsində onun örtüyünün tamlığını parçalayır, mikrob hüceyrəsinin daxilinə nüfuz edir və bakteriyaların proliferasiyasını pozur. Leykosilər vasitəsilə perekis hidrogen yaradaraq faqositozu stimullaşdırır ki, bunun nəticəstində ya prosesin xronikləşməsi tamamilə baş vermir, ya da az miqdarda baş verir. O, limfosit və monositlərin enerjisini artırır, bununla da xronik pielonefrit zamanı sitokinlərin artmasına və hüceyrə və humoral immunitet pozuntularının normallaşmasına səbəb olur. Digər tərəfdən mikrosirkulyasiyaya təsir göstərərək feto- poasetar sistemi nəzərəçarpacaq şəkildə yaxşılaşdırır. Bir qayda olaraq ozon terapiyası klassik terapiya ilə yanaşı aparılır ki, bu da müalicənin effektivliyini artırır, antibakterial preparata olan tələbatı nəzərəçarpacaq şəkildə azaldır (Е.Б. Семенов, О.В. Фирсов, 1995). Medikamentoz müalicə təsirsiz olduğu halda ozon terapiyası metoduna müraciət olunur. Xəstələrin əksəriyyəti artıq ikinci sutkadan ümumi vəziyyətdə yaxşılaşmasını, zəifliyin azalmasını, dizurik pozuntuların azalmasını hiss edirlər. 4-5 prosedurdan sonra leykosituriyanın və bakteriuriyanın azalması, qan göstəricilərinin normallaşması, helper- supressiv nisbət disbalansının azalması, hisitozun aktivlşəmsi müşahidə olunur.

Hazırki tədqiqat işinin MƏQSƏDİ hestasion pileonefrit zamanı ozonlaşdırılmış iztonik natrium xlorid məhlununu tətbiqinin effektivliyini tətbiq etməkdən ibarətdir.

TƏDQİQATIN MATERİAL VƏ METODLARI. Öz tədqiqatlarmızda biz hestasion pielonefritli hamilələrdə ozon terapiyası fonunda termostabil fosfat qələvisinin, estriol və plasentar laktogenin səviyyəinin artmasında nəzərəçarpacaq dəyişikliklər baş vermişdir ki, bunu cift və hormon emalı funksiyasının biosentik aktivliyinə ozon terapiyasının qabarıq müsbət təsiri sübut edir. Onlarda qan plazmasının antioksidant müdafiəsi sisteminin yaxşılaşması və lipidlərin perekis oksidləşməsi prosesinin azalması qeydə alınmışdır. Standart müalicə sxemi ilə müqayisədə ozon terapiyası bütün qadınlarda həmin xəstəliyin ağırlaşmasının qarşısını almağa imkan verir. Lakin bitkilərdən ibarət uroseptik, adaptagenlər və viitaminlərin qəbul olunduğu yarımqrupda isə xəstəliyin manifestasiyası 32% baş vermişdir. Həmçinin təyin olunmuşdur ki, ikinci yarmıqrup ilə müqayisədə tibbi ozonun istifadə olunduğu qrupda 2,3 dəfə anamiyanın ($p<0,01$), 1,8 dəfə hestozun azalması ($p<0,001$) qeydə alınmışdır. Funksional böyrək çatışmazlığı yalnız ənənəvi profilaktik tədbirlərdən keçən qadınlarda baş vermişdir ki, onların bəzilərində ana- cift-döl sistemində pozuntuların yaranmasına səbəb olan xronik pielonefritin ağırlaşmasının qarşısını almaq mümkün olmamışdır. Ozon terapiyası alan hamilələrdə daha az (1,6 dəfə) doğuş fəaliyyətinin anomiliyası baş vermişdir. Onlarla müqayisədə ənənəvi müalicədən keçən qadınlar daha çox

qəfləti cərrahi əməliyyata tələbat olmuşdur. Çünki onlarda bətndaxili hipoksiya inkişaf etmişdir. Bundar əlavə ozon terapiyası neonatal dövrdə yenidoğlumuşların adaptasion imkanlarını artırmışdır. Bir sözlə, ozon terapiyası müalicənin effektivliyini artırmışdır. Bununla yanaşı tibbi ozondan istifadə edilərkən medikamentoz terapiyanın tətbiqi iki dəfə azalmışdır. Beləliklə, eldə edilmiş nəticələrin interpretasiyası pielonefritli hamilələrin aparılması taktikasına differensasiya olunmuş yanaşmaının vacibiliyi haqqında fikir yürütməyə imkan verir.

ƏDƏBİYYAT

1. Владимирова Н.Ю., Бессмертная Н.Г. Перинатальные исходы на фоне пиелонефрита беременных. Основные направления формирования здоровья человека на Севере / Матер. научн. конф. Красноярск, 1999, с. 44–7

2. Змызгова А.В., Максимов В.А. Клинические аспекты озонотерапии. М., 2003

3. Куликов А.Г. Микроциркуляторные аспекты озонотерапии / IV Всероссийская научно-практическая конференция. Матер. конференции. Н.Новгород. 2000, с.70

4. Масленников О.В., Конторщикова К.Н. Озонотерапия. Внутренние болезни. Нижний Новгород, 2003

5. Недогода В.В., Разваляева О.В., Скворцов В.В. Перспективы применения озонотерапии в гепатологии / Тезисы докладов Всероссийской научной конференции "Новые технологии в медицине". Саратов, 2001, с.190 – 191

6. Недогода В.В., Спасов А.А., Куаме Конан. Гемореологические свойства крови у больных хроническими диффузными заболеваниями печени и их коррекция внутривенным лазерным облучением крови /Новые направления в гепатологии. СПб, 1996, с.272

7. Никольская И.Г., Тареева Т.Г., Микаелян А.В. и др. Пиелонефрит и беременность. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, перинатальные осложнения // Рос. вестн. акушера-гинеколога, 2003, №2, С.34–6

8. Скворцов В.В., Разваляева О.В., Устинова М.Н. Внутривенная озонотерапия (ВОТ) и ее влияние на показатели гемореологии при хронических диффузных заболеваниях печени //Физиотерапевт, 2009, № 8, с.38-41

9. Смирнова И.В. Особенности состояния фетоплацентарной системы при беременности, осложненной пиелонефритом: Автореф. дис. …канд.мед.наук. Ростов н/Д, 2001

10. Ткачук В.Н., Аль-Шукри С.Х., Лукьянов А.Э. Острый гестационный пиелонефрит. // Нефрология, 2000, №4, С.130

SUMMARY

THE EFFECTIVENESS OF OZONE THERAPY APPLICATION DURING HESTASION PIELONEPHRIT

Kamilova N.M., Muradova Z.K.

During research it was elaborated the method of treatment with hestasion pielonephrit. It was included the traditional therapy scheme during this pathology the medicament treatment in lowering dose with one time application of system or combination ozone therapy. The clinical effectiveness of ozone therapy was followed by improving functional condition of pheto- placentar system. During including to complex therapy the ozone therapy was got lowering the adaptation opportunity of infants on neonatal period. Ozone therapy lows the effectiveness of treatment.

Daxil olub:28.01.2010

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЗИТРОМИЦИНА (СУМАМЕД) У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Керимова М.К.

Азербайджанский медицинский университет, гБаку

В нстоящее время проблема часто болеющих детей (ЧБД) становится все более актуальной для педиатрии. Это группа детей, выделяемую при диспансерном наблюдении, характеризующуюся более высоким, чем их сверстники, уровнем заболеваемости острыми респираторными инфекциями. По данным различных исследований, ЧБД составляют в общей популяции детского населения до 75%. Доказано, что у этих детей повторные острые респираторные заболевания склонны к затяжному их течению, развитию осложнений и рецидивированию [9,14]. По нашим исследованиям и по исследованиям других авторов, обнаружено, что у ЧБД рецидивированию заболеваний способствуют персистирующие инфекционные агенты. Из этих инфекционных агентов у ЧБД в значительном проценте случаев выявляются оппортунистические инфекции, как хламидия и микоплазма. Есть убедительные

данные, что как внутриклеточные патогены, хламидия и микоплазма могут персистировать и вызывать патологию респираторного тракта в виде микс-инфекций в ассоциации с другими респираторными патогенами [14].

Как известно, подавляющее большинство ОРЗ, имея вирусную природу, не требует для своего лечения проведения системной антибиотикотерапии. Показаниям системных антибиотиков в настоящее время является только собственно бактериальный воспалительный процесс, что имеет место при следующих ситуациях

1.Развитие бактериального осложнения ОРВИ (гнойного среднего отита, гнойного синусита, ангины, ларингита с явлениями стеноза гортани 2-3 степени, острого гнойного трахеобронхита, бронхита, пневмонии).

2. Бактериальный генез ОРЗ (бета-гемолитический стрептококк, микоплазменная или хламидийная этиология) [9].

По нашему мнению, часто болеющим детям, у которых выявлены хламидия и микоплазма, целесообразно назначать системную антибиотикотерапию.

Для лечения респираторного хламидиоза и микоплазмоза, надо использовать те группы антибиотиков, которые способны проникать внутрь клеток и действовать на внутриклеточные патогены: макролиды, тетрациклины, реже-фторхинолоны и рифампицин.

Поскольку при выборе антибиотика для лечения ребенка необходимо учитывать не только эффективность, но и максимальную безопасность, спектр перечисленных препаратов сужается до группы макролидов [8]. Макролиды [2,12] представляют собой класс антибиотиков, основу химической структуры, которых составляет макроциклическое лактоновое кольцо. В зависимости от числа атомов углерода в кольце макролиды подразделяются на 14-членные (эритромицин, рокситромицин, кларитромицин),15-членные (азитромицин-Сумамед) и 16-членные (мидекамицин, спирамицин, джозамицин).

Макролиды относятся к числу наименее токсичных антибиотиков.Нежелательные реакции в виде нарушения функции желудочно-кишечного тракта, транзиторного повышения активности трансаминаз отмечены, главным образом, при применении эритромицина. Аллергические реакции (сыпь, крапивница) регистрируются крайне редко.

Макролиды относятся к тканевым антибиотикам, так как их концентрации в тканях значительно выше сывороточных.

Ряд уникальных фармакокинетических свойств азитромицина делают его одним из наиболее используемых макролидных антибиотиков на протяжении последних 10 лет [11].

Азитромицин создает наиболее высокие внутриклеточные концентрации. Благодаря этому азитромицин может проявлять бактерицидный эффект в отношении ряда возбудителей, в то время как большинство макролидов обладают лишь бактериостатистическим действием. Установлена способность азитромицина повышать фагоцитов полиморфноядерных лейкоцитов и протитвоинфекционную защиту.

Азитромицин обладает противовоспалительной активностью за счет подавления синтеза и секреции провоспалительных цитокинов (ИЛ-1,ИЛ-6,ИЛ-8, фактора некроза опухоли-α) и усиление секреции противоспалительных цитокинов (ИЛ-2,ИЛ-4,ИЛ-10) [6].

Фармакокинетические особенности макролидов последний поколений позволяют назначать их не более 2-3 раза, а азитромицин-1 раз в сутки, что также выгодно отличает их от эритромицина, который назначается 4 раза в сутки.

Несмотря на рост резистентности возбудителей ко многим группам антибактериальных препаратов, C.pneumoniae и Mycoplasma pneumoniae не имеют клинически значимой резистентности к макролидам.

Большинством авторов признана высокая эффективность и перспективность использования макролидов при лечении внутриклеточных возбудителей, как хламидия и микоплазма [3,8].

Продолжительность лечения респираторного хламидиоза и микоплазмоза макролидами, по данным литературы, варьирует от 1-3 дней до нескольких месяцев. Короткие курсы лечения даже при исчезновении хламидийного и микоплазменного антигенов вряд ли можно признать эффективными, зная об особенностях жизненного цикла этих возбудителей.

Однако длительное непрерывное лечение макролидами на протяжении нескольких месяцев, которое в ряде случаев практикуется при хронических формах, также вызывает возражение из-за проблемы формирования резистентности бактериальных патогенов к антибактериальным препаратам и опсности развития дисбиоценоза в организме [11].

Наиболее распространенными остаются 10-14 дневные курсы для лечения [14].

«Пульс-терапия» азитромицином относится к оригинальным и перспективным методом лечения: Она успешно использована в лечении урогенитального хламидиоза, у новорожденных детей, а также у детей с рецидивирующими и хроническими бронхолегочными болезнями и признаками C. pneumoniae инфекции [5,7,10,15].

При «пульс-терапии азитромицин назначается в дозе 10 мг/кг масса тела 1 раз в день по схеме 1-7-14 день или по схеме 10 мг/кг массы тела 1 раз в день 3 дня подряд в течение 3 недель. Последная схема была использована Esposito S. и соавторами у детей с острыми и повторными респираторными инфекциями в анамнезе [15].

Наш опыт «пульс-терапии» азитромицином (Сумамед) в дозе 10 мг/кг массы тела 1 раз в недели в течение 3 недель при моноинфекции, 2 раза в недели в течение 3 недель при микс-инфекции.

Несмотря на то, что макролиды обладают определенным иммуномодулирующим эффектном, для корррекции иммунологических нарушений у ЧБД мы использовали комбинацию антибактериального (Сумамед) и иммуномодулирующего препаратом (Кипферон). Кипферон кроме иммуномодулирующего эффекта действует на внутриклеточные патогены как, хламидий, микоплазм, риккитсии, токсиплазмы, патогенные грибы. Препарат Кипферон содержит 500000 МЕ ИФНα2 и 60 мг комплексного иммуноглобулинового препарата (КИП). КИП содержит при основных класса иммуноглобулина человека –G,M и A выделенных из плазмы или сыворотки крови человека. Концентрации IgG в КИП достигает 50%, а IgM и IgA- 15-25%. КИП содержит высокоспецифические антитела к широкому спектру вирусов и бактерий, в том числе таких, как герпевирусы, цитомегаловирусы, ротавирусы, хламидии, микоплазм, стафилококки, энтеровирусы и другие патогенные микроорганизмы.

ИФН человеческий рекомбинантный α2 подавляет развитие вирусов, хламидий, микоплазм, риккетсии, токсоплазмы, патогенные грибы [1,6].

Кипферон был назначен в периоде клинической ремиссии ректально, после акта дефекации: детям до 3 лет по 1 суппозиторию в день, от 3-5 лет по 1-2 суппозиторию в день, старше 5 лет- по 2 суппозитории в день в течение 10 дней. Зависимо от иммунологических показателей курс лечения повторился 2-3 раза.

ЦЕЛЬЮ нашего исследования явилась изучения эффективности азитромицина (Сумамед) у часто болеющих детей с респираторными заболеваниями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Под нашим наблюдением находились 54 ЧБД, которых у 25% была обнаружено C. pneumoniae (I группа), а у 12,5 %- Mycoplasma pneumoniae (II группа).Дети были в возрасте от года до 14 лет. Из них 51,8% составили мальчики, 48,2 %-девочки. У 55,5% детей респираторные заболевания сопровождались патологией ЛОР органов (хронический тонзиллит, отит, гайморит, аденоидит). У 80 % детей обнаружено дисбактериоз , а у 11,1% -анемия.

Всем больным детям проводили общеклиническое исследование, рентгенография грудной клетки, биохимический анализ крови, иммунологические анализы - количество CD3,CD4, CD8,CD19 клеток с помошью проточной цитометрии, концентрации цитокинов IL-1β, IL-2,IL-6,IL-8,TNFα- с помошью методом иммунохемилюминисценции, γ-ИФН-с помошью методом IFA, сывороточные IgA, IgM, IgG-по методу G.Manchini, IgE-иммуноферментном анализом. Для выявления хламидии и микоплазмы было использовано ПЦР, также определяли состояние микрофлоры кишечника с помошью бактериологического исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Результаты наших исследований, показали, что Сумамед (азитромиции) у ЧБД значительно улучшает течение респираторных заболеваний,предотвращает рецидивов, в комбинации с иммуномодулятором Кипфероном нормализует показателей иммунной системы (Таблица 1).

Таблица 1
Иммуногенетические показатели ЧБД

Показатели	Здоровые дети№30	I группа (до лечения)№36	I группа (послелечения№36	II группа (до лечения) №18	II группа (после лечения) №18
CD3 (%)	51,0±0,1	33,8±0,3	48,3±0,3	39,3±0,8	49,8±0,2
CD4 (%)	30,2±0,2	17,1±0,4	28,8±0,16	19,8±0,5	29,1±0,27
CD8 (%)	20,8±0,02	16,7±0,2	19,6±0,5	18,8±0,12	20,6±0,1
CD4\CD8	1,4	1,02	1,4	1,05	1,4
CD19 (%)	14,2±0,07	12,8±0,12	13,8±0,2	13,8±0,1	14,6±0,1
IgA (g/l)	0,55±0,05	0,25±0,1	0,51±0,1	0,46±1,1	0,50±0,1
IgG (g/l)	11,46±0,09	9,1±0,03	10,2±0,2	9,3±0,1	10,8±0,05
IgM (g/l)	1,28±0,02	1,48±0,2	1,3±0,1	1,41±0,12	1,3±0,09
IgE (U/ml)	82,0±0,3	167,0±1,2	88,3±0,27	82,1±1,5	82,1±1,5
IL-1β(pg/ml)	41,6±4,13	189,1±7,8	50,2±4,5	163,3±6,4	50,1±3,8
IL-2 (U/ml)	290,0±10,0	115,8±6,3	255,0±5,6	138,3±9,2	265,0±4,5
IL-6 (pg/ml)	7,5±2,3	16,0±2,1	78,0±1,8	15,9±3,7	71,1±2,3
IL-8 (pg/ml)	54,0±1,8	114,1±7,6	55,5±2,3	106,6±5,4	58,3±3,7
TNFγ (pg/ml)	74,0±4,2	200,5±9,2	75,0±3,1	198,3±8,6	77,7±3,6
γ-IFN (pg/ml)	84,6±12,5	37,3±4,5	85,5±4,7	53,3±5,4	85,1±3,8

Таким образом, макролидные антибиотики по–прежнему остаются основными препаратами для лечения внутриклеточных возбудителей, как хламидия и микоплазма, которые большинство случает персистируются у ЧБД и провоцируют рецидивирования заболеваний респираторного тракта.

В комбинации с иммуномодулятором Кипферон азитромиции (Сумамед) дает положительный клинический эффект и положительную динамику иммунологических показателей у ЧБД и предотвращает рецидивов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алешкин В.А., Афанасьев С.С., Калмыков А.А., Денисов А.К. Эффективность иммуномодулирующего препарата Кипферон в комплексной терапии острых пневмоний у детей //Педиатрия, 2007, №3, с.94-98
2. Антибактериальная терапия. Практическое руководство. 2000, с.125-126
3. Исмаилова З.И., Эмкина Э.И., Мавзютков А.Р. и др. Спирамицин в терапии респираторной патологии, ассоциированной с Chlamydia trachomatis и Mycoplasma pneumoniae. // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия, 2000, №2. (приложение 1), с.21-22.
4. Грантов В.М. Хламидиозы. М., 2000, 192 с.
5. Евсюкова И.И., Миничева Т.В., Сабигева А.М., Ковалевская О.В. Опыт использования азитромицина (сумамед) в терапии внутриутробных инфекций у новорожденных //Педиатрия, 1998, №1, с.43-45
6. Кондрашин Ю.И., Денисов А.К. Перспективы использования нового отечественного препарата «Кипферон» суппозитории для ректального или вагинального применения в терапии вирусных и бактериальных инфекций у детей //Педиатрия, 2007, №2, с.83-86
7. Прозоровский С.В., Раковская И.В., Вульфович Ю.В. Медицинская микоплазмология. М.,1995, 287 с.
8. Самсыгина Г.А., Левшин И.В, Бородина Т.М. Функциональная активность нейтрофилов и моноцитов периферической крови при лечении рулидом (рокситромицином) // Russian Journal of Immunology, 1997, № 2(1), с.92-94
9. Самсыгина Г.А. Часто болеющие дети: проблема патогенеза, диагностики и терапии // Педиатрия, 2005, №1, с.67-73.
10. Спичак Т.В., Катосова Л.К., Бобылев В.А., Пономаренко О.А. Первый опыт пульс-терапии азитромицином респираторной хламидинной инфекции у детей // Инфек. болезни, 2004, №4, с.76-79
11. Спичак Т.В., Катосова Л.К. Роль хламидийной инфекции при бронхиальной астме у детей // Педиатрия, 2009, №2, с.19-26
12. Страгунский Л.С., Козлов С.Н. Макролиды в современной клинической практике. Смоленск, 1998, с.303

13. Страчунский Л.С. Эмпирическая антибактериальная терапия внебольничных пневмоний (Обзор зарубежной литературы) // Терапевтический архив, 2001, №3, с.68-73
14. Эюбова А.А., Керимова М.К. Цитокиновый статус,иммунологические показатели и некоторые аспекты инфекционной патологией часто болеющих детей // Аллергия и иммунология, 2006, №3, с.334-335
15. Esposito S.,Bosis S.,Cavagina R. et all. Characteristics of Streptococcus pneumoniae and Atipical Bacterial Infections in Children 2-5 Years of Age With Community – Acquired Pneumoniae // Clinical Infections Diseases, 2002, v.35, p.1345-1352

SUMMARY

EFFECTIVITY OF AZITHROMISIN (SUMAMED) IN CHILDREN FREQUENTLY AILING WITH RESPIRATORY DISEASES

Kerimova M.K.

It is accepted to cary children subject to often respiratory diseases into the group of frequently ailing children (FAC). The aim of our work was to estimation of effectivity macrolides (sumamed) in treatment FAC. With this purpose we examined 54 children frequently ailing with respiratory diseases. Clinical-immunological observations of patients testifity to high effectivity of the macrolides (sumamed) in treatment.

Daxil olub:28.01.2010

BISOPROLOLUN ESSENSIAL HIPERTONIYALI XƏSTƏLƏRDƏ ÜRƏK RITMININ DƏYIŞIKLIYINƏ TƏSIRININ XÜSUSIYYƏTLƏRI

Zulfiqarova A.V., Qəhrəmanova S.M., Baxşəliyev A.B., Məmmədli N.M., Nəsrullayev N.S.
C.Abdullayev ad. Elmi -Tədqiqat Kardiologiya İnstitutu, Bakı

Məlum oldugu kimi hipertoniya xəstəliyinin əmələ gəlməsi və stabilləşməsində vacib əlamətlər sırasında mərkəzi və vegetativ sinir sisteminin (MSS və VSS) irsi və endokrin-metabolik disbalansı durur. Hipertoniya xəstəliyi zamanı arterial hipertenziya beyinin müxtəlif sistemləri arasında güclənmiş və ya tormozlanmış simpatik aktivlik arasında disbalansın davamı olaraq əmələ gəlir. Hal-hazırda vegetativ sinir sisteminin öyrənilməsinin 3 əsas metodu mövcuddur: plazmada katexolaminlərin miqdarının müəyyənləşdirilməsi, baroreseptorların həssaslığının müəyyənləşdirilməsi və ürək ritminin dəyişikliyinin (ÜRD) öyrənilməsi. Bu metodlar arasında ən effektli və qeyri-invaziv VSS-nin həm simpatik, həm də parasimpatik şöbələrinin vəziyyətini qiymətləndirməyə qadir olan ÜRD-nin müəyyənləşdirilməsi metodudur [1,4.

ÜRD ürək ritminin müəyyən ölçülərinin asılı dəyişiklikləridir. ÜRD-nin qiymətləndirilməsi ürək-damar sisteminin müxtəlif xəstəliklərinin bədxassəli gedişinin proqnozlaşdırılmasından yaxşı məlum olan metoddur. ÜRD-nin aşagı düşməsi ürək fəaliyyətinə vegetativ nəzarətin pozulmasını göstərir.

Hal-hazırda ÜRD-nin öyrənilməsi məqsədilə sutka ərzində elektrokardioqrammanın Holter monitorlaşdırılmasından istifadə olunur. Avropa Kardioloqlar İttifaqının və Şimali Amerika İttifaqının işçi qrupunun məsləhəti ilə (1996) razılaşsaq, ÜRD-nin stimulyasiyası və elektrofiziologiyası zaman və spektral metodlarla qiymətləndirilir. Zaman parametrlərinə aiddir: 1.SDNN(standart deviation)-NN intervalının standart dəyişməsi. Variabelliyi bütövlükdə xarakterizə edir. ÜRV-nin cəmini göstərir. 2.SDANN(standart deviation of all mean 5-minute normal sinus intervals over 24 hours)-normal intervalların orta göstəricilərinin standatr dəyişməsi. Ürəyə simpatik təsiri xarakterizə edir. 3.RMSSD(square root of the mean of the sum of the squares of differences between adjacent normal RR intervals)-RR intervalları arasındakı kvadratların orta cəminin kvadrat kökü. Variabelliyin yüksək tezlik (HF) komponentinin qiymətləndirilməsi. Ürəyə parasimpatik təsiri xarakterizə edir. 4.pNN50(persantage of successive intervals differening by more than 50 ms)-müşayiət olunan intervalların faizi 50 ms aşanlar arasındakı fərq. Ürəyə parasimpatik təsiri xarakterizə edir.

ÜRV-nin spektral parametrlərinə aiddir: 1.HF(High Frequency)-yüksək tezlikli diapozon göstəricisi, ms^2 . ÜYS 0,15-0,4 hs tezlikdə dəyişir. Bu diapazonda göstəricilər əsasən tənəffüs hərəkətləri ilə əlaqədardır və ürəyə parasimpatik təsirləri xarakterizə edir. 2.LF(Low Frequency)-aşağı tezlik diapozonu göstəricisi, ms^2. 0,04-0,15 hs -ürəyə simpatik təsirləri göstərir. 3.VLF(Very Low Frequency)-çox aşağı tezlik diapozonu göstəricisi, ms^2, 0,003-0,04 hs -əsasən renin -angiotenzin-aldosteron sistemi, katexolaminlərin plazmada konsentrasiyası , termorequlyasiya sistemi və s. özündə əks etdirir. 4.LF/HF-simpatiko-parasimpatik balansı göstərir. 5.TP-variabelliyi ümümilikdə

xarakterizə edir. Spektrin ümümi göstəricisi, ms^2 . Bu göstərici diapozonu 0,003-0,4 hs. SDNN kimi fizioloji məna daşıyır.Ürək ritminə vegetativ təsirin aktivlik cəmini göstərir [3].

Sakitlik zamanı VSS-nin parasimpatik sahəsinin tonusu üstünlük təşkil edir, ÜRD-i daha çox vaqus təsirlə müəyyənləşdirilir. Sinus düyünündə asetilxolinesterazanın kifayət qədər konsentrasiyası zamanı azan sinirin hər bir impulsunda asetilxolin hüceyrəyə daxil olur, tez inaktivləşir, bu da ÜRD-lə parasimpatik təsirin davamlılıgını göstərir. VSS-nin simpatik sahəsi stress zamanı aktivləşir, bu zaman mediatorların təsiri daha da uzunmüddətli olur.

Bir çox tədqiqatlar göstərmişdir ki, ÜRD göstəriciləri aşagı olan xəstələrdə β-adrenoblokatorlarla müalicə fonunda ÜRD-i göstəriciləri yüksəlir və normaya yaxınlaşır [2]. Lakin β-adrenoblokatorların essensial hipertoniyalı (EH) xəstələrdə ÜRD-nə təsiri tam öyrənilməyib.

Tədqiqatın MƏQSƏDI II dərəcəli EH-lı xəstələrdə bisoprololla müalicə fonunda ÜRD-nin müəyyənləşdirilməsindən ibarətdir.

TƏDQİQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Tədqiqata 40±1,5 yaşda 25 şəxs daxil edilmişdir, bunlar 2 qrupa bölünmüşdür: II dərəcəli EH-lı xəstələr (n=15); Praktik saglam şəxslərdən ibarət nəzarət qrupu (n=10).

Bütün müayinə olunanlara ürək-damar sisteminin klinik-instrumental müayinələri olunmuşdur: 12 standart aparmada EKQ, exokardioqrafiya (ExoKQ), qanın ümumi və biokimyəvi analizi, ÜRD-nin müayinəsilə (zaman və spektral göstəricilər) Holter üsulu ilə elektrokardioqramın sutkalıq monitorlaşması. II dərəcəli EH-lı xəstələrə selektiv βı-adrenoblokator bisoprolol fumarat (Konkor,firma "Nykomed Avstria GmbX") 5-10 mq/sut. dozada təyin edilmişdir. Müalicənin müddəti 1 ay təşkil etmişdir.

Tədqiqata daxil olmayan xəstəliklər: 1.60 yaşdan yuxarı xəstələr; 2.III-IV funksional sinifdən olan gərginlik stenokardiyalı xəstələr; 3.kəskin miokard infarktı; 4.III-IV funksional sinifdən olan ürək çatmamazlıgı olan xəstələr; 5.bədxassəli aritmiyası olan xəstələr; 6. şəkərli diabeti olan xəstələr. Statistik analiz Vilkoksona görə aparılmışdır.

NƏTICƏ VƏ MÜZAKIRƏLƏR. EH-lı xəstələrdə (I qrup) ÜRD göstəricilərinin dəyişməsi cədvəl 1-də göstərilmişdir. Belə ki, nəzarət qrupu ilə müqayisədə II dərəcəli EH-lı xəstələrdə müalicədən əvvəl SDNN (ümumilikdə dəyişikliyi göstərir) 16,42% aşagı olmuşdur (p=0,05).

Cədvəl 1

Bisoprololla müalicə fonunda II dərəcəli EH-lı xəstələrdə müalicədən əvvəl və müalicədən sonra ürək ritminin dəyişiklik xüsusiyyətləri

Göstəricilər	Müalicədən əvvəl (n=15)	Müalicədən sonra (n=15)	Nəzarət qrupu(n=10)
SDNN, ms	117,93±8,584 p=0,05	137,1±2,39 pı<0,05	141,1±2,55
iSDNN, ms	40,73±3,39 p<0,05	51,33±1,3 pı<0,05	57,6±2,84
iSDANN, ms	136,1±9,8	122,1±2,58 pı<0,05	129,6±2,33
rMSSD, ms	22,53±2,13 p<0,05	26,7±1,9 pı<0,05	35,5±2,37
pNN50, %	6,53±1,21	8,79±1,41 pı<0,05	10,349±0,89
LF, ms^2	1072,2±66,5 p<0,05	1025,53±34,29 pı<0,05	1055,1±50,44
HF, ms^2	448±71,48 p<0,05	843,33±35,34 pı<0,05	1016,2±36,8
VLF, ms^2	13569,53±335,96 p<0,05	12953,67±143,36 pı<0,05	13168,5±178,2
TP, ms^2	15089,73±310,91	14822,53±165,91	15239,8±155,63
LF/HF	3,34±0,6 p<0,05	1,3±0,08 pı<0,05	1,07±0,08

P- Müalicədən əvvəl və nəzarət qrupu, Pı- Müalicədən əvvəl və müalicədən sonra

Parasimpatik göstəricilərdən rMSSD-36,54% , HF-55,91% (p<0,05), pNN50-36,9% qeyri dürüst olaraq aşagı olmuşdur.

Simpatik aktivlik göstəricilərindən isə iSDANN-4,78%, LF-1,59% və simpatiko-parasimpatik balansı göstərən LF/HF-67,96% (p<0,05) yüksək olmuşdur. Bu onu göstərir ki, nəzarət qrupu ilə müqayisədə II dərəcəli EH-lı xəstələrdə müalicədən əvvəl vegetativ sinir sisteminin simpatik sahəsinin tonusu yüksək olmuş, parasimpatik sahəsinin tonusu isə aşagı olmuşdur.

Müalicədən sonra II dərəcəli EH-lı xəstələrdə ÜRD-nin müalicədən əvvəlki göstəriciləri ilə müqayisədə dürüst olaraq yaxşılaşma müşahidə olunmuşdur. Belə ki, SDNN-13,98% (pı<0,05)

artmışdır. Parasimpatik göstəricilərdən rMSSD-15,62%, pNN50-25,71%, HF-46,88% dürüst olaraq artmışdır (pı<0,05). Eyni zamanda simpatik göstəricilərdən iSDANN-10,29%, LF-4,4%, LF/HF-61,1% dürüst olaraq azalmışdır (pı<0,05). Beləliklə,ÜRD göstəriciləri (I qrup) müalicədən sonra nəzarət qrupunun göstəricilərinə yaxınlaşmışdır (p>0,05). Məlumdur ki, ÜRD aşagı olduqda sinus ritminin gərginliyi və ürək-damar sistemi xəstəlikləri və ölüm faizi yüksək olur. Ona görə də müasir medikamentoz müalicə ÜRD göstəricilərinin yüksəlməsinə yönəlməlidir.

Beləliklə, II dərəcəli EH-lı xəstələrdə bisoprololla müalicədən sonra ÜRD ümumilikdə artmış, vegetativ sinir sisteminin simpatik sahəsinin tonusu aşagı enmiş, parasimpatik sahəsinin tonusu isə yüksəlmişdir. Bu onu göstərir ki, müalicədən sonra bu kateqoriyalı xəstələrdə β-adrenoblokatorların təsiri nəticəsində müalicədən əvvəlki göstəricilərlə müqayisədə ÜRD göstəricilərinin dürüst olaraq yaxşılaşması müşahidə olunmuşdur.

Nəticə. II dərəcəli EH-lı xəstələrdə ürək ritminin dəyişiklik xüsusiyyətləri aşagı olur. Bu kateqoriyalı xəstələrdə vegetativ sinir sisteminin simpatik sahəsinin tonusu yüksək olmuş, parasimpatik sahəsinin tonusu isə aşagı enmişdir; II dərəcəli EH-lı xəstələrdə β-adrenoblokator bisoprololla müalicə fonunda ÜRD göstəriciləri yaxşılaşmışdır.

ƏDƏBIYYAT.

1. Баевский Р.М., Волков Ю.Н., Нидеккер И.Г. Статистический,корреляционный и спектральный анализ пульса в физиологии и клинике / Математические методы анализа сердечного ритма. М.:Наука, 1968, с.51-61.
2. Зуйков Ю.А.,Явелов И.С.,Аверков О.В. и др. Влияние бета-адренергических блокаторов на вариабельность ритма сердца зависит от частоты сердечных сокращений до лечения // Кардиология, 1998, №6, с30-36
3. Михайлов В.М. Вариабельность ритма сердца.Опыт практического применения Иванова, 2002
4. Рябыкина Г.В., Соболев А.В. Вариабельность ритма сердца. М., 2001

SUMMARY

FEATURES OF INFLUENCE BISOPROLOL ON HEART RHYTHM VARIABILITY AT PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION

Zulfigarova A.V., Gahramanova S.M., Bakhshaliyev A.B., Mamedli N.M., Nasrullayev N.S.

The purpose of research - to study features of change of heart rhythm variability (HRV) at patients with essential hypertension (EH) on a background of treatment beta-adrenoblokator bisoprolol in dozes of 5-10 mg day. In research have come 15 patients with EH II degrees. Group of the control have made practically healthy 10 volunteers comparable to patients on age and a sex. For studying spectral and time parameters HRV was used the method of monitoring of the electrocardiogram on Holter. As a result of research on a background of treatment of patients EH with bisoprolol was observed increase of the general HRV, reduction sympathetic and amplification parasympathetic influences on heart.

Daxil olub:14.01.2010

KLİMAKTERİK SİNDROMUN DİAQNOSTİKASININ MEYARLARI VƏ ALQORİTMİ

İsmayılova M.İ.
Q.Qasımova ad. 1 saylı Doğum evi Bakı

Məlumdur ki, klimakteriya reproduktiv dövrdən qocalığa təbbi bioloji keçid prosesi olub, yumurtalıqların funksiyasının dayanması ilə əlaqədardır. Eyni zamanda yaranan estrogen çatışmazlığı rəngarəng patoloji simptomlar və klimakterik sindromun (KS) baş verməsilə müşayiət olunur [4,6,9].

KS- in diaqnostikası təbabətin nisbətən çətin problemlərinə aiddir. İstisna deyil ki, KS- in klinik mənəzərəsinin bir sıra xəstəliklərlə: şəkərli diabet, hipertonik xəstəlik, hipo- və hipertireoz, eləcə də klimakterik dövrdə yaranan və ya özünü göstərən başqa xəstəliklərə oxşar olması ilə şərtlənir [1,2,5,11].

KS- li xəstələr bir sıra ixtisasdan olan həkimlər tərəfindən kompleks şəkildə müayinə olunmalıdır. Lakin diaqnozun qoyulmasında ilk söz ginekoloqa aiddir, çünki baş verən simptomlar ilk növbədə yumurtalıqların funksiyasının sönməsi ilə əlaqədardır.

Tədqiqatın MƏQSƏDİ KS- diaqnostik meyaralarının və diaqnostika alqoritminin işlənib hazırlanmasından ibarətdir.

TƏDQİQATIN MATERİAL VƏ METODLARI. 35-52 yaşlar arasında klimaterik pozuntuların klinik təzahürləri olan 126 qadın müayinə olunmuşdur. Orta yaş həddi 50,31±7,27 olmuşdur. 23 (18,25±5,05%, P≤0,001) qadında vaxtından əvvəl menopauza qeydə alınmış, 42 (33,33±7,27%, P≤0,001) xəstə permenopauzada, 61 (48,41±6,40%, P≤0,001) xəstə menopauzada olmuşdur. 87 (69,05±4,96%, P≤0,001) qadında yanaşı gedən ekstragenital xəstəliklər vardır ik, onların böyük hissəsini hipertonik xəstəlik (17,46%) və ürək- damar xəstəlikləri (14,28%) təşkil etmişdir. Anada klimaterik sindrom 68 (53,97±6,04%, P≤0,001) qadında qeydə alınmışdır. Müayinə olunan qadınlar qrupunda bədənin orta çəkisi 85,7±2,9 kq, bətən çəkisinin indeksi 28,3±1,6 olmuşdur. 13,49±3,28% (P≤0,001) hallarda allopesiyalar (17) və 24,60±4,73% (P≤0,001) hallarda hirsutizm (31) aşkar edilmişdir. Müayinə olunanlar istilik gəlmədən, titrəmə, yuxusuzluq, baş ağrısı, yüksək tərləmədən və s. şikayətlənmişlər. İstilik gəlmə üzrə KS- in ağırlıq dərəcəsi qiymətləndirilmişdir. İstilik gəlmənin yüngül forması ümumi qənaətbəxş vəziyyətdə 10-dan artıq olmamışdır və 48,41±6,56% (P≤0,001) hallarda xəstələrin əmək qabiliyyəti saxlanılmışdır. 33,34±7,27% (P≤0,001) halda qeyd olunan xəstəliyin orta ağırlıq vəziyəti orta hesabla sutkada 16 istilik gəlmə, ümumi vəziyyət iş nabiliyyətinin pisləşməsi, xüsusilə baş ağrıları, ürək nahiyəsində ağrılar ilə müşahidə olunur. 20,63±5,93% (P≤0,001) hallarda əmək qabiliyyətinin hissə- hissə itirilməsi ilə müşayiət olunan KS- in ağır forması qeydə alınmşıdır.

Nəzarət qrupu fizioloji klimakteriyalı 20 qadından ibarət olmuşdur. Orta yaş həddi 42,3±4,77 təşkil etmişdir.

Standart ginekoloji və nevroloji xəstəliklərlə bağlı müayinlər aşağıdakılardan ibarət olmuşdur: şikayətlər, anamnez, obyektiv müayinə.

Cədvəl 1

Klimakterik sindromun ilkin alqoritmi

Mərhələlər	Xarakteristika
Klinik mənzərə	1. "istilik gəlmə" 2. Qabarıq tərləmə 3. Əsəsən gecə vaxtı baş verən paresteziya, ətrafların keyləşməsi, əllərdə və ayaqlarda «qarışqalar» gəzməsi hissiyyatı, yandırma, iynə batma, naməlum ağrılar. 4. Vestibulyar pozuntular 5. Piylənmə hipotolamik nahiyədə mərkəzin funksional pozuntuların yayılmasının nəticəsi kimi baş verir 6. Diensefal (hipotalamik) krizlər- simpatoadrenalin 7. Neyropsixi pozuntular (qıcıqlanma, ağlama, baş ağrıları, yuxusuzluq, əhval- ruhiyyənin pisləşməsi, depressiya, ipoxondrik əhval-ruhiyyə, yaddaşın pozulması) 8. Sümük kütləsinin azalması tendensiyası 9. Cinsi orqanların atrofiyası və onların trofik pozuntuları.
Diaqnostik meyarlar	Yumurtalıqların həcmi ↓, follikulların sayı ↓, lipidlər, LH, FSH, Ca, QF

Ağırlıq forması istilik gəlmə və Kupermanın inteqral menopauzal indaksi üzrə Y.V.Uvarovanın modifikayasında təyin olunmuşdur [1,3].

Obeyktiv müayinəyə AT-in, bədən çəkisinin indeksi (BÇİ), süd vəzilərinin bimanual müayinəsi, ginekoloji baxış vasitəsilə ölçülməsi aiddir. Kiçik çanaq orqanlarının USM və

ALOKA – SSD 4000 (Yaponiya) cihazında 3,5 Hs tezlikdə konveks ötürücüsündən istifadə olunmaqla aparılmışdır. Endometrin vəziyyətinin qiymətləndirilməsi üçün USM transvaginal olaraq uşaqlıq yolu ötürücüsü ilə aparılır.

Göstəricilərin statistik təhlili «Statistica» kompüter proqramı ilə aparılmışdır. Bu proqram statistik qeyri- parametrik meyarların tətbiqi ilə təşkil olunmuş qrupların müqayisəsini aparmağa imkan verir. Bu paylaşma- dəqiq Fişer metodunun xarakterindən, eləcə də ənənəvi olarqa təbabətdə istifadə olunan göstəricilərin normal paylaşdırılması üçün t-meyarının bioloji tibbi müayinələrindən asılı olmamışdır.

NƏCİTƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ. Xəstələrin yumutlaqlıqların aktivliyinin dəqiqləşdirilməsi, estrogen təsirlərin səviyyəsini təyin edilməsi və istilik gəlmə ilə aybaşı funksiyasının klimakterik dəyişikliklərin baş verməsi arasındakı əlaqələri aşkar etmək üçün xüsusi müayinəyə ehtiyacları vardır. Xəstəliyin gedişatının xüsusiyyətlərini, onun yaranma müddətini, patoloji simptomların səviyyəsini, sosial və psixi statusun, ekstragenital xəstəliklərin mövcudluğunun qarşı- qarşıya qoyulması KS- in forma və ağırlığını təyin etməyə, eləcə də onun proqnozu haqqında fikir yürütməyə imkan verir.

Tərəfimizdən aparılan ginekoloji müayinələr aşağıdakı mərhələlərdən ibarət olmuşdur: ginekoloji baxış→ kiçik çanaq orqanlarının USM-i → uşaqlıq yolundan yaxma→ hanodotropin hormonların (LH, FSH), yağlar mübadiləsinin, türşü- qələvi vəziyyətinin, minerallar mübadiləsinin təyin olunması üçün qanın müayinəsi.

Ümumi klinik müayinənin aparılması üçün AT ölçülmüş, ürəyin tonları dinlənilmiş, süd vəzilərinin palpasiyası və USM-i aparılmışdır. Kiçik çanaq orqanlarının vəziyyəti qiymətləndirilərkən cinsi sistemdə yaş dəyişikliklərinin xarakterinə xüsusi diqqət yetirilmişdir.

Uyğun olaraq ilkin alqoritm klinik mənzərə və diaqnostik meyarlardan ibarətdir (Cədvəl 1). KS- in cədvəl 1- də əsas klinik təzahürləri qabarıqlılığına görə düzülmüşdür. Beləliklə, KS- in təzahürlərinə vazomator, emosional- psixi, urogenital, mübadilə- endokrin və dəri pozuntuları aiddir (Cədvəl 2).

Cədvəl 2
KS- in təzahürləri

Vazomotor pozuntular	Emosional-psixi pozuntular	Endokrin-mübadilə pozuntuları	Urogenital patologiya	Dəri təzahürləri
• istilik gəlmə • tərləmə, • baş ağrıları, • hipo və ya hipertoniya, simpato-adrenalin krizlər, • ürək döyüntüsünün sürətlənməsi • titrəmə, donma, qarışqaların gəzməsi, • yuxunun pozulması	• qıcıqlanma, •yuxuculluq, •zəiflik, • narahatlıq, • depressiya, • yaddaşın pozulması, • fikirin dağınıqlığı, •iştahın pozulması, • libidonun enməsi, • əmək qabiliyyətinin azalması, •emosional qeyri-davamlılıq.	-piylənmə - hirsutizm - əzələ və oynaqlarda ağrılar	• uşaqdıq yolunda quruluq • cinsi cəzbetmənin azalması • uşaqlaq yolundu qaşınma, qıcıqlanma, • uşaqlıq yolundun ifrazat, • sidik ifrazanın sürətlənməsi, • sidiyi saxmaya bilməmək	•dərinin quruluğu, • dırnaqların kövrəkliyi, • saçların tökülməsi, • qırışlar

Aparılan tədqiqatlar və əldə olunmuş nəticələr əsasında, eləcə də digər tədqiqatçıların nəticələri nəzərə alınaraq KS- in diaqnostikasının əsas mərhələləri təyin olunmuşdur (Şək. 1) [7,8,10,12].

Anamnezin toplanması prosesində risk faktorlarının fərdi qiymətləndirilməsi məqsədilə ekspres- soraq kitabçası vasitəsilə anketləşdirmə aparılmış və gələcə müayinələrə göstərişlər müəyyən olunmuşdur. Hipotalamus- hipofizar sistemin disfunksiyasının diaqnostikası, hormonal əvəzedici terapiyanın seçilməsi və monitorinqi üçün qanda LH və FSH təyin

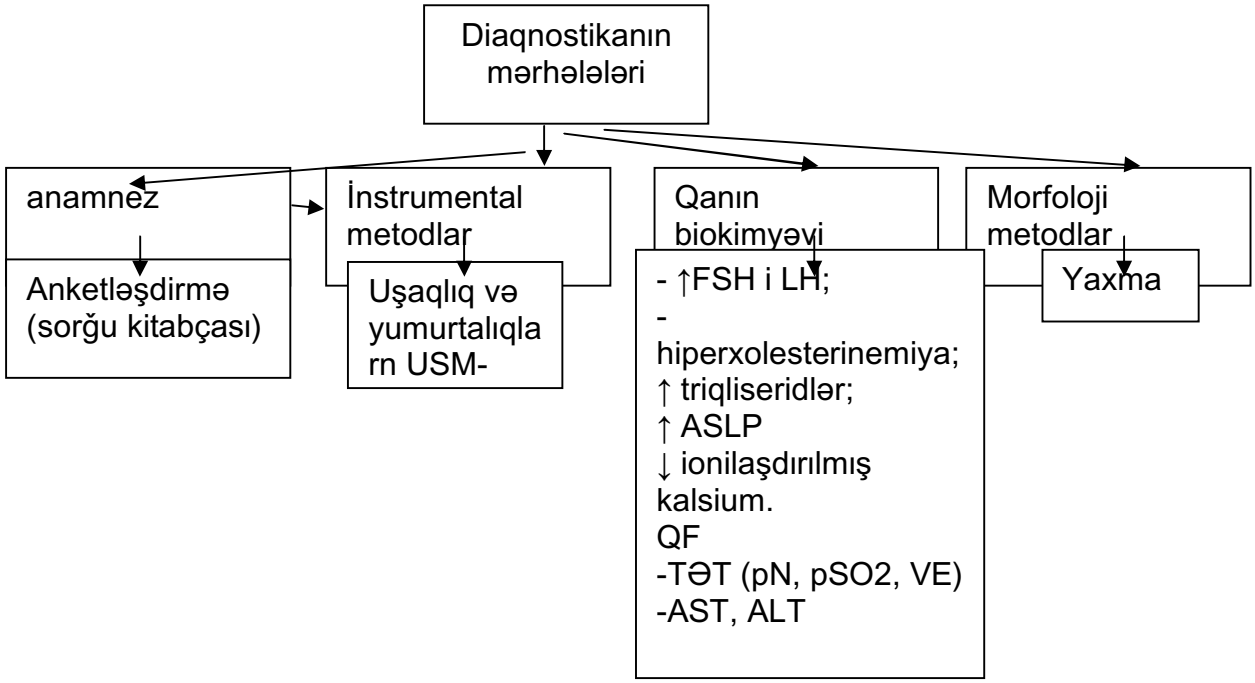
olunmuşdur.

Gec ağırlaşmaların yaranmasına görə risk qrupuna daxil olan qadınların aşkar edilməsi üçün qanın biokimyəvi markerləri, eləcə də lipidoqram, sümük metabolzminin göstəriciləri, TƏT, ALT, AST aşkar edilmişdir.

Beləliklə, KS- li xəstələrin diaqnostikasının alqoritmi aşağıdakılardan ibarətdir: müayinə→ anamnezin öyrənilməsi → FSH, LH-tn təiyn olunması →yumurtalıq və uşaqlığın detallarla xarakteristikasının verilməsi ilə kiçik çanaq üzvlərinin USM-i → qanda yağların təyin olunması → digər biokimyəvi markerlər (ionlaşdırılmış kalsium, QF, TƏT, ALT, AST).

Klimaterik pozuntuları erkən və vazomator olaraq iki yerə ayırmaq olar: istilik gəlmə, titrəmə, yüksək tərləmə, baş ağrıları, hipotoniya və hipertenziya, ürək döyüntüsünün artması, emosional- vegetativ qıcıqlanma, libidonun aşağı enməsi, uşaqlıq yollarında urogenital quruluq, cinsi əlaqə zamanı ağrılar, qaşınma, yandırma, uretral sindrom, sidiyin saxlanmaması, dəri quruluğu, dırnaqların kövrəkliyi, qırışlar, saçların tökülməsi.

Biz hesab edirik ki, müayinə proqramına USM və ya sümük remodelləşməsinin biokimyəvi markerləri, lipidoqram, həyat tərzi ilə bağlı tövsiyələr daxil edilməlidr. Çünki hərəkət aktivlyinin artması, tarazlaşdırılmış pəhriz, pis vərdişlərdən imtina ürək- damar xəstəlikləri və osteoporoz riskinin azalmasına imkan verir.



Şək. 1. Klimakterik sindromun klinik diaqnostikasının əsas mərhələləri

ƏDƏBİYYAT

1. Вихляева Е.М. Климактерический синдром. Руководство по эндокринной гинекологии М.: МИА, 1998, с. 603-650.
2. Каюмова Д.Т. Менопаузальный метаболический синдром: научное издание // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья, 2008, №1, с. 38-41
3. Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е.М. Вихляевой. М.: МИА, 2006, 784 с.
4. Руководство по климактерию / Под ред. В.П. Сметник, В.И. Кулакова. М.: МИА, 2001, 685 с.
5. Сметник В.П. Медицина климактерия, 2006, 847 с.
6. Шмелева С.В. Современный взгляд на профилактику и реабилитацию менопаузальных расстройств // Вестник восстановительной медицины, 2008, №2, с.96-98
7. Blumel J.E., Cruz M.N., Aparicio N.J. Menopausal transition, physiopathology, clinical and treatment // Medicina (B-Aires), 2002, v.62, No1, p.57–65
8. Bouts B.A., Koratamaddi L.P., Prasad M., Grady D. Menopausal Symptoms // N Engl J Med., 2007, v.356, p.1176-1178

9. Dennerstein L., Dudley E.C., Hopper J.L., Guthrie J.R., Burger H.G. A prospective population-based study of menopausal symptoms // Obstet Gynecol., 2000, v.96, p.351-358
10. Grady D. Management of Menopausal Symptoms // The NEJM, 2006, v.355, p. 2338-2347
11. Han-Ming Yang, Mei-Fen liao, Shu-Yuan Zhu, Mei-Nan liao, Rohdewald P. A randomised, double-blind, placebo-controlled trial on the effect of Pycnogenol® on the climacteric syndrome in peri-menopausal women // Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 2007, v.86, N8, p.978-985
12. Harsh M.S. Management of the menopause // Br. Med. Bul., 1992, v.48, p.426-457

SUMMARY
DIAGNOSTIC CRITERIA AND ALGORITHM OF DIAGNOSTIC CLIMACTERIC SYNDROME
M.I.Ismayilova

With purpose of determining diagnostic criteria and elaboration of algorithm of diagnostic KS it was observed 126 women with pathology course of climacteric. The middle age was 50,31±7,27 years. In 18,25±5,05% cases it was noted early menopause, 33,33±7,27% - premenopause, 48,41±6,40% menopause. The combing extra genital pathology was on 69,05±4,96% observing women. CS was determined on 48,41±6,56% ($p \leq 0,001$) cases, middle incompetence 33,34±7,27% ($p \leq 0,001$) and hard form of CS 20,63±5,93% ($p \leq 0,001$). The elaborated algorithm of diagnostic patients with CS is included observation→ studying anamnesis → determining FSG, LG→ USR of genital with detail characteristic uterus → determining of lipids in blood → other biochemical markers.

Daxil olub:28.01.2010

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АУТОАНТИТЕЛОВ КЛАССА IGG РАЗНОЙ СПЕЦИФИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Гаджиева Ф.Р., Шахбазова Н.А.
НИИ Акушерства и Гинекологии МЗ Азербайджанской Республики, г.Баку

Проблема невынашивания беременности занимает одно из первых мест среди важнейших проблем практического акушерства. Частота невынашивания беременности составляет 10-25% общего числа беременностей и этот показатель довольно стабилен, несмотря на использование разнообразных комплексных методов диагностики и лечения [1]. Для того, чтобы лечение по сохранению беременности было эффективным, необходимо знать причины и более глубоко понимать патогенез тех нарушений, которые ведут к прерыванию беременности [2]. Принимая во внимание сложный и полиэтиологичный генез привычной потери беременности, необходимо правильно обследовать и оценить состояние репродуктивной системы женщины. В последние годы получили распространение представления об иммунообусловленном патогенезе невынашивания [2,4].

В 1980-90 гг. были получены экспериментальные подтверждения присутствия в кровотоке здоровых лиц различных по антигенной направленности естественных (физиологических) аутоантител (а-АТ) к гормонам, рецепторам, белкам цитоскелета, многим ферментам, ДНК, компонентам межклеточного матрикса, гистонам, маркерам главного комплекса гистосовместимости и другим эндогенным соединениям[5].

Основная биологическая роль иммунной системы заключается в поддержании постоянства молекулярного состава организма и гомеостатической регуляции самых разных молекулярно-клеточных процессов [6]. С учётом того, что, вероятно, не существует патологических процессов, в которые так или иначе не была бы вовлечена иммунная система, можно полагать, что поиск и изучение иммунологических маркеров при невынашивания может быть весьма перспективным. В этой связи особое внимание привлекают естественные аутоантитела (а-АТ), которые, в отличие от цитокинов, являются стабильными молекулами, содержащимися в крови в относительно высоких концентрациях. Важно, что сывороточное содержание а-АТ одной и той же антигенной специфичности оказывается примерно одинаковым у разных здоровых лиц, однако меняются при развитии множества серьезных болезней, что можно использовать в диагностических и прогностических целях. При этом лабораторным свидетельством наличия патологии является как патологически высокий, так и низкий уровень а – АТ в сыворотке крови. Можно полагать, что анализируя изменения уровней

а-АТ к антигенам (белкам) клеток, тканей и органов, представляющих различные звенья патогенеза невынашивания можно получить клинически важную информацию [6,7,8].

Для одновременной оценки сывороточного содержания многих эмбриотропных аутоантител (а-АТ) применяется иммуноферментный метод ЭЛИ-П – комплекс[8,9]. С его помощью выявляются а-АТ класса İgG, взаимодействующие с хорионическим гонадотропином человека (HCG), двуспиральной ДНК, β2–гликопротеином, Fc- ферментом иммуноглобулинов (ревматоидный фактор), коллагеном, антигенам сперматозоидов SPR-06, белками S100, антигеном тромбоцитов T_2M-0,3, антигеном эндотелия сосудов ANCA, инсулином, тиреоглобулином, и антигеном почек KİM – 0,5 [1,7,9].

Изменения в содержании а-АТ определённой антигенной специфичности является индикатором вполне определённых изменений в организме женщины и должно рассматриваться врачом в качестве «подсказки» для целенаправленного назначения дополнительных, более углубленных специализированных исследований [1].

ЦЕЛЬЮ нашей работы явилась проверка и уточнение ранее высказанных предположений о клинической значимости исследований ряда естественных а-АТ для прогноза течения беременности, а также изучения возможности дифференцирования генеза невынашивания на основе иммунологических показателей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В исследование были включены 52 беременных с диагнозом ОАА (отягощенный акушерский анамнез), привычный выкидыш в сроке гестации от 5-27 нед. Средний возраст пациентов составил 19-41 лет.

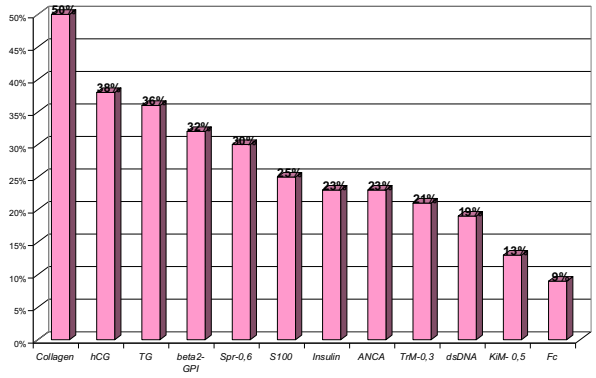


Рис. 1. Диапазон содержания ряда а-АТ обследованных беременных с невынашиванием

У всех беременных с помощью специализированных тест наборов (ЭЛИ- тесты производства МИЦ «Иммункулус», Москва) определяли сывороточное содержание а-АТ класса İgG к хорионическому гонадотропину, к двуспиральной ДНК, к β2 гликопротеину I, к коллагену, к Fc- ферменту (ревмофактор), к инсулину, к тиреоглобулину, к S100 (регулятор процессов аноптоза), к SPR-06 (антиспермальные АТ), к T_2M-0,3 (тромбоциты), к ANCA (кровяные сосуды), к KİM – 0,5 (почки) используя стандартные ИФА-методы.

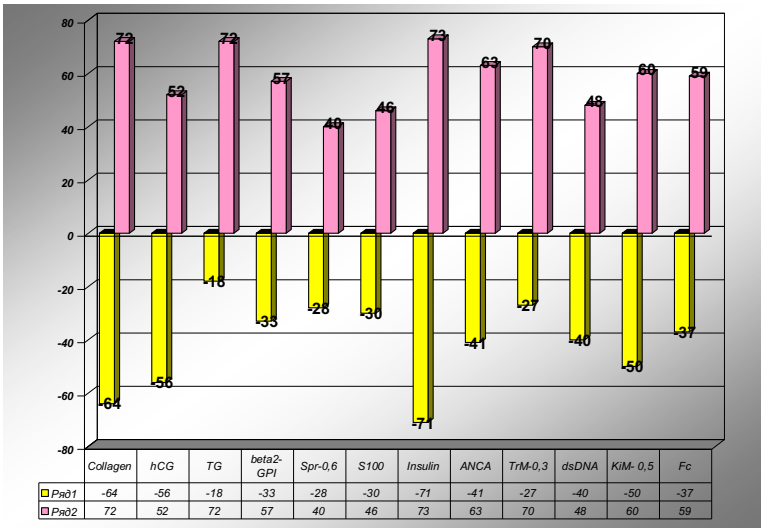
РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. У 50 обследованных беременных (96.2%) были выявлены существенные изменения сывороточного содержания разных а- АТ, а у 2-х беременных (3.8%) содержание всех а-АТ находилось в пределах нормальных значений (Рис.1,2).

У 26-и беременной было выявлены изменения содержания а-АТ к коллагену, у 20-и а-АТ к ХГЧ, у 19-и а-АТ к тиреоглобулину, у 17-и β2-гликопротеину, у 16-и а-АТ к сперматозоидам, у 13 –и а-АТ к S 100, у 12-и а-АТ к инсулину и ANCA, у 11-и а-АТ к TrM-03, у 10-и а-АТ к двуспиральной ДНК, у 7-и а-АТ к KIM-05, у 5-и а-АТ к Fc-фрагменту.

Изменения сывороточного содержания по 3 и более антигенам было выявлено у 34-х беременных, по двум антигенам у 9 беременных. У 7-и беременных изменения сывороточного содержания антител было выявлено только по одному антигену.

Метод ЭЛИ-П комплекс позволяет количественно оценить содержание а-АТ. Оптимум значений среднего индивидуального уровня иммунореактивности находится в диапазоне -20%...+ 10% от среднего уровня реакции контрольной сыворотки с используемыми антигенами.

Как избыток так и недостаток продукции и трансплацентарного поступления таких а-АТ к эмбриону может вести к остановке развития беременности или сопровождаться пороками развития плода. В случаях гиперреактивности средний индивидуальной уровень иммунореактивности исследуемой сыворотки превышает +10%. В случаях гипореактивности средний индивидуальный уровень иммунореактивности исследуемой сыворотки ниже -20%.



	Collagen	hCG	TG	beta2-GPI	Spr-0,6	S100	Insulin	ANCA	TrM-0,3	dsDNA	KiM- 0,5	Fc
Ряд1	-64	-56	-18	-33	-28	-30	-71	-41	-27	-40	-50	-37
Ряд2	72	52	72	57	40	46	73	63	70	48	60	59

Рис. 1. Содержание ряда а-АТ обследованных беременных с невынашиванием

Полученные нами результаты свидетельствуют, что не только патологическое повышение продукции тех или иных а-АТ, но и аномальное снижение могут быть причиной иммунообусловленных нарушений в организме женщины.

ВЫВОДЫ. Определение сывыроточного содержания ряда естественных аутоантител дает возможность доклинического выявления беременных группы высокого риска, что позволяет своевременно начать патогенетическую терапию, направленную на улучшение исхода беременности. В зависимости от разновидностей и уровней а-АТ можно провести дифференциальный диагноз невынашивания, что определяет тактику терапевтических мероприятий и прогноз в отношении дальнейшего ведения беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. М., 2002

2. Демидова Е.М. Патогенез привычного выкидыша. Автореф. дис… док.мед.наук. М., 2003, 35с.

3. Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П. Общая патофизиология. СПб.: ЭЛБИ_СПб, 2001: 443–445.

4. Кирющенко В.К. Тактика ведения женщин с аутосенсибилизацией к ХГЧ: Автореф. дис… дик.мед.наук. М., 2001, 38с.

5. Полетаев А.Б. Клиническая и лабораторная иммунология. 2007

6. Полетаев А.Б. Клиническая и лабораторная иммунология. Избранные лекции. М.: МИА, 2008, с.184

7. Полетаев А.Б. Кузьменко Л.Г. Методы группы ЭЛИ Тест в клинической лабораторной практике. Информационное письмо. М., 2004, 32 с.

8. Тезисы докладов 1-й Моск. международной конференции «Естественный аутоиммунитет в норме и патологии». Под ред. А.Б. Полетаева. М.: МИА, 2005, с.86–88

9. Notkins A.L. New predictors of disease // J. Scientific American., 2007, v.296 (3), p. 54–62

SUMMARY

DIAGNOSTIC AND PROGNOSTIC MEANING OF DETERMINING AUTOANTIBODY OF CLASS IGG OF DIFFERENT SPECIFIC ON WOMEN WITH habitual abortion PREGNANCY

Hajiyeva F.R., Shahbazova N.A.

The purpose of research was examination and уточнение early intended ideas about meaning of research dome natural a-AT for prognosis of pregnancy course and studying the possibility of differential genesis of abortion basing immunology indexes. There were 52 pregnant women with diagnose of hard obstetric anamnesis habitual abortion during hestasion of 5031 weeks. The middle

age was 19-41 years. Getting results showed that not only rising of production of a-AT, but anomaly lower of can be reason of immune base violation in organism of women.

Daxil olub:21.12.2009

ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО СТАТУСА И ИНТЕНСИВНОСТИ ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ИМЕЮЩИХ СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ РЕПРОДУКТИВНЫХ ГЕРПЕТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ

Курбанова С.А., Абасов Э.Ш., Мамедов М.К.
Азербайджанский медицинский университет, Национальный центр онкологии, г.Баку

В настоящее время продолжает активно обсуждаться вопрос о возможной роли разных вирусов в этиопатогенезе ревматоидного артрита (РА). Изучая данный вопрос мы осуществили комплексное серологическое обследование сывороток крови 202 больных РА

на наличие в них серологических маркеров инфицирования вирусами гепатита В (ВГВ), гепатита С (ВГС), простого герпеса (ВПГ), цитомегалии (ЦМВ), Эпштейна-Барр (ВЭБ) и Т-лимфотропными ретровирусами человека [1,7,8].

Судя по результатам этого исследования было сделано заключение о том, что наибольшее распространение среди больных РА имели инфекции, вызванные вирусами семейства Herpesviridae: ВПГ и ВЭБ - серологические маркеры репродуктивных инфекций, вызванных этими вирусами были обнаружены почти у 75% обследованных нами больных РА [11].

Известно, что иммунологические нарушения и, в частности - аутоиммуноагрессивные реакции, играют важную, если не ведущую, роль в патогенезе практически всех хронических заболеваний, этиологически связанных с ВПГ и ВЭБ [13].

С другой стороны, в основе патогенеза этого заболевания лежит комплекс прогрессирующих иммунологических расстройств, формируемых по типу органоспецифической аутоиммунной патологии, а у большинства больных РА отмечаются многочисленные и, как правило, тесно сопряженные и соподчиненные между собой, сдвиги в иммунологическом гомеостазе, обусловленные развитием у них РА [15].

Приняв во внимание эти факты, мы предположили, что в условиях наличия у больных РА репродуктивных инфекций, вызванных указанными выше вирусами, отмечаемые у них иммунологические нарушения могут быть более глубокими и более выраженными, нежели у больных РА, но свободных от названных инфекций. Эти соображения и побудили нас поставить перед собой ЦЕЛЬ - сравнить характер изменения ряда иммунологических показателей у больных РА, у которых были выявлены и не были выявлены серологические маркеры, репродуктивных герпетических инфекций, вызванных ВПГ и ВЭБ, представленные антителами класса IgM к антигенам ВПГ и ВЭБ, соответственно.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Нами были определены те показатели, характер изменения которых хорошо изучен у больных РА и представлен в периодической научной литературе по этим аспектам проблемы РА.

В частности, нами были определены относительное содержание в крови Т-хелперных лимфоцитов с иммунофенотипом CD4+ и Т-супрессорных лимфоцитов с иммунофенотипом CD8+. Содержание в крови этих иммуноцитов определяли с помощью люминисцентной микроскопии мазков крови, обработанных соответствующими моноклональными антителами по известной методике [5].

Процентное содержание в крови естественных киллерных клеток (ЕКК) и активных, в фагоцитарно-метаболическом отношение, нейтрофилов, идентифицированных с помощью теста восстановления нитросинего тетразолия (НСТ) и потому обозначенных как НСТ-позитивные нейтрофилы (НСТ+Н) определяли по известным методикам [14].

В сыворотке крови определяли концентрацию альфа-интерферона (а-ИФН), интерлейкинов 1 и 6 (ИЛ-1 и ИЛ-6), фактора некроза опухоли альфа (ФНО). Эти исследования проводили, используя иммуноферментный метод на основе соответствующих коммерческих диагностических наборов реагентов различных производителей.

Кроме того, для оценки интенсивности иммунопатологических процессов у вовлеченных в это исследование мы определили уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в сыворотоке крови и содержание в них пула аутоантител (Ау-АТ), включавшего антинуклеарные антитела (ANA),

антимитохондриальные антитела (АМА), а также антитела к одноцепочечной ДНК (anti-ssDNA) и антитела к двухцепочечной ДНК (anti-dsDNA). Уровень ЦИК в сыворотке крови определяли седиментационным методом [5], а содержание Ау-АТ - с помощью иммуноферментного метода на основе коммерческих диагностических наборов реагентов.

Полученные результаты математически обрабатывали традиционным методом вариационной статистики с вычислением средней арифметической величины и ее стандартной ошибки.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Учитывая, что под нашим наблюдением находилось неодинаковое число больных РА с различными степенями активности процесса [12], мы сравнили иммунологических показателей лишь у 53 больных РА, имевших серологические маркеры репродуктивных герпетических инфекций (IgM-антитела к ВГА и ВЭБ) и у 30 больных РА, не имевших этих маркеров. Эти больные были отобраны из каждой группы больных простым методом рандомизации (в исследование включался каждый второй пациент в хронологическим списке их госпитализации).

При анализе полученных результатов мы учитывали наиболее типичные для РА изменения (повышение или понижение) этих показателей относительно верхней и нижней границ диапазона их колебаний у нормальных лиц [3]. При этом реально значимым считали изменение этих показателей более, чем на 30% от этих границ. При этом принимали во внимание не абсолютные средние цифровые показатели определенных нами иммунологических показателей, а выраженную в процентах частоту обнаружения их отклонения, т.е. число больных РА, у которых выявлено повышение или понижение этих показателей.

Последний подход позволял легко и более наглядно осуществить сравнение между соответствующими показателями в группах больных РА, имевших и не имевших герпетических инфекций. Результаты проведенного нами сравнения сведены в таблицы 1, 2 и 3.

В таблице 1 представлены результаты определения показателей клеточного иммунитета у больных РА, имевших и не имевших серологических маркеров репродуктивных инфекций, вызванных ВПГ и ВЭБ.

Таблица 1

Частота обнаружения изменений показателей клеточного иммунитета у больных РА, имевших и не имевших маркеры репродуктивных герпесивирусных инфекций

Маркеры инфицирования	Число больных	Снижение Т-х (CD4)	Повышение Т-с (CD8)	Повышение ЕКК	Повышение НСТ+Н
Только ВПГ	19	36,8%	84,2%	36,8%	31,6%
Только ВЭБ	14	50,0%	85,7%	57,1%	42,9%
ВПГ и ВЭБ	20	80,0%	100%	65,0%	45,0%
Инфицированные	53	56,6+6,8%	90,6+4,0%	52,8+6,8%	39,6+6,7%
Не выявлены	30	33,3+8,6%	63,3+8,8%	30,0+8,3%	26,7+8,0%

Сравнивая величину определенных нами показателей клеточного звена иммунологической реактивности в группе больных РА, у которых имелись репродуктивные герпетические инфекции и в группе больных РА, у которых все эти инфекции отсутствовали, можно увидеть, что существенное (статистически устойчивое) различие между этими показателями имелось в отношение содердания в крови Т-х, Т-с и ЕКК ($p<0,05$) и отсутствовало в отношение НСТ-позитивных нейтрофилов.

Таблица 2

Частота обнаружения изменений концентраций цитокинов у больных РА, имевших и не имевших маркеры репродуктивных герпесивирусных инфекций

Маркеры инфицирования вирусами	Число больных РА	Снижение уровня а-ИФН	Повышение:		
			ИЛ-1	ИЛ-6	ФНО
Только ВПГ	19	47,4%	52,6%	68,4%	52,6%
Только ВЭБ	14	50,0%	50,0%	78,6%	57,1%
ВПГ и ВЭБ	20	60,0%	70,0%	95,0%	75,0%
Инфицированные	53	52,8+7,3%	58,5+6,8%	81,1+5,4%	62,3+6,7%
Не выявлены	30	36,7+8,8%	26,7+8,0%	50,0+9,1%	43,3+9,0%

Это позволило полагать, что наличие репродуктивных герпетических инфекций у больных РА оказывало обнаруживаемое иммунотропное действие на показатели, отражавшие функциональное состояние антиген-зависимого иммунитета и звено неспецифической иммунологически обусловленной резистентности, связанное с ЕКК [9].

В таблице 2 представлены результаты определения концентраций цитокинов в крови больных РА, имевших и не имевших серологических маркеров инфицирования ВПГ и ВЭБ.

Сравнивая величину определенных нами уровней цитокинов в общей группе инфицированных ВПГ и ВЭБ больных РА и в группе больных РА, у которых все эти инфекции отсутствовали, можно увидеть, что статистически устойчивое различие имелось только в отношение уровней ИЛ-1 и ИЛ-6 ($p<0,05$). Средние уровни а-ИФН и ФНО в крови у больных РА, имевших и не имевших в крови серологических маркеров репродуктивных герпесивирусных инфекций достоверного различия между собой.

Опираясь на приведенные выше результаты наших исследований можно было сделать вывод о том, что наличия в крови у больных РА серологических маркеров репродуктивных герпетических инфекций влияло, по крайней мере, на уровни ИЛ-1 и ИЛ-6 [10].

Необходимо отметить, что у значительной части больных РА, не имевших маркеров вирусных инфекций, по сравнению со здоровыми взрослыми лицами, выявилось снижение уровня а-ИФН и повышение ИЛ-1, ИЛ-6 и ФНО, что хорошо согласовывалось с картиной изменений этих показателей, ранее определенной другими исследователями и отражала весьма существенную особенность патогенеза РА.

В таблице 3 представлены результаты определения в сыворотке крови уровня ЦИК и ауто-АТ у больных РА, имевших и не имевших серологических маркеров инфицирования ВПГ и ВЭБ.

Таблица 3

Частота обнаружения изменений уровней ЦИК и аутоантител в крови больных РА, имевших и не имевших серологических маркеры репродуктивных герпесивирусных инфекций

Маркеры инфицирования	Число больных	Повышение ЦИК	Выявление Ауто-АТ
Только ВПГ	19	94,7%	89,5%
Только ВЭБ	14	92,9%	92,9%
ВПГ и ВЭБ	20	100%	100%
Инфицированные	53	96,2+2,6%	94,3+3,2%
Не выявлены	30	76,7+7,7%	70,0+8,4%

Судя по цифровым показателем, представленным в таблице 3, у больных РА, имевших в крови маркеры инфицирования обоими герпетическими вирусами уровни как ЦИК, так и аутоантител оказались выше аналогичных показателей у больных РА, не имевших названных серологических маркеров, причем различие между этими группами больных РА в отношение указанных показателей отличалось статистически устойчивым характером в интервале $p<0,05$.

Эти факты позволили прийти к заключению том, что показатели интенсивности иммунопатологических процессов, протекавших в организме больных РА, имевших серологические маркеры репродуктивных герпетических инфекций статистически устойчиво превосходили аналогичные показатели у больных РА, не имевших этих маркеров.

Таким образом, взяв за основу приведенные выше результаты наших иммунологических исследований, мы пришли к выводу о том, что наличие в крови у больных РА серологических маркеров репродуктивных герпетических инфекций влияло на некоторые из определенных нами иммунологических показателей в форме увеличения частоты выявления их изменений у инфицированных герпетическими вирусами больных по сравнению с больными, у которых эти инфекции не выявились. Это означает, что у сдвиги в иммунологическом гомеостазе у больных РА, у которых развиваются репродуктивные инфекции, вызванные ВПГ и ВЭБ действительно отличаются более выраженным характером, а процессы дезинтеграции функций иммунной системы и их переориентации на иммунопатологический путь протекают интенсивнее, чем у больных РА, свободных от названных инфекций.

К этому заключению мы пришли не только исходя из полученных нами результатов, но и по мнению ведущих специалистов о том, что в патогенезе РА сосуществуют две тесно взаимосвязанные составляющие: изменения в цитокиновом "каскад"е и нарушение гуморального иммунитета. Первая из них представляет собой цепочку иммуновоспалительных реакций, провоцирующих очередное обострение патологического процесса который поддерживается путем присоединения разветвленной системы клеточных и гуморальных факторов иммунитета со взаимостимулирующими эффектами [2].

В реализации цитокинового каскада ведущая роль принадлежит макрофагам, Т-лимфоцитам, эндотелию микрососудов и активированным клеткам соединительной ткани, которые становятся источником целого ряда провоспалительных цитокинов: ФНО, ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-12 с постепенным смещением в их пользу баланса с противовоспалительными факторами как регионального, так и неместного происхождения. Это стимулирует ангио- и десмогеназ с новообразованием грануляционной ткани, экспрессию металлопротеаз и простагландинов, в том числе циклооксигеназ, повышает адгезивность сосудистой стенки, и в то же время способствует хемотаксису макрофагов, активирует нейтрофилы [4].

Усиление же оксидативных процессов и внеклеточного катаболизма, накопление гликозаминогликанов и металлопротеаз приводит к явлениям мукоидного отека и фибриноидного набухания, усилению генотоксического влияния на синовиалоциты, а в крови – к освобождению факторов комплемента. Объединение цитокинового каскада с нарушениями гуморального иммунитета усугубляет патологические изменения в соединительной ткани суставов и способствует их хронизации [2].

И именно с учетом этих особенностей патогенеза, в настоящее время РА рассматривается как хроническое системное иммуновоспалительное поражение соединительной ткани, течение которого определяется чередованием различных по степени тяжести обострений и более или менее длительных периодов ремиссии. При этом патологический процесс, продолжающийся и во время ремисси и улучшения клинической картины, постепенно формирует основу для очередного перехода фазы относительной компенсации в декомпенсированное состояние, развивающееся при несвоевременном или недостаточно эффективном лечении [11].

Наличие же в организме больных РА репродуктивных инфекций, вызванных герпетическими вирусами, обладающие выраженной "проиммунопатологической" активностью [1,12], наверняка, так или иначе, может, по крайней мере, усиливать иммунопатологический фон, на котором предиспозиция организма в отношение РА усилится, а течение развившегося заболевания отягощается и ускоряется.

В заключение же необходимо подчеркнуть, что полученные нами и приведенные выше результаты иммунологических исследований должны рассматриваться только как предварительные и нуждаются в подтверждениях, полученных при более детальном иммунологическом обследовании более репрезентативных по численности и составу группах больных РА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аббасов Э.Ш., Курбанова С.А., Мамедов М.К. Серологические маркеры инфицирования трансфузионных гепатитов у больных ревматоидным артритом.// Биомедицина, 2007, №3, с.33-34

2. Гавриш А.С., Киндзерская О.Л., Клубова Г.Ф. Тканевые и клеточные признаки клинически рецидивирующего ревматодиного артрита // Украинский ревматологический Ж., 2004, №3, с.12-16

3. Кадырова А.А., Кабулов Г.Г., Мамедов М.К., Ахундова Д.М., Дадашева А.Э., Гулиева А.А. Показатели неспецифической иммунологически обусловленной резистентности у здоровых жителей г.Баку. // Экоэнергетика (Баку), 2004, №1, с.24-27

4. Коваленко В.Н,, Гавриш А.С., Гавриленко Т.И. и др. Клеточные и гуморальные факторы рецидивирующего течения ревматоидного артрита.// Украинский ревматологический Ж., 2007, №1, с.47-54

5. Кондратьева И.А., Ярилин А.А., Егорова С.Г. и др. Практикум по иммунологии. М.: Academia, 2004, 272 с.

6. Курбанова С.А. Ревматоидный артрит - вирусассоциированное заболевание? // Современные достижения азербайджанской медицины, 2006, №2, с.52-54

7. Курбанова С.А., Мамедов М.К. Серологические маркеры вирусных инфекций у больных ревматоидным артритом. // Georgian Medical News, 2009, №1, с.65-67.

8. Курбанова С.С., Мамедов М.К. Антитела к антигенам различных онкогенных вирусов у больных ревматоидным артритом. // Азерб. Ж. онкологии, 2009, №2, с.83-85

9. Курбанова С.М., Мамедов М.К. Субпопуляции лимфоцитов и аутоантитела у больных ревматоидным артритом и репродуктивными герпесвирусными инфекциями.// Биомедицина, 2009, №4, с.18-20

10. Курбанова С.М., Мамедов М.К. Уровни цитокинов в крови у больных ревматоидным артритом, и мевших и не имевших серологические маркеры репродуктивных герпетических инфекций. // Биомедицина, 2010, №.1, с.9-12

11. Курбанова С.А., Аббасов Э.Ш., Мамедов М.К. Серологические маркеры репликативных герпесвирусных инфекций у больных ревматоидным артритом.// Современ. достижения азерб. медицины, 2008, №1, с.156-159

12. Курбанова С.А., Абасов Э.Ш., Мамедов М.К. Клиническая активность ревматоидного артрита и репликативные герпетические инфекции. // Биомедицина, 2008, N.1, с.53-54

13. Мамедов М.К., Курбанова С.А. О роли вирусных инфекций в этиопатогенезе ревматоидного артрита. // Современные достижения азербайджанской медицины, 2008, №2, с.174-181;

14. Мамедов М.К., Гиясбейли С.Р., Кадырова А.А. и др. Комплекс лабораторных методов оценки состояния неспецифической иммунологической резистентности для использования в профилактических наблюдениях и клинико-экспериментальных исследованиях. Методические рекомендации. Баку, 2005, 17 с.;

15. Насонов Е.Л. Ревматоидный артрит как общемедицинская проблема // Тер.архив, 2004, №5, с.5-7.

SUMMARY

PARAMETERS OF IMMUNE STATUS AND INTENSIVITY OF IMMUNOPATHOLOGIC PROCESSES AT RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS WITH SEROLOGIC MARKERS OF REPRODUCTIVE HERESVIRAL INFECTIONS

Kourbanova S., Abasov E., Mamedov M.

The authors have compared results of quantitation of immunocytes (lymphocytes, natural killer cells, active neutrophils) and levels of cytokins (interferon alpha, interleukin 1,interleukin 6 and tumor necrosis factor) in the blood serums of rheumatoid arthritis (RA) patients who had IgM antibodies against antigens of Herpes simplex and Epstain-Barr viruses.

It was demonstrated that in RA patients with markers of reproductive viral infections in comparing RA patients without these markers above mentioned immunologic parameters changed. It was suggested that such changes may be connected with reproductive herpetic viral infections at RA patients.

Daxil olub:09.12.2009

QADINLARIN YAŞAYIŞ ŞƏRAİTİNİN (AİLƏNİN) VƏ REPRODUKTİV POTENSİALIN BİR-BİRİLƏ QARŞILIQLI ƏLAQƏSİ

Həmzəyev M.A.
Bakı, Respublika perinatal mərkəzi

Qadınların reproduktiv sağlamlığı təkcə tam fiziki və əqli uyğunluq, xəstəliklərin və reproduktiv pozğunluqların olmaması deyildir, həm də sosial rifahdır. Nəzərə alaq ki, qadınların böyük əksəriyyəti artıq erkən reproduktiv yaşda öz reproduktiv potensialını yerinə yetirməyə can atır və bu məqsədlə ailə yaradır. Ona görə də, ailə qadınların yaşama mühiti olur və onun sosial rifahının, reproduktiv sağlamlığın saxlanması və reproduktiv potensialın realizasiyası üçün özülə çevrilir. Ailədə sosial-iqtisadi və psixi-emosional vəziyyət nə qədər əlverişlidirsə, əhalinin artımı da bir o qədər effektiv gedir və demoqrafik problemlər həll olunur [10,3,1,14,12].

Qadınların reproduktiv sağlamlığının zəifləməsi və bununla birgə bir çox ölkələrdə demoqrafik proseslərin ləngiməsi ilə bağlı ailədə - qadınların yaşama mühitində və onun reproduktiv potensialının realizasiyasında meydana çıxan problemlər tədqiqatçıların diqqətini cəlb etməyə başlamışdır. Hamiləliyin baş verməsinin və onun əlverişli nəticəsinin «ailə» sosial amillərdən [5], qadının ailədə təmin olunan həyat keyfiyyətindən [4,13], onlara həm ətraf mühit amillərinin, həm də sosial-gigiyenik amillərin təsirindən birbaşa asılılığı göstərilmişdir [9,6]. Normal mənzil, qənaətbəxş maddi durum, ailədə isti münasibətlər qadınların reproduktiv potensialının realizasiyası üzrə əsas ilkin şərtləri təyin edir [2,7]. Ailədə qadının reproduktiv davranışı, məsələn mənzildə təmizliyin saxlanması və şəxsi gigiyenanın

gözlənilməsi, kontraseptivlərdən düzgün istifadə, seksual mədəniyyət, hamiləliyin planlaşdırılması və s. da az əhəmiyyət daşımır, həmçinin ərazi reproduktiv xidmətin inkişaf səviyyəsindən, onun reproduktiv qadınları əhatə etməsindən və onların tibbi-sosial təminatından asılıdır [8,11,17,16,18].

Bu problemlərin aktuallığı reproduktiv qadınların ailə-nikah statusuna müvafiq tibbi-sosial düzəlişlər etməyə imkan verir. Hazırkı tədqiqat işinin aparılması məhz bununla şərtlənmişdir.

TƏDQİQATIN MATERİAL VƏ METODLARI. Bakı şəhərində reproduktiv qadınlar arasında müstəqil anonim sosioloci prospektiv müayinələr aparılmışdır. Prospektiv müayinələr M.Hunter [15] tərəfindən tərtib edilmiş standartlaşdırılmış beynəlxalq The Women's Health Questionnaire (WHQ) sorğu vərəqəsinin əsasasında azərbaycan dilinə tərcümə olunmuş, tamamlanmış və yerli şəraitə uyğunlaşdırılmış anket tərtib olunmuşdur. Hazırlanmış anket 9 sual blokundan ibarətdir (cəmi 98 sual), onlardan biri sosial, maddi, mənzil-məişət və təhsil statusunu, onların reproduktiv potensialının pozğunluqlarının tezliyini əks etdirir. Anket Bakı şəhərinin Səbail, Yasamal, Sabunçu və Əzizbəyov rayonlarının məktəbəqədər müəssisələrində, məktəblərdə və uşaq poliklinikalarında valideynlərə (qadınlara) paylanmışdır. Anketlərin paylanmasında və onların geriyə toplanmasında valideynlər, bu müəssisələrin müəllimləri, tərbiyəçiləri və tibb işçiləri fəal iştirak etmişlər ki, onların özləri də bilavasitə anketləri doldurmuş və qohumlarını və qonşularını anketləşdirilməyə cəlb etmişlər. Ümumilikdə 8000 anket paylanmış, geriyə isə 5233 anket yığılmışdır (65,4±0,5%), onlardan 2674 anketdə (33,4±0,5%) qoyulmuş suallara tam cavablar verilmişdir. Anketləşdirilmiş qadınların hamısını ümumi qəbul olunmuş nikah statusuna görə 4 qrupa bölmüşlər: nikaha girməyənlər – 684 qadın, nikahda olanlar – 1353 qadın, nikahı pozanlar – 491 qadın, dul qadınlar – 146 qadın. Qadınların yaşı 17 ilə 42 yaş arasında dəyişmişdir və onların hamısının milliyyəti azərbaycanlıdır.

NƏTİCƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ. Qadınların sağlamlığının, o cümlədən reproduktiv sağlamlığın qorunması təkcə tibbi-sosial proqramların geniş həcmdə yerinə yetirilməsini deyil, həm də əhalinin öz sağlamlığının qorunması və möhkəmləndirilməsi prosesinə aktiv cəlb edilməsini nəzərdə tutur. Əksərən əhalinin öz sağlamlığına münasibəti onun təhsil səviyyəsindən, qadınlarda isə ailə-nikah statusundan asılıdır. Ailənin yaradılması çox vaxt ona gətirib çıxarır ki, onlar təhsillərini davam etdirə bilmir, onu dayandırırlar və s. Bakı şəhərində qadınların anketləşdirilməsi göstərmişdir ki, onlar arasında yüksək təhsilin səviyyəsi 24,1±0,8%, orta ixtisas – 34,6±0,9% (t=8,75; p<0,001), orta – 27,4±0,9% (t=2,75; p<0,01) və natamam orta – 13,9±0,7% (t=11,84; p<0,001) təşkil etmişdir. Lakin müxtəlif ailə-nikah statusu olan qadınlar arasında təhsil senzinin səviyyəsi eyni deyildir (Cədvəl 1).

Cədvəl 1

Reproduktiv qadınlar arasında təhsil senzinin səviyyəsi

Təhsil senzi	Təhsil senzinin tezliyi, %-lə			
	Nikaha girməyənlər	Nikahda olanlar	Nikahı pozanlar	Dul qadınlar
	n=684	n=1353	n=491	n=146
Natamam orta	12,9±1,3	12,3±0,9	17,9±1,7	20,5±3,4
Orta	27,2±1,7	21,7±1,1	36,9±2,2	48,6±4,5
Orta ixtisas	42,3±1,9	31,4±1,3	35,8±2,2	24,0±3,5
Ali	17,7±1,5	34,5±1,3	9,4±1,3	6,8±2,1

Cədvəl 2

Reproduktiv qadınlar arasında maddi təminatın səviyyəsi

Maddi təminatın səviyyəsi	Maddi təminatın səviyyəsinin tezliyi, %-lə			
	Nikaha girməyənlər	Nikahda olanlar	Nikahı pozanlar	Dul qadınlar
	n=684	n=1353	n=491	n=146
Çətin	15,8±1,4	26,5±1,2	35,2±2,2	33,6±3,9
Ağır	22,5±1,6	23,8±1,2	30,3±2,1	26,7±3,7
Kafi	28,2±1,7	25,3±1,2	22,0±1,9	21,9±3,4
Yaxşı	33,5±1,8	24,5±1,2	12,4±1,5	17,8±2,5

Ali təhsilin alınması qadının ümumi mədəniyyətinin və dünyagörüşün yüksəlməsi, adaptasiya olunmuş reproduktiv davranış vərdişlərinin qazanılması ilə müşayiət edilir. Görünür ki, nikahda olan 34,5±1,3% qadının yüksək təhsil alması bununla bağlıdır, yəni onlar ailənin qorunması üçün əlverişli fon yaradırlar. Nikaha girməyən qadınlar arasında ali təhsili olanların sayı xeyli aşağıdır – 17,7±1,5% (t=8,48; p<0,001). Lakin bu zaman onların gənc yaşlarını və ali təhsil müəssisələrinə daxil olma imkanını nəzərə almaq lazımdır. Ali təhsilli qadınların sayı nikahı pozan– 9,4±1,3% (t=4,19; p< 0,001), həmçinin dul qadınlar arasında daha aşağıdır - 6,8±2,1% (t=2,47; p>0,05). Reproduktiv qadınların göstərilən qrupları arasında maddi təminatın səviyyəsi də eyni deyildir (Cədvəl 2).

Təkcə nikahda olan qadınlar arasında maddi təminatın bütün səviyyələri təqribən eyni olmuş və 23,8±1,2-dən 26,5±1,2%-ə qədər dəyişmişdir (t=1,59; p>0,05). Digər qruplarda səviyyə göstəricilərində əhəmiyyətli fərqlər vardır. Məsələn, nikaha girməyən qadınlar arasında maddi təminatın səviyyəsi daha yüksəkdir – 33,5±1,8%, halbuki onlar arasında maddi təminatları çətin olanların səviyyəsi azdır – 15,8±1,4% (t=7,76; p<0,001). Çox güman ki, qadınların maddi təminatı müəyyən dərəcədə onların gec ailə qurmasının səbəblərindəndir. Nikahı pozan qadınlar arasında mənzərə tam başqadır. Onların əksəriyyətinin maddi təminatı çətin və ağırdır – müvafiq olaraq 35,2±2,2 və 30,3±2,1% (t=1,61; p>0,05), cəmi 12,4±1,5% qadının maddi təminatı yaxşıdır (t=6,94; p<0,001). Dul qadınlar arasında vəziyyət eynidir: 33,6±3,9% qadın maddi çətinlik çəkirlər, yalnız 17,8±2,5% qadın maddi cəhətdən yaxşı təmin olunmuşlar (t=3,41; p<0,001). Qeyd etmək lazımdır ki, biz dul qadınların sırasına həyat yoldaşları xəstəlik və məişət, yol və istehsalat travmatizmi nəticəsində ölmüş, həmçinin ərləri nikahı pozmadan ailəsi ilə olan bütün əlaqələri qıran qadınları daxil etmişik.

Maddi təminatın səviyyəsi ailənin mənzil-məişət şəraitini təyin edir. Maddi durum yüksəldikcə ailə həyat şəraitini yaxşılaşdırmağa çalışır. Tədqiqatlarımız göstərir ki, müxtəlif ailə-nikah statusuna malik qadınlarda mənzil-məişət şəraiti də fərqlənir (Cədvəl 3).

Cədvəl 3

Reproduktiv qadınlar arasında mənzil-məişət şəraitinin vəziyyəti

Mənzil-məişət şəraitinin xarakteri	Mənzil-məişət şəraitinin xarakterinin tezliyi, %-lə			
	Nikaha girməyənlər	Nikahda olanlar	Nikahı pozanlar	Dul qadınlar
	n=684	n=1353	n=491	n=146
Qeyri-qənaətbəxş	22,7±1,6	16,2±1,0	28,1±2,0	43,8±4,1
Nisbi qənaətbəxş	32,0±1,8	32,8±1,3	31,8±2,1	34,2±3,9
Normal	30,1±1,8	35,8±1,3	30,3±2,1	21,9±3,4
Komfort	15,2±1,4	15,2±1,0	9,8±1,3	-

Qeyri-qənaətbəxş mənzil-məişət şəraitində yaşayan qadınların reproduktiv göstəriciləri də diqqətəlayiqdir. Belə mənzil-məişət şəraiti, bir qayda olaraq, ailə üzvlərinin sayının çox olması (5 nəfər və daha çox), «xruşovka» layihəli, panel evlərdə və ya köhnə tikililərdə yaşayış sahəsinin kiçik olması (30 m^2-dən az), hamı üçün vacib minimal sanitar-gigiyenik şəraiti olan müasir sanitar şəbəkənin olmaması ilə səciyyələnir. Belə şəraitdə yaşayan qadınların böyük əksəriyyəti dul qadınlardır -43,8±4,1% və bu, həmin qadınların ailə-nikah statusunu olduqca inandırıcı xarakterizə edir. Nikahı pozan qadınların böyük əksəriyyəti da həmçinin qeyri-qənaətbəxş şəraitdə – 28,1±2,0% (t=3,44; p<0,001) yaşayırlar. Nikaha girməyən qadınların sayı da təqribən eynidir – 22,7±1,6% (t=2,11; p<0,05), nikahda olan qadınların sayı isə daha aşağıdır – 16,2±1,0% (t=3,44; p<0,001). Göründüyü kimi, bir tərəfdən mənzil-məişət şəraiti ailənin yaradılmasında qadının imkanlarını məhdudlaşdırır və ya əksinə ailənin dağılmasına gətirib çıxarır, digər tərəfdən ailənin qournmasına səbəb olur.

Qadınların yaşama mühitini əks etdirən bu amillərin qadınların reproduktiv potensialına təsirini dürüst qiymətləndirmək üçün qadınların hamısını 2 qrupa bölmüşük. Birinci qrupu anketlərdə müxtəlif reproduktiv pozğunluqları göstərən 1945 qadın, ikinci qrupu

– anketlərdə oxşar pozğunluqları göstərməyən 729 qadın təşkil etmişdir. Onlar arasında yaşama mühitinin yuxarıda təhlil olunmuş amillərinin müqayisəsi cədvəl 4-də verilmişdir.

Qadınların dediyinə görə, reproduktiv potensialın pozğunluqları bunlardır: aybaşı siklinin pozulması, hamiləliyin gec baş verməsi, onun ağır gedişi və hamiləliyin pozulması təhlükəsi, vaxtından əvvəl və ya ağır doğuşlar, yenidoğulmuşların patologiyası, ölü doğuşlar, sonsuzluq və s. Cədvəlin məlumatları inandırıcı şəkildə göstərir ki, reproduktiv pozğunluqlar natamam və ya tam orta təhsili olan qadınlar, maddi çətinlik çəkən və qeyri-qənaətbəxş və ya nisbi qənaətbətxş mənzil-məişət şəraitində yaşayan qadınlar arasında daha tez-tez rast gəlir. Yəni ailədə yaşama mühiti qadınların reproduktiv sağlamlığına təsir göstərir.

Ailədə qadınların yaşama mühiti ilə bağlı amillərin öyrənilməsi göstərir ki, bir tərəfdən təhsil səviyyəsi, maddi təminat və mənzil-məişət səviyyəsi nikaha

Cədvəl 4

Qadınların reproduktiv potensialına yaşama mühitinin qeyri-əlverişli amillərin təsir dərəcəsi

Yaşama mühitinin amilləri	Yaşama mühitinin amillərinin tezliyi, %-lə			
	Reproduktiv pozğunluqları olan qadınlar	Reproduktiv pozğunluqları olmayan qadınlar	Fərqlərin dürüstlüyü	
	n=1945	n=729	t	p
Təhsil senzi: natamam orta	16,1±0,8	8,2±1,0	6,17	< 0,001
orta	33,1±1,1	12,1±1,2	13,01	< 0,001
orta ixtisas	30,0±1,0	46,8±1,8	8,11	< 0,001
ali	20,8±0,8	32,9±1,8	6,14	< 0,001
Maddi durumu: çətin	31,1±1,1	11,4±1,2	12,09	< 0,001
ağır	27,2±1,0	18,5±1,4	5,06	< 0,001
kafi	23,6±1,0	29,6±1,7	3,05	< 0,01
yaxşı	18,1±0,9	40,5±1,8	11,14	< 0,001
Mənzil-məişət şəraiti: qeyri-qənaətbəxş	25,0±1,0	12,2±1,2	8,21	< 0,001
nisbi qənaətbəxş	35,7±1,1	24,0±1,6	6,03	< 0,001
normal	27,4±1,0	46,4±1,8	9,22	< 0,001
komfort	11,9±0,7	17,4±1,4	3,50	< 0,001

daxil olmanı məhdudlaşdırır və ya nikahın pozumasına gətirib çıxarır, digər tərəfdən isə ailənin qorunub saxlanması üçün əlverişli ilkin şərait yaradır. Təhsil səviyyəsinin senzi, maddi durumu nə qədər aşağıdırsa və mənzil-məişət şəraiti pisdirsə, qadınlar reproduktiv pozğunluqlara daha çox düçar olurlar. Qadınların təhsilinin yüksəlməsi, xüsusilə tibbi cəhətdən, sosial təminat üzrə proqramların realizasiyası onların reproduktiv sağlamlığının möhkəmləndirilməsi üzrə tədbirlərin effektivliyinin daha da artmasına səbəb olacaq.

ƏDƏBİYYAT

1. Аверин Ю.П., Дмитриева Е.В. Волкова О.И. Социологические исследования: место и роль в коммуникативных кампаниях, методология и методика проведения. М., 2006, 404 с.

2. Бодрова В.В., Голдберг Х. Репродуктивное здоровье женщин в России (по результатам исследований, проведенных в Перми, Екатеринбурге и Ивановской области в 1996 и 1999 гг.) // Социология медицины, 2002, №1, с.21-32.

3. Волкова И.И. Коммуникативные кампании как ресурс для решения проблем охраны репродуктивного здоровья населения // Управл.здравоохр., 2006, №1-2, с.17-18.

4. Кусмарцева О.Ф. Оценка репродуктивного здоровья на основе изучения качества жизни женщин фертильного возраста: Автореф. дис… канд.мед.наук. Саратов, 2005, 24 с.

5. Немировская Ю.В. Социальные факторы беременности: Автреф.дис…канд.мед.наук. Волгоград, 2009, 22 с.

6. Титова А.А. Оценка воздействия факторов окружающей среды на репродуктивную функцию женщин: Автореф. дис… канд.мед.наук, Казань, 2006, 24 с.

7. Худоногов И.Ю. Социальное регулирование репродуктивного поведения населения Ростовской области: Автореф. дис…канд.мед.наук. Ростов, 2007, 29 с.

8. Шемаринов Г.А. Анализ социально-гигиенических факторов и ресурсного обеспечения службы родовспоможения и их роль в укреплении здоровья женщин репродуктивного возраста: Автореф.дис… док.мед.наук. М., 2005, 48 с.

9. Шубочкина Е.Н. Социально-гигиенические факторы риска и репродуктивное здоровье девушек // Планирование семьи, 2000, №2, с.31-34.

10. Юсубова С.С. Социометрия семей г.Баку и показатели их здоровья // Здоровье, 2001, №7, с.60-64.

11. Ярославцев А.С. Влияние некоторых медико-социальных факторов на репродуктивное здоровье женщин // Проб.соц.гиг.здравоохр. и истории мед., 2003, №5, с.14-16.

12. Becker S., Peters D., Gray R.. et al. The determinants of use of maternal and child health services // Health Tranzit Roy, 2008, v.3, p.77-89.

13. Colnan M. Health and Illness: the lay Perspective. London, 1997, 462 p.

14. Freund P., Mc Guire M. Health, Illness and the Social Body. N.J.:Prentice Hall, 2005, 432 p.

15. Hunter M.S. The Women's Health Questionnaire (WHO): the development, standardization and application of a measure of women's emotional and physical health // Quality of Life Res., 2000, v.9, p.733-738.

16. Narvaez R. Characterization of health-a care exclusion / La Paz ID APE, OPS-OMS, 2009, 261 p.

17. Stekelenburg J., Kyanamina S., Mukelabai M. et al. Waiting too long: Low use of maternal health services // Trop Med.Int.Health, 2004, No9, p.390-398.

18. Williams S. Theorising class, health and life-styles: Can Bourdiku help us? // Sosiol. Health Illin., 2005, v.27, p.577-604.

SUMMARY

INTERCONDITIONALITY INHABITANCIES (FAMILY) AND REPRODUCTIVE POTENSIALLY WOMEN

Hamzayev M.A.

The estimation of the factors connected with an inhabitancy of women in family shows, that an educational level, material welfare and habitation-conditions of life, on the one hand, limit to the introduction into marriage or lead to divorce, on the other hand, create favorable preconditions for preservation of family. The below the educational qualification, material the difficulty and is worse domestic conditions, the more often women sustain reproductive losses. Increase of education of women, especially in the medical attitude, realization of programs on social support, will promote even greater efficiency of measures on strengthening their reproductive health.

Daxil olub:26.01.2010

PERİTONİTİN FAZALARINDAN ASILI OLARAQ QANDA VƏ LİMFADA İMMUNOLOJİ MARKERLƏRİN DƏYİŞMƏSİ

Qarayev Q.Ş., Vəliyeva Z.Y., İsmayılov Y.B.
Azərbaycan tibb universiteti, Elmi -tədqiqat mərkəzi, Bakı

Müəyyən edilmişdir ki, kəskin yayılmış peritonitlər zamanı yüksək səviyyəli cərrahi, detoksikasiya və antibakterial müalicə üsullarının tətbiq edilməsinə baxmayaraq, yenə də ondan törənən ölüm faizi yüksək rəqəmlərdə qalmaqda davam edir [2,6,8,9]. Ona görə də onun patogenezinə dair külli miqdarda tədqiqat işlərinin aparılması daim alimlərin diqqət mərkəzində durur [1,2,5,7,11]. Peritoneal endogen intoksikasiya orqanizmin müxtəlif orqan və sistemlərində ciddi morfofunksional pozğunluqlara səbəb olmaqla, poliorqan və polisistem çatmamazlığına gətirib çıxarır [2,11,15,17]. Belə sistemlərdən biri də limfa sistemidir. Endogen intoksikasiya zamanı orqanizmin rezistentliyi də zəifləyir. Ona görə də son illər tədqiqatçılar peritonit zamanı orqanizmin təbii rezistentliyinə və immunoloji reaktivliyinə xüsusi diqqət yetirirlər [2,3,4,5]. Göstərilir ki, orqanizmin immun sisteminin iştirakı olmadan heç bir patoloji proses baş verə bilməz. Çünki hər bir antigenə qarşı yaranan immun cavab orqanizminin tamlığının pozulması nəticəsində, yəni patoloji proseslə əlaqədar olaraq yaranır. Ona görə də bəzi müəlliflər müxtəlif patologiyalarda immun statusun öyrənilməsini vacib hesab edirlər [14].

Buna görə də hazırki işdə MƏQSƏD peritoneal intoksikasiyanın fazalarından asılı olaraq orqanizmin spesifik və qeyri-spesifik immun markerlərdə baş vermiş dəyişiklikləri öyrənmək olmuşdur.

TƏDQİQATIN MATERİAL VƏ METODLARI. Təcrübələr 16-22 kq çəkili, hər iki cinsdən olan F.F.Usikov üsulu ilə [6] peritonit modeli yaradılmış 18 it üzərində aparılmışdır. Bunun üçün əməliyyatdan 30 dəqiqə əvvəl heyvanlara əzələ daxilinə 1%-li 1 ml dimedrol və 0,1%-li 1 ml atropin məhlulu vurulmuşdur. Bir neçə dəqiqədən sonra vena daxilinə hər kq çəkiyə 3-4 mq olmaqla kallibsol məhlulu yeridilmişdir.

Təcrübə heyvanları peritonitin fazalarına uyğun olaraq (hər qrupda 6 baş it olmaqla) 3 qrupa bölünmüşdür. 1-ci qrupda 24 saatdan, 2-ci qrupda 48 saatdan, 3-cü qrupda isə 72 saatdan sonra immunoloji göstəriciləri təyin etmək üçün qan və limfa götürülmüşdür.

Bütün qruplarda peritonitdən əvvəl və sonra qanda və limfada komplementin [10], dövr edən immunokomplekslərin [12], lizosimin [13], immunoqlobulin (İg) G, A və M-in [18] miqdarı təyin edilmişdir.

Tədqiqatlardan alınmış göstəricilər təhlil edilmiş və qruplarda göstəricilər arasındakı fərqi müəyyən etmək üçün qeyri-parametrik üsuldan – Uilkokson (Manna-Uitni) meyarından istifadə olunmuşdur.

ALINAN NƏTİCƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ. Aparılan tədqiqatların nəticələri göstərir ki, peritonitin reaktiv fazasında (24 saat) qanda komplementin fəallığı intakt vəziyyətlə müqayisədə 19,9% azalmışdır. Cədvəl 1-dən göründüyü kimi toksiki fazada (48 saat) komplementin fəallığı bir qədər də azalaraq intakt vəziyyətdən 22,06% aşağı olmuşdur. Peritonitin terminal fazasından sonra isə (72 saat) qanda komplementin miqdarı intakt vəziyyətə nisbətən 25,4% azdır. Cədvəl 1-dən aydın olur ki, perioneal intoksikasiyanın inkişafına uyğun olaraq orqanizmin qeyri spesifik amili olan kompelementin qandakı fəallığı get-gedə zəifləyir.

Cədvəl 1

Peritonitin fazalarından asılı olaraq itlərin qanında immunoloji göstəricilərin miqdarının dəyişmə dinamikası

İmmunoloji göstəricilər	Statistik göstər.	İntakt vəziyyət	Peritonit modelindən sonra		
			24 saat	48 saat	72 saat
Komplement, %	M ± m	54,53 ± 3,89	43,67 ± 10,47	42,5 ± 4,72	40,67 ±2,29
	Min	21,3	17	24	34
	Max	78	78	54	48
	P	-	>0,05	>0,05	>0,05
Dövr edən immunokomplek-lər, Vahid	M ± m	40,89 ± 5,10	40,33 ± 11,84	36,67 ± 8,34	34 ± 4,02
	Min	16	21	17	19
	Max	97	98	75	45
	P	-	>0,05	>0,05	>0,05
Lizosim, %	M ± m	43,78 ± 1,84	38,5 ± 4,04	36,92 ± 3,86	34,5 ± 2,38
	Min	32	23	29,5	28
	Max	63	50	55	43
	P	-	>0,05	>0,05	<0,05
İgG, mq %	M ± m	737,78 ±81,34	682,5 ±101,09	658,83 ± 120,47	598 ± 81,41
	Min	430	469	469	469
	Max	1308	1000	1077	1000
	P	-	>0,05	>0,05	>0,05
İgA, mq %	M ± m	111,81 ± 2,60	101,37 ± 4,99	99,47 ± 2,73	97,63 ±3,46
	Min	92,6	90,6	90,6	90,6
	Max	145	122	111	111
	P	-	>0,05	<0,05	<0,05
İgM, mq %	M ± m	100,78 ± 2,96	99,12 ± 4,75	88,33 ± 6,21	85,56 ±3,79
	Min	77	82	74	74
	Max	126	108	108	102
	P	-	>0,05	>0,05	<0,05

İntakt vəziyyətdə olan təcrübə heyvanları ilə müqayisədə reaktiv fazada dövr edən immunokomplekslərin fəallığı çox cüzi miqdarda (1,36%) azalır. Bu vaxt peritonitin toksiki fazasında onun səviyyəsi intakt vəziyyətə nisbətən 10,33% azdır. Bu azalma peritonitin terminal fazasında da davam etmiş və intakt vəziyyətlə müqayisədə dövr edən immunokomplekslərin qandakı miqdarı daha da azalaraq 16,84%-ə çatmışdır (cədvəl 1). Deməli, peritonitin inkişaf dinamikasında orqanizmin rezistentliyinin digər qeyri-spesifik amili olan dövr edən immunokomplekslərin fəallığı azalır. Nəticədə orqanizmdə intoksikasiyanın səviyyəsi artır və orqanizmin immun statusu zəifləmiş olur.

Lizosimin reaktiv fazada səviyyəsi intakt heyvanlardakı səviyyədən 12,6% aşağıdır. Bu azalma toksiki fazada da davam etmiş və 15,67% təşkil edir. Peritonitin terminal fazasında isə lizosimin fəallığı intakt vəziyyətlə müqayisədə 21,19%, $p<0,05$ azalır ki, bu da peritoneal intoksikasiyanın dinamikasına uyğun olaraq orqanizmin get-gedə zəifləməsini göstərir. Bizim araşdırmalar göstərir ki, peritonitin bütün fazalarında lizosimin fəallığı kəskin azalır. Lakin ən yüksək azalma onun terminla fazasında müşahidə edilir.

Peritonit modelinin reaktiv fazasında İgG-nin qandakı miqdarı intakt vəziyyətlə müqayisədə 7,49% aşağı olmuşdur. 48 saatdan sonra onun miqdarı bir qədər də azalaraq 10,7% təşkil etmişdir. 72 saatdan sonra isə onun qandakı fəallığı daha kəskin azalaraq 18,95% bərabər olmuşdur (Cədvəl 1).

Analoji qanunauyğunluq İgA-nın miqdarında da müşahidə edilir. Belə ki, peritonitin reaktiv fazada onun miqdarı intakt vəziyyətdən 9,34% az olmuşdur. Toksiki fazada İgA-nın miqdarı bir qədər də azalaraq intakt heyvanların göstəricisindən 11,04% aşağıdır. 72 saatlıq peritonit modeli yaradılmış təcrübə heyvanlarının qanında intakt vəziyyətlə müqayisədə İgA-nın fəallığı 12,08% azalmışdır (Cədvəl 1).

Reaktiv fazada İgM-nin qandakı fəallığı praktiki olaraq fərqlənmir. Lakin peritoneal intoksikasiyanın müddəti artdıqca onun səviyyəsi azalır. Bu azalma intakt qrupla müqayisədə 12,35% təşkil edir. Cədvəldən göründüyü kimi İgM-in miqdarı terminal fazadan sonra intakt vəziyyətə nisbətən 15,09%, $p<0,05$ azalmışdır.

Buradan biz belə bir qənaətə gəlirik ki, peritonitin bütün fazalarında qanda immunoloji göstəricilərin fəallığı azalır və onun nəticəsi olaraq orqanizmin immun statusu ciddi şəkildə pozulmuş olur. Ona görədə peritonit zamanı orqanizmin immun statusunun profilaktikasını və müalicəsini təmin etmək üçün dərman preparatlarından istifadədə immunotrop maddələrin əlavə olunması da təklif edilə bilər.

Peritonit modelinin inkişaf dinamikasında limfada immun göstəricilərinin fəallığını da izlədik. Apardığımız təcrübələrin nəticələri göstərir ki, peritonit modelinin 24-cü saatında (reaktiv faza) itlərin limfasında komplementin fəallığı intakt vəziyyətlə müqayisədə 7,56% azalmışdır. Komplementin fəallığının azalması peritonitin 48-ci saatında da müşahidə edilmişdir. Bu azalma intakt vəziyyətdən 10,43% aşağı olmuşdur (Cədvəl 2).

Komplementin fəallığının belə azalması terminal fazada da davam etmişdir. Onun miqdarı modeldən əvvəlki səviyyə ilə müqayisədə 11,58% azdır (Cədvəl 2).

Peritonitin reaktiv fazasında limfada dövr edən immunokomplekslərin fəallığı praktiki olaraq dəyişmir (1,09% azalmışdır). 48 saatlıq peritonit modelindən sonrakı nəticəni, intakt vəziyyətdə olan heyvanın limfasından alınan göstərici ilə müqayisə etdikdə dövr edən immunokomplekslərin miqdarının zəif azaldığı müşahidə edilir. Bütün bununla yanaşı peritoneal intoksikasiya davam etdikdə (72 saatlıq peritonit) limfada dövr edən immunokomplekslərin miqdarı intakt vəziyyətə nisbətən 17,79% azalmışdır (Cədvəl 2).

Cədvəl 2-dən göründüyü kimi perionitin reaktiv fazasında intakt vəziyyətlə müqayisədə lizosimin limfadakı miqdarı 5,45% aşağıdır. 48 saatlıq peritonit modeli (toksiki faza) yaratdıqdan sonra limfada intakt vəziyyətlə müqayisədə lizosimin fəallığının miqdarı 9,36% azalmışdır. Peritontin terminal fazasında təcrübə heyvanlarının limfasında lizosimin miqdarı modeldən əvvəlki səviyyədən 18,07%, $p<0.01$ aşağı olmuşdur.

Cədvəl 2
Peritonitin fazalarından asılı olaraq itlərin limfasında immunoloji göstəricilərin miqdarının dəyişmə dinamikası

İmmunoloji göstəricilər	Statistik göstər.	İntakt vəziyyət (n=18)	Peritonit modelindən sonra		
			24 saat (n=6)	48 saat (n=6)	72 saat(n=6)
Komplement, %	M±m	58.06±2.59	53.67±4.48	52±4.05	51.33±4.27
	Min	44	44	44	34
	Max	73	73	69	62
	P	-	>0.05	>0.05	>0.05
Dövr edən immuno-komplekslər, Vahid	M±m	50.89±4.34	50.33±8.54	49.33±8.82	41.83±4.30
	Min	27	29	28	29
	Max	97	76	90	56
	P	-	>0.05	>0.05	>0.05
Lizosim, %	M±m	46.89±1.31	44.33±3.61	42.5±1.31	38.42±1.89
	Min	40	35	39	33
	Max	63	58	47	45
	P	-	>0.05	>0.05	<0.01
İgG, mq %	M±m	606.67±51.18	531.33±7.80	518.67±7.95	509.5±11.29
	Min	483	508	493	469
	Max	1077	547	547	547
	P	-	>0.05	>0.05	>0.05
İgA, mq %	M±m	111.03±1.49	108.75±2.25	106.85±3.57	103.2±4.07
	Min	99.6	100.0	92.6	90.6
	Max	133	115.5	115.5	112
	P	-	>0.05	>0.05	<0.05
İgM, mq %	M±m	100.61±2.70	98.17±3.29	97.83±6.01	96.83±2.17
	Min	77	86	82	88
	Max	113	108	119	102
	P	-	>0.05	>0.05	>0.05

24 saatlıq peritonit modelindən sonra limfanın müayinəsi göstərir ki, İgG-nin miqdarı nəzarət qrupuna nisbətən 12,42% azdır. Peritonitin toksiki fazasında İgG-nin fəallığı 14,50% azalmışdır. Onun miqdarının belə azalması terminal fazada da müşahidə edilir. Qruplar arasındakı fərq 16,02% təşkil etmişdir (Cədvəl 2).

Apardığımız təcrübənin nəticəsi göstərmişdir ki, peritonitin reaktiv fazası limfada İgA-nın miqdarına nəzərə çarpacaq dərəcədə (2,06% azalmış) təsir etmir. Toksiki fazada da onun miqdarı kəskin dəyişməsədə – 3,77% azalmışdır. İgA-nın miqdarına terminal fazada da bir o qədər güclü təsir etməmişdir. Lakin onun miqdarının intakt qrupa nisbətən təcrübə qrupunda azalması 7,05%, $p<0.05$ təşkil etmişdir.

Analoji qanunauyğunluqlar İgM-in limfadakı miqdarında da müşahidə edilir. Belə ki, reaktiv fazada onun limfada miqdarı çox cüzi – 2,43% azaldığı müəyyənləşdirilir.

48 saatlıq peritonit modelindən sonra da limfada İgM-in miqdarı cəmi 2,76% azalır. Terminal fazadan sonra da onun miqdarının cəmi 3,75% azaldığı müşahidə edilmişdir. Göründüyü kimi İgM-in limfada dəyişməsinin dinamikası 2,43-3,75% arasında olmuşdur.

Beləliklə, peritonitin inkişaf fazalarından asılı olaraq limfada əksər göstəricilərə kəskin təsir etsədə İgM-in miqdarına zəif təsir etmişdir.

Aparılan bu təcrübənn nəticələri göstərmişdir ki, peritonit modelinin bütün fazaları orqanizmin immun statusuna kəskin təsir göstərir, lakin bu təsir terminal fazada daha yüksəkdir. Ona görədə peritonitin müalicəsində dərman preparatları kompleksinə immunomodulyatorların və immunotrop maddələrin də əlavə olunması məqsədə uyğun hesab edilə bilər.

NƏTİCƏ: Eksperimental yaradılmış peritoneal intoksikasiyanın ağırlıq dərəcəsinə uyğun olaraq immun sisteminin kəskin pisləşməsi humoral spesifik və qeyri-spesifik amillərin fəallığının zəifləməsi orqanizmin reaktivliyini yararsız hala salır; Peritonitin bütün fazalarında, xüsusən terminal fazasında qanda komplementin, dövr edən immunokomplekslərin, lizosimin, İgG, İgA və İgM-in fəallığı azalır; Peritonit fazalarında da limfada İgM-in miqdarı müstəsna olmaqla, digər immungöstəricilərin fəallığı zəifləyir; Peritoneal intoksikasiya zamanı orqanizmin immunoreaktivliyini yüksəltmək üçün dərman preparatlarına immunotrop preparatların əlavə olunması məqsədə uyğundur.

ƏDƏBİYYAT

1. Hacıyev C.N., Tarverdiyev M.N., Hacıyev N.C., İsgəndərov Q.B. Yayılmış peritonitlərin kompleks müalicəsində məhəlli intraabdominal endolimfatik ozonoterapiya. // Sağlamlıq, 2009, №2, s116-121.
2. Qarayev Q.Ş., Əliyev Ş.X., Əliyev Y.Q., Həsənov M.C. Peritoneal intoksikasiya. Bakı: MBM, 2008, 183 s.
3. Акимов Б.Н. Новое в лимфологии клиника, теория эксперименты. М.,1993, с.8-9.
4. Алексеев А.А., Буянов В.М., Раздиховский А.П. и др. Лимфогенная детоксикация. Киев. Наукова Думка, 1988, 228 с.
5. Алиева Э.А. Новый подход санации и дренирования брюшной полости и энтеродетоксикация при разлитом гнойном перитоните. //Sağlamlıq, 2009, №6, s. 15-21
6. Ашрафов Р.А. Реакция регионального абдоминального кровотока при перитоните на применение вазоактивных препаратов по данным селективной ангиографии и реографии. // Вестник хирургии, 2002, №4, с. 20-24.
7. Бабаджанов В.Д., Тешаев О.Р., Бекетов Г.И. Новые подходы к лечению послеоперационных перитонитов // Вест. хир. 2002, №4. с.25-28.
8. Белокуров Ю.Ю., Рыбачков В.В. Структура эндоинтоксикации и пути ее устранения. // Вест. хир. 2001, №10. с.42-45.
9. Брискин Б.С., Савченко З.М. и др. Иммунологические аспекты прогнозирования эффективности антибиотикотерапии у больных с перитонитом. //Антибиотики химиотерапия. 2000, №2, с.15-21.
10. Гариб Ф.Ю., Шарапов Л.Н.Методика определения уровня комплемента и его содержания в сыворотке больных ревматизмом / Сб.Научно-иследов.работ ЦНИЛ Мед. ВУЗ-ов Ташкент, 1973, с.215-218.
11. Гринев М.В., Голубева А.В. Проблема полиорганной недостаточности // Вестник хирургии, 2001, №3, с.110-113
12. Гриневич Ю.А., Алферов А.Н. Определение циркулирующих иммунных комплексов в крови онкологических больных // Леб.дело, 1981, №.8, с. 493-496
13. Дрофецчук В.Г. Определение активности лизоцима нефелометрическим методом. // Лаб. Дело, 1968, №1, с.28-30
14. Караулова А.В.Клиническая иммунология. М., 1999. 604 с.
15. Ташев Х.Р., Аваков В.Е., Сафаров Х.О. Эндогенная интоксикация у больных с острым распространенным перитонитом и проблемы ее коррекции//Хирургия, 2002, №3, с. 38-41.
16. Усиков Ф.Ф. Хирургическая модель острого перитонита // Хирургия 1984, №8, с. 127-130.
17. Чаленко В.В. Классификация острых нарушений функции органов и систем при синдроме полиорганной недостаточности. //Анестезиология и реаниматология, 1998, №2, с. 25-29.
18. Manchini Y., Cabonare A., Henemans Y. Immunochemical quantitation of antigens by single radial diffusion //Immynochemistry, 1965, v.2, p.235.

SUMMARY

CHANGING OF IMMUNOLOGICAL MARKERS IN AND LYMPH DEPENDING ON PERITONITIS PHASES

Garayev G.Sh., Valiyeva Z.Y., Ismayilov Y.B.

The purpose of the conducted research was the studying of changing dynamic of the amount of immune signs in blood and lymph depending on peritonitis phases. In this purpose, peritonitis model was developed on 18 dogs of 16-22 kg in 3 groups (6 dogs in each group), before model and after 1,2,3 days immunological research was conducted in blood and lymph. In this results of research, it was determined that, the activity of complements, circulating immune-complex, lizocimin and JgG, JgA and JgM in lymph and blood become weak in all phases of peritonitis especially in terminal phase. According of the seriousness level of peritoneal intoxication of immune system, weakening of activity of humoral typical and non - typical factors cause to the worthless of the reactivity of organism.

Daxil olub:08.12.2009

THE EFFECT OF HYPOXIA BECAUSE OF ALTITUDE, ON THE ELECTROCARDIOGRAM OF ATHLETE'S HEART

Aghabalaei Hassan, Aliyev A.H., Rahemi A
Azad university republic of Tabriz, Iran; Baku State University , Baku Azerbaijan

For achieving to a good record in sport, some factors such as age, experience, exercise and etc are necessary. And environmental factors like continental conditions, humidity, temperature and height are also effective in achieving a good record.(Baghaei 2006). When the 1968's Olympic Games of Mexico City performed in a place with height of 2290 meters, the height and decreasing of air pressure on athlete's ability attended by sport and medical cliques especially mountaineering cliques of world.(Fax and Mathew 1995).As we ascend to high places, understanding the height's effects on our body will be more important to us.(Arthur Guyton 2006) . There are two concerning points in the state of preparing for Mexico City games in 1968. 1. The probable effects of low pressure and resistance of air in height of 2300 meters and speedy competitions and ability of jumping and shooting. 2. The possible harmful effects of oxygen decline on the withstood competitions in this height.(Hussein Parno 2008) . The heart's output will increase by increasing of beats or stroke_volume or both of them. When a person be in a high place, because of plethora of beats in break time, for reimbursing of his downfall of 14 percent of hemoglobin with oxygen, his heart's output will increase.(Emily hems and Christian Velez 1995). During one sport, electrocardiogram is a valuable experiment for recognition of heart diseases and a matchless mean for sport physiology's researches. Electric motivations coming from heart and by liquids our body reach to skin. These motivations recovered by a sensitive mechanism called electrocardiograph_on the surface of skin and painted on a piece of paper. The painted chart called electrocardiogram or ECG. Three parts of ECG such as P wave represent depolarization atrium , QRS represent depolarization ventricular and T wave show depolarization ventricles. (Jack H Vilmor and David L Castile 2005). (n.s.r.) : normal sinus rhythm (It is like 60 to 100 beats in every minute in adults.) (p.a.c.) Premature Atrial Contractions (It is creating when premature focus naught of charge in vestibule and it has abnormal sinus node.) (s.t.) Sinus Tachycardia (beats more than 100 times in every minute that its offspring is sinus node.(Cosio FC,et 2006)

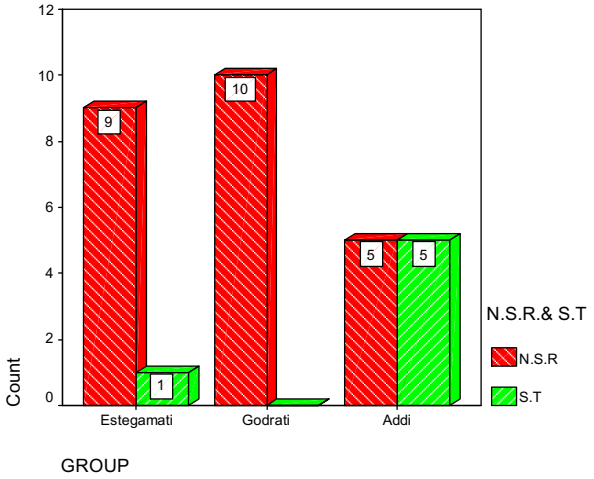
MATERIALS AND METHODS. For performing this research, examination groups are volunteer and height itself and its effects on ECG changes of power oriented and withstood athletes had studied. The way of this research is mid tentative.Fifty adolescent and healthy athletes(men)of Tabriz city in age of 25 to 40 that 20 of them are power oriented and withstood athletes and 10 person as observer participated in this research. The researcher contemplates some conditions such as:

10 of power oriented athletes are members of Medic University's power lifting team and 10 of withstood athletes are members of Tabriz's track and field team and 10 observers are not athletes.The athletes at least have 3 years of background in their own sport and their exercises were regular and continuum during last 6 month. All of the athletes and observers didn't experience the height of 4000 meters.Because giving the ECG test, athletes were under control at about break time and nourishment at least 15 hours.The ECG test performed in height of 1200 to 4000 meters and also the test performed in both heights in break time and after activity.The body's activity performed on immovable bike for 25 minutes.Collected data were analyzed by SPSS software .

RESULT**.** 1)Are the athletes groups different in healthy situation (n.s.r./s.t.) . To answer to this question, we used k^2 test (chi-square). In this test, the healthy situation classified into two standards that one of them is healthy (n.s.r.) and the other one is unhealthy (s.t.).

Table 1
Represent the dispense of healthy situation in different groups.

Total	Groups			Healthy situation
	Witness	Powerness	Withstood	
24	5	10	9	Healthy(n.s.r)
6	5	0	1	Disease (s.t)
30	10	10	10	Total



By surveying statistics in table number 2 via k ^{2} test (chi-square), we understand that in comparison between (s.t.) of power oriented and withstood athletes, chi-square equals 8/75 and meaningful standard equals 0/013. The zero hypotheses rejected and hypothesis of research will prove. We can result that between these two groups in s.t. comparison there is a meaningful difference.

Table 2

Meaningful level	Degree of freedom	Quantity	
0/013	2	8/75	chi-square

2. Are the power oriented and withstood groups different in healthy situation (p.a.c. or n.s.r.)?

To answer to this question, we used k^2 test (chi-square). In this test like the upside test, the healthy situation classified into two standards that one of them is healthy (n.s.r.) and the other one is unhealthy (s.t.). Chart number 3 represent the dispense of healthy situation in different groups.

Table 3

Total	Groups			Healthy situation
	Witness	Powerness	Withstood	
19	5	5	9	healthy(n.s.r)
11	5	5	1	diseased(p.a.c)
30	10	10	10	total

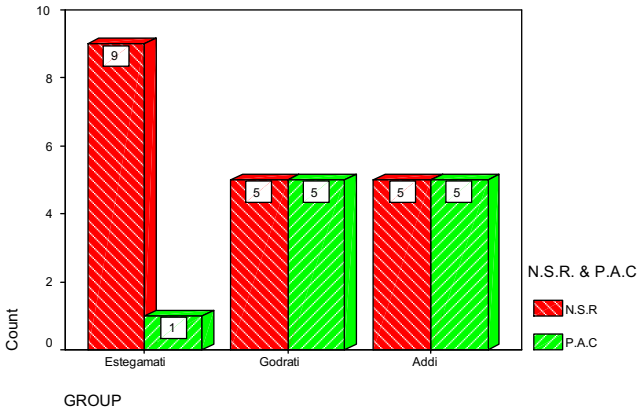


Table 4

Meaningful level	Degree of freedom	Quantity	
0/101	2	4/593	chi-square

The result of this test represented in table 4 such as chi-square equals 4/593 and meaningful standard equals 0/101. Therefore zero hypotheses will not reject and we can't say that there is a difference between power oriented and withstood athletes in comparison of n.s.r. and p.a.c. (the

difference is not meaningful). The (p.a.c.) proportion in every groups according to chart number 3:(p.a.c.) proportion in withstood group equals 0.1(p.a.c.) proportion in power oriented group equals 0.5 According to the proportions of s.t. the proportion of (p.a.c.)'s proportion in power oriented group is more than withstood group.

DISCUSSION. In 1990 a scholar who examined the heart of strength and endurance athletes . Although he did not get significant variance in strength athletes but variance of diastolic of left ventricular size in endurance athletes was significant (Czerni , Johannes and et.all) .Most scientists confess the effect of sports on heart function . Much research has been done to prove of this and identify the type of effects. The sport which is success because of greatness heart and high heart function , is the result of exercise or congenital great heart (Shahla Hojjat , 1998) .A study ,in 1979 , after a three-month training course, reviews the operation of the ECG displayed decrease of heart rate and increased of R wave voltage (Fisher A.G and et.all).Researchers ,in 1962 (The seventeenth period of World Cup of track and field in Australia –Brett), were compared strip of electrocardiogram of 21 marathon runner with non-athletes before and after exercise in break. This comparison showed that these athletes have bradycardia, larger T wave and more voltage of complex QRS (Smith W.G and et.all,1996). Generally, after a while endurance training increased heart size lead .(Fox and Mathews). We get a result from this research, the athletes do not encounter s.t in hypoxia condition because of becoming thick of their septum ventricular.

REFERENCES

1. Baghaei m.h thesis(Current study has conducted by general aim of in vestigetion and comparison of changes in five systolic and diastolic blood pressure,heart rate)
2. Cosio FC,et al.living anatomy of the atrioventricular. Junctions,J cardiovascular Electrophisiol 2006
3. Czerni , Johannes and et.all. Beneficial effect of cardiovascular conditioning on myocardial blood flow and cronory vasodilator capocity abstracts from the 66th scientific sessions 1-21.258.
4. Emily H, Kristian W, Medical physiology. 1995
5. Fisher A.G and et.al Cordiac adaptation to enduran cetraning as dortminled by eko cardiography and electro cardiography abstracts of the annual meeting of 1979 American college of sports medicine // Med.Sci. insports., 1979, v.11, No1, p.83
6. Fox, Edvard l.Mathews, Donald K, the physiological basis of physical education and athletics.
7. Textbook of Medical physiology / Arthur C.Guyton,John E.Hall.– 11th ed
8. Hauser – AM and et . all Symmetric cardiac enlargement in highly trained endurance athletes a two – dimensional echocardiography study // Am – heart – j.,1985, v.109 (5 pt 1), p.1038-44
9. Parno hossein . H : Textbook of Medical physiology and Nurturing of sport Shahla Hojjat / compared of echocardiography of non-athlete girls and selected of multi-field athletes / Physical Education Course of Study Thesis, Islamic Azad University. Tehran, 1998
10. Smith W.G et.al Electro cardio grams of marathon runners in 1962 common weath games // Brit .heart. j., 1964, v.26 , p. 469 – 476
11. Wilmore J. H., and Costill and D.L..physiology of sport and exercise champaign IL:Human Kinetics, puplications, 1994

SUMMARY

THE EFFECT OF HYPOXIA BECAUSE OF ALTITUDE, ON THE ELECTROCARDIOGRAM OF ATHLETE'S HEART

Aghabalaei Hassan, Aliyev A.H., Rahemi A

The purpose of this research hypoxia's effects on electrocardiogram of athlete's heart during the aerobic sport activities. For this purpose, we choose three groups that first group include 10 power oriented athletes and second group involve 10 withstood athletes and third group include 10 observers that they aren't athletes. This research will perform in two stages. The first stage is performing in height of 1300 meters in Tabriz and the other one in height of 4000 meters in Sabalan Mountain. In the first stage, the ECG test will give in height of sequence 1300 to 4000 meters, both in break time and after the sport activity. For controlling the effective factors, we use immoveable bike and time of this activity is 25 minutes. After surveying the result of athlete's ECG we figure out that only in the order after sport activity of groups in height of 4000 meters in hypoxia condition, (s.t.) and (p.a.c.) create in heart of athletes and these signs are different in every athlete. therefor, there is a difference between power oriented and withstood athletes in comparison of n.s.r. and s.t. (the difference is not meaningful). And we can result that between these two groups in p.a.c. comparison there is a meaningful difference too. Initiation of aritmi in power athletes and witness group in 4000 meter , before and after activity , completely is meaningful and it compare between athletes and witness group in a healthy situation. The result of this comparison in aritmy (s.t) is meaningful .

Daxil olub:29.01.20109

QISA MƏLUMATLAR- КОРОТКИЕ СВЕДЕНИЯ

СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСАМИ ГЕПАТИТОВ В И С У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

Дадашева А.Э., Михайлов М.И.
ГУ Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П.Чумакова РАМН. г.Москва

Как известно, лица, страдающие хроническим алкоголизмом (ХА) не считаются "классической" группой с высоким риском парентерального инфицирования вирусами гепатита В (ВГВ) и гепатита С (ВГС) [3]. Вместе с тем, в периодической литературе представлены данные о том, что инфекции, вызванные ВГВ и ВГС у таких лиц выявляются заметно чаще, чем в остальной популяции населения [5].

Согласно только официальным данным Всемирной организации здравоохранения в мире живет приблизительно 2 млрд человек, употребляющих алкогольные напитки. В 2003 г на планете было зарегистрировано более 75 млн человек, употребляющих алкогольные напитки беспорядочно. Очевидно, что реальные масштабы распространения алкоголизма значительно шире расчетных. Между тем, именно регулярное и беспорядочное употребление алкоголя является причиной до 30% всех регистрируемых в мире хронических заболеваний печени и ее циррозов [12].

В силу все еще широкого распространения ХА во многих странах мира, вовлеченные в ХА лица, инфицированные ВГВ или/и ВГС формируют немалый по численности контингент, представляющий особый интерес не сколько для эпидемиологов, сколько для клиницистов.

Повышенный интерес клиницистов к страдающим ХА лицам и инфицированным ВГВ или ВГС лицам связан с тем, что важнейшим компонентом патологии при ХА является токсическое поражение печени, которая, при инфекциях, вызванных ВГВ и ВГС, является основным "местом" репродукции этих вирусов [6,9].

Очевидно, что у инфицированных ВГВ или ВГС лиц, страдающих ХА, печень подвергается "двойному" удару - с одной стороны, на нее действуют гепатотоксические дериваты этанола, а с другой стороны, ее клетки подвергаются прямому цитопатическому (при инфекции, вызванной ВГС) и опосредованому имунной системой цитотоксическому действию иммуноцитов (при обеих гепатотропных вирусных инфекциях). Не удивительно, что в таких ситуациях существенно изменяются не только темпы прогрессирования патологии печени, но и многие ее клинические проявления [5,7,8].

Однако существует еще один клинический аспект, демонстрирующий тот факт, что страдающие ХА и инфицированным ВГВ или ВГС лица должны рассматриваться как особый контингент пациентов - продолжительный регулярный прием алкоголя в большинстве случаев приводит к развитию комплекса иммунологических нарушений, в итоге, приводящих к формированию вторичной иммунологической недостаточности [2, 7]. Последнее обстоятельство позволяет признать этих лиц иммунокопрометированными.

Важное клиническое значение факта иммунокомпрометации большинства указанных лиц предопределяется тем, что в патогенезе хронических гепатита В (ХГВ) и гепатита С (ХГС) определяющую роль играет развитие комплекса иммунопатологических процессов – в силу этого ХГВ и ХГС признаются иммунозависимыми заболевания вирусной этиологии [4,10]. А поскольку степень поражения гепатоцитов и, соответственно, выраженность изменений биохимических показателей крови, определяются интенсивностью иммунологических реакций, можно ожидать, что ХГВ и ХГС у них будут отличатся не только разнообразием вариантов течения, преобладанием вялотекущих форм и с высокой частотой их субклинического течения, а их диагностика и лечение должны осуществляться с использованием особых подходов [1, 6, 11].

Однако изложенные выше рассуждения получили лишь частичное подтверждение и ряд аспектов, связанных с характером возможного взаимного влияния обусловленной ХА

патологии печени и развития инфекций, вызванных у таких пациентов ВГВ или ВГС все еще нуждаются в специальном изучении.

Последнее обстоятельство побудило нас включить лиц, страдающих ХА и инфицированных ВГВ или ВГС, на правах отдельной группы наблюдения, в проводимое нами исследование, посвященное комплексной оценке эпидемиологического и клинико-патогенетического значения ВГВ- и ВГС-инфекций у иммунокомпрометированных лиц.

В настоящем сообщении мы приводим лишь результаты проведенного нами в 2009 г серологического исследования сывороток крови 936 мужчин в возрасте от 18 до 60 лет, обращавшихся в профильные наркологические учреждения Московской области за медицинской помощью по поводу ХА.

Собранные сыворотки исследовались по мере поступления в лабораторию с помощью твердофазного иммуноферментного метода. Было осуществлено определение наличия в сыворотках поверхностного антигена ВГВ (HBsAg), антител к HBsAg (anti-HBs), суммарных (IgM + IgG) антител к сердцевинному антигену ВГВ (anti-HBc), а также антител к ВГС (anti-HCV).

Сравнение частоты выявления HBsAg у лиц, страдающих ХА и частоты выявления этого антигена у здорового населения г.Москвы показало, что HBsAg у лиц с ХА выявился почти в 3 раза чаще, чем у здоровых лиц. Сравнение частоты выявления anti-HBs у лиц с ХА и у здоровых лиц показало, что статистически значимая разница между этими показателями не выявлялась. Средняя частота выявления anti-HBc среди лиц с ХА и аналогичный показатель у здоровых лиц также не имели статистически достоверной разницы.

Anti-HCV у лиц с ХА обнаруживались почти в 5 раз чаще, чем у здоровых лиц, жителей г. Москвы.

Таким образом, полученные нами данные вновь подтвердили факт широкого распространения инфекций, вызванных ВГВ и ВГС среди лиц, страдающих алкоголизмом.

Установив этот факт, мы осуществили сопоставление частоты выявления маркеров инфицирования ВГВ и ВГС и возраста обследованных лиц, и данные о продолжительности периода, в течение которого они злоупотребляли алкоголем. Кроме того, мы повторно исследовали сыворотки, в которых были выявлены HBsAg и anti-HCV с помощью других серологических тест-систем, а в ряде случаев - с помощью молекулярно-генетических методов. И наконец, лица, у которых были выявлены указанные маркеры инфицирования были обследованы с помощью ряда иммунологических методов.

Результаты проведенного нами анализа данных и упомянутых выше серологических и иммунологических исследований будут представлены в наших последующих сообщениях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дадашева А.А. Трансфузионные вирусные инфекции: проблемы классификации и номенклатуры. // Современные достижения азербайджанской медицины, 2008, №2, с.55-60

2. Дадашева А.Э. О значении комплексного изучения хронических вирусных гепатитов у иммунокомпрометированных лиц. / Мат-лы III Национальн. конгресса Азербайджана по аллергологии, иммунологии и иммунореабилитации. Баку, 2008, с.63-65

3. Дадашева А.Э., Михайлов М.И. Значение трансфузионных вирусных гепатитов в контингентах неинфекционных больных, отличающихся высоким риском инфицирования / Гепатит В, С и D - проблемы диагностики, лечения и профилактики. Тезисы 5-й Российской научной конференции. М., 2003, с.74-75

4. Дадашева А.Э., Михайлов М.И., Мамедов М.К. Аспекты клинического значения иммунокомпрометации лиц из групп с высоким риском парентерального инфицирования вирусами гепатитов В и С .. Биомедицина, 2010, №1, с.12-15

5. Серов В.В., Секамова С.М., Танащук Е.Л. Хронический вирусный гепатит на фоне алкогольной печени.- В кн.: Хронический вирусный гепатит. Под ред. В.В.Серова и З.Г.Апросиной. М.: Медицина 2002, с.315-321

6. Танащук Е.Л. Хронические заболевания печени у лиц, злоупотребляющих алкоголем, инфицированных вирусами гепатита: Автореф дис....канд. мед. наук. М., 1999

7. Хазанов А.И. Клинические аспекты вирусных и алкогольных заболеваний печени. // Российск. мед. вестник, 2000, №1, с.4-11

8. Brechot C., Nalpas B., Feitelson M. Interaction between alcohol and hepatitis viruses in the liver. // CIin. Lab. Med., 1996, v.16, p.273-287

9. Chedid A., Mendenhall C., Moritz T. Cell-mediated hepatic injury in alcoholic liver disease. //Gastroenterology, 1993, v.104, p.254-257
10. Chisari F., Ferrari C. Hepatitis B virus immunopathogenesis. // Ann. Rev. Immunol., 1995, v.13, p.29-60
11. Cromie S., Jenkins P., Bowden D. et al. Chronic hepatitis C: effect of alcohol on hepatic activity and viral titre. //J. Hepatology, 1996, v.25, p.821-826
12. WHO Global Status Report on Alcohol 2004, 88 c.

SUMMARY

SEROLOGIC MARKERS OF HEPATITIS B AND C INFECTION AMONG PERSONS WITH CHRONIC ALCOHOLISM

A.Dadasheva, M.Mikhailov

The authors reviewed basic information demonstrated important clinical significance of wide spreading of viral infections caused with hepatitis B virus (HBV) and hepatitis C virus (HCV) among persons involved in chronic alcoholism and present data obtained in examination of 936 males with chronic alcoholism. According these data the frequency of serologic markers of HBV- and HCV-infections detection at persons with chronic alcoholism were significally higher than the same markers detection at other population.

Daxil olub:16.11.2009

2009-cu ildə «Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri» jurnalında dərc olunan elmi məqalələrin təhlili

2009- cu il üzrə jurnalda nəşr olunan məqalələr həm mövzu, həm də forma baxımından rəngarəng olmuşdur. Ənənəvi olaraq bu il də məqalələr 4 bölmə altında verilmişdir. Bu bölmələr üzrə məqalələrin sayı belə olmuşdur: icmallar- , orijinal məqalələr-, qısa məlumatlar, xronika-.

Bu il dərc olunan məqalələrin keçən illərdən fərqi o idi ki, xaricdən olan məqalələrin sayı nisbətən çox olmuşdur. Bu ölkələr içərisində Rusiya, Qazaxıstan, Türkiyə, Ukrayna vardır. Əgər əvvəllər xaricdən gələn məqalələrin müəllifləri içərisində bizim alimlərimiz də olurdusa, indi bu məqalələrin həmmüəllifləri məhz həmin ölkələrinnin alimlərindən ibarət oliuşdur.

Dərc olunan məqalələr bir çox müəssisələrin elmi işçilərinə, dissertantlarına məxsus olmuşdur. Bu il jurnalda məqaləleri nəşr olunmuş tibb və başqa müəssisələrin adları və oradan qəbul olan məqalələrin sayı aşağıdakı cədvəldə verilmişdir:

Azərbaycan tibb univesiteti	129
Ə.Əliyev ad. Azərbaycan Dövlət həkimləri təkmilləşdirmə institutu	39
M.Topçubaşov ad. Elmi Cərrahiyyə mərkəzi	16
Elmi- tədiqat mamalıq və ginekologiya institutu	20
Mərkəzi neftçilər xəstəxanası	6
Milli onkologiya mərkəzi	15
QİÇS- lə mübarizə mərkəzi	3
V.Axundov ad. Milli profilaktika institutu	3
Mərkəzi hərbi klinik hospital	24
DİN hospitalı	7
Qarayev ad. Fiziologiya institutu	2
Klinik tibb mərkəzi	2
C.Abdullayev ad. Kardiologiya institutu	5
Mərkəzi klinik xəstəxana	3
Elmi- tədqiqat Hematologiya və qanköçürmə institutu	1
Bakı Dövlət Universiteti	4
Q.Qasımova ad. 1 saylı Doğum evi	1
Z.Əliyeva ad. Göz xəstəlikləri institutu	1
«Odlar Yurdu» universiteti	2
Müdafiə Nazirliyi sanitar- epidemiologiya mərkəzi	2
K.Fərəcova adına Elmi- tədqiqat pediatriya institutu	3

Dəri- zöhrəvi dispanser	3
«Ömür» klinikası	3
Bakı Avrasiya universiteti	1
İnsultla mübarizə mərkəzi	1
Elmi- tədqiqat ağ ciyər xəstəlikləri institutu	3
Elmi- tədqiqat travmatologiya və ortopediya institutu	1
Tusi ad. Klinika	3
Taunəleyhinə stansiya	6
Prezident yanında xüsusi tibbi xidmət mərkəzinin klinik xəstəxanası	1
1 saylı vərəmələyhinə dispanser	3
Respublika klinik xəstəxanası	3
Gigiyena və epidemiologiya institutu	2
«Diaqnoz» tibbi mərkəz	1
1 saylı xəstəxana	1
Toksikologiya mərkəzi	1
Azərbaycan Dövlət Respublika elmi tibb kitabxanası	1

Cədvəldən göründüyü kimi hər il olduğu kimi bu il də Azərbaycan tibb universiteti, Ə.Əliyev ad. Azərbaycan Dövlət Həkimləri təkmilləşdirmə institutundan olan elmi məqalələr üstünlük təşkil etmişdir. Məqalələrin çoxluğuna görə fərqlənən daha bir müəssisə mərkəzi hərbi klinik hospitaldır ki, oradan jurnala daxil olan məqalələrin sayı 24 olmuşdur. Onu da qeyd edək ki, silahlı qüvvəllər strukturuna daxil olan tibb müəssisələri içərisində bu hospitalın mütəxəssisləri daha fəal olmuşdur, uyğun olaraq oradan qəbul olan məqalələrin sayı da çox olmuşdur. Növ baxımından Mərkəzi hərbi klinik hospitaldan qəbul olunan məqalələrin sayı aşağıdakı kimi olmuşdur: icmallar-9, orijinal məqalələr-11, qısa məlumatlar- 4

Bundan əlavə respublikamızın başqa şəhərlərindən olan tibb müəssisələrində çalışan mütəxəssislərin məqalələri də nəşr olunmuşdur. Bunlar aşağıdakılardan ibarətdir: Lənkəran Şəhər Sağlamlıq Mərkəzi-2, Lənkəran Rayon Mərkəzi Xəstəxanası-1, Sumqayıt Təcili Tibbi Yardm Xəstəxanası-2, Quba Mərkəzi Rayon Xəstəxanası-3, Naxçıvan Muxtar Respublikası Xəstəxanası-2, Naxçıvan Dövlət Universiteti-1, Şəki Doğum Evi-1.

Bununla yanaşı Təbriz Elmi Tədris Mərkəzindən 1, Rusiya Federasiyası Ali Ümumi Səhiyyə Məktəbindən 1, Orgiz Dövlət Tibb Akademiyasından 1, Rusiya Federasiyası Helmtols ad. Göz xəstəlikləri İnstitutu-1, Dövlət Elmi Tibbi Lazer Mərkəzindən (Rusiya)-1, Şəhər Klinik Xəstəxanasından (Qazaxstan) 1, Elmi Pediatriya və Uşaq Cərrahiyyəsi Mərkəzindən (Qazaxstan), Şupik ad. Diplomdansonrakı Təhsil Akademiyasından (Ukrayna)-1, Kursk Tibb Universitetindən 1 məqalə nəşr olunmuşdur.

MÜNDƏRİCAT

İCMALLAR- ОБЗОРЫ

Рак носоглотки- вопросы диагностики и лечения
Аскеров Н.М., Казиева Р.Р……3

Escherichia coli bakteriyasinin bağirsaq epitelinə təsir mexanizmi
Qasimov E.K., Quliyeva N.T., Eyyubova G.M., Əliyarbəyova A.Ə……..10

Allergik rinit və pollinoz bronxial astmanin əmələ gəlməsində risk faktoru kimi
Məmmədov C.T., Abbasəliyeva K.T……..16

Uçuşlarin təhlükəsizliyində uçuş faktorlarinin tibbi cəhətdən öyrənilməsi
Quliyev N.A., Məmmədov M.Q., Qurbanov A.Q., Namazov İ.İ……20

Информационные системы для учета больных с ювенильными артритами
Алекперов М.М.,Гаралова М.З……..27

Гемодинамическое влияние нпвп у больных артериальной гипертонией с ревматоидным артритом
Гейдаров И.Д……...……..30

ORİJİNAL MƏQALƏLƏR- ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Лечебно–диагностический алгоритм при начальной стадии полипозной формы аллергического риносинусита
Гурбанов Ф.А……....33

Usaq əhalisinin göz və onun əlavə aparatinin xəstəliklərinin səviyyəsi və nozoloji strukturu
Şükürova A.R……...36

Anadangəlmə anomaliyalarin yenidoğulanlarda aşkarlanma tezliyi barədə
Əliyeva P.M……..39

Степени разрывов промежности
Султанова С.Г……..……43

Peritonitin erkən mərhələsində hipotermik abdominal sanasiya zamanı qaraciyər və böyrəkdə baş verən histomorfoloji dəyişikliklər
Həmzəyev S.M……..46

Результаты применения функционального биоуправления в лечении неврозов юношей и девушек 15-16 лет
Алекперова Х.М……..……..50

Атопические заболевания у детей.
Мамедова Р.Ю……...…….53

Hazırki dövrdə Azərbaycanda yerli əhali arasında malyariya xəstəliyinin aşkar olunması epidemioloji vəziyyətin gərgin olmasının göstəricisi kimi
Abdullayev X.İ., Hacıyev İ.A., Mahmudova Ş.Ə., Hüseynova F.H., Hacıyeva N.Y.,
Abdullayeva Z.Z……..……58

Оценка безопасности терапии ингаляционными кортикостероидами у детей с бронхиальной астмой тяжелого и среднетяжелого течения
Рустамова С.Т., Гасанов А.И., Рустамова Ш.М……..……..61

Подходы по формированию корзины стоматологических услуг относительно воспалительных заболеваний пародонта
Мамедов Р.М…….……..64

Диагностика огнестрельных ранений живота на этапе квали-фицированной медицинской помощи в предоперационном периоде
Мамедов П.С., Мурсалов В.Р., Дадашов А.М……..69

Обращаемость в территориальную и ведомственную стоматологическую сеть
Кафаров К.К…….……74

Alt burun baliqqulağı radiofrekansla toxuma ablasiyasi proseduru nəticələrinin araşdirilmasi
Yusubov S., Turan E…….……..78

Xroniki uretrogen prostatitlərdə vulkanik palçiq müalicəsinin effektliyi.
Abdullayev Q.İ., Fərəcov Z.H…….81

Süni abortun fəsadlarinin profilaktikasinda traumeel c preparatinin istifadəsi
Cəfərova T.F., Hacıyeva A.A., Əliyeva K.K., Hüseynova P.M…….…….84

Surgical treatment of the supraglottic laryngeal carcinoma: analysis of 335 cases
Mehdiyev Hafiz, Muz S.Engin…….86

Сравнительная характеристика методов лечения пациентов с мезиальным смещением первых моляров верхней челюсти
Шадлинская Р.В…….90

Kesar kəsiyi zamani antibiotikoprofilaktikaya yeni yanaşma
Həsənova M.K., Heydərova K.A., Ramazanova G.K……92

Результаты хирургического лечения острого калькулезного холецистита у больных с высокой степенью риска
Керимов В.Н., Мамедов М.М., Ахмедов Б.В……94

Postnatal ontogenezdə sidik kisəsi vəzilərinin regionar səciyyəsi
Hüseynova G.A……..99

Побочные явления терапии местнораспространенного немелкоклеточного рака легкого
Исаев И.Г., Кязимов К.И., Аскеров Н.М., Акперов К.С., Зейналов Р.С., Мусаев И.Н., Гасанзаде Д.А……102

Hestasion pielonefrit zamanı kompleks müalicədə ozon terapiyasının tətbiqinin effektivliyi
Kamilova N.İ., Muradova Z.K……108

Эффективность азитромицина (сумамед) у часто болеющих детей с респираторными заболеваниями
Керимова М.К…….111

Bisoprololun essensial hipertoniyali xəstələrdə ürək ritminin dəyişikliyinə təsirinin xüsusiyyətləri
Zülfiqarova A.V., Qəhrəmanova S.M., Baxşəliyev A.B., Məmmədli N.M., Nəsrullayev N.S…115

Klimakterik sindromu diaqnostikasının meyarları və alqoritmi
İsmayılova M.İ……..117

Диагностическая и прогностическая значимость определения аутоантителов класса IGG разной специфичности у женщин с привычным невынашиванием беременности
Гаджиева Ф.Р., Шахбазова Н.А……....121

Показатели иммунного статуса и интенсивности иммунопатологических процессов у больных ревматоидным артритом, имеющих серологические маркеры репродуктивных герпетических инфекций
Курбанова С.А., Абасов Э.Ш., Мамедов М.К……124

Qadınların yaşayış şəraitinin (ailənin) və reproduktiv potensialın bir-birilə qarşılıqlı əlaqəsi
Həmzəyev M.A……..128

Peritonitin fazalarından asılı olaraq qanda və limfada immunoloji markerlərin dəyişməsi
Qarayev Q.Ş., Vəliyeva Z.Y., İsmayılov Y.B……132

The effect of hypoxia because of altitude, on the electrocardiogram of athlete's heart
Aghabalaei Hassan, Aliyev A.H., Rahemi A……137

QISA MƏLUMATLAR- КОРОТКИЕ СВЕДЕНИЯ

Серологические маркеры инфицирования вирусами гепатитов В и С у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом
Дадашева А.Э., Михайлов М.И…….140

2009-cu ildə «Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri» jurnalında dərc olunan elmi məqalələrin təhlili……..……142

Çapa imzalanıb: 29.04.2010
Sayı 250. Həcmi 20,5 çap vərəqi
Formatı 60X841/8 əla növ kağız
AzTU- nun mətbəəsi, H. Cavid pr.25