İCMALLAR- ОБЗОРЫ

ОЦЕНКА РЕГИОНАЛЬНОЙ РАДИАЦИОННО-ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ

Г.М.Мамедов, К.М.Абдуллаев

НИИ травматологии и ортопедии, Национальный центр онкологии, г.Баку

Açar sözlər: immun sistem, radiasiya, ekoloji vəziyyət, regional tədqiqatlar
Ключевые слова: иммунная система, радиация, экологическая ситуация, региональные исследования
Key words: immune system, radiation, ecological situation, regional studies

Двадцатый век ознаменовался тем, что среди прочих вредных антропогенных факторов стало неуклонно возрастать значение ионизирующего излучения (ИИ). Этому способствовал целый ряд научно-технических достижений, важнейшими из которых считаются: 1) проводившиеся до сравнительно недавнего времени испытания различных типов ядерного оружия, сопровождавшиеся рассеянием радионуклидов на тысячи квадратных километров; 2) все расширяющиеся масштабы использования радиоактивных веществ и источников ИИ в промышленности и, главное, в атомной энергетике и соответствующее радиационное загрязнение окружающей среды; 3) сжигание больших количеств органического топлива; 4) интенсивное развитие горнорудной, нефтедобывающей и туковой промышленности (с рудой, нефтью и минеральными удобрениями на поверхность могут выноситься довольно активные радионуклиды); 5) использование в промышленном и гражданском строительстве материалов с высоким содержанием радионуклидов и продуктов их распада (радон); 6) ежегодная перевозка десятков миллионов пассажиров авиатранспортом на высоте более 10 тыс метров в течение нескольких часов и 7) повсеместное применение в медицинской практике рентгенологической и, особенно, рентгеновской компьютерной диагностики и развитие методов лучевой терапии онкологических и иных заболеваний и др. [1, 2].

Эти обстоятельства привели к ощутимому увеличению (по сравнению с обусловленной только природными факторами) в целом ряде регионов мира радиационной нагрузки организма человека и животных, сопряженного с опасностью их радиационного поражения.

Более того, на теоррториях, где испытывалось ядерное оружие или произошли аварии на предприятиях атомной энергетики сформировались устойчивые на протяжение десятков лет очаги радиоактивного заражения, экологическая ситуация в которых, по существующей классификации, оценивается как кризисная (зоны чрезвычайной экологической ситуации) и, даже катастрофическая (зона экологического бедствия) [3].

Действительно, хорошо известно, что очень высокий уровень радиации несовместим с жизнью, а даже сравнительно невысокие (но превышающие принятые уровни безопасности) дозы ИИ при длительном воздействии могут губительно действовать на органы и ткани человека и животных.

Однако, ни человек, ни животные не имеют рецепторов, способных воспринимать изменение интенсивности радиации и потому они не могутощущать радиацию и ее колебания. В силу этого может возникнуть ситуация, когда человек, живя и работая (а также потребляя воду и пищу, содержащую большое количество радионуклидов), длительное время может подвергаться воздействию радиации, по интенсивности превышающей нормативы в сотни раз, не зная об этом. Это и есть экологический риск радиационного поражения.

ИИ, так или иначе, воздействует на все функциональные системы организма, однако из всех органов и систем человека и животных на воздействие даже сравнительно невысоких доз ИИ наиболее чутко и самой первой реагирует иммунная система, обеспечивающая один из действенных механизмов сохранения, в первую очередь, структурного гомеостаза и, соответственно,

биологической индивидуальности организма [4]. Именно последнее обстоятельство легло в основу известной идиомы о том, что "наследственность обеспечивает структурный гомеостаз на протяжение филогенеза, а иммунитет - на протяжение онтогенеза" [5].

Именно указанная выше способность иммунной системы дала повод ученым полагать, что иммунная система может считаться высокочувствительной индикаторной системой, меняющей свои параметры в случае если организм попал в экологически неблагоприятную ситуацию, причем даже тогда, когда никакими другими тестами выявить отрицательное воздействие на него в данной ситуации не удается.

Касаясь реакции иммунной системы на радиацию, необходимо подчеркнуть, что в реальных условиях организм испытывает воздействие не только ИИ, но как правило, и других (нерадиационных) антропогенных факторов, способных повреждать (соли тяжелых металлов, диоксин, широкий перечень других химических веществ) или стимулировать (аллергены и иммунотропные инфекционные агенты) иммунную систему. Такое комплексное воздействие к приводит к модификации состояния иммунной системы. Последняя же, становится непосредственной причиной развития аутоиммунных заболеваний и аллергических состояний, но главное, вторичных (приобретенных) иммунодефицитов.

Оценивая роль ИИ в общем балансе действующих на живые организмы экологических факторов не следует упускать из виду и другие обстоятельства, объясняющие особенности экологически обусловленного радиационного воздействия на иммунную систему.

Во-первых, ИИ негативно влияет не только на клетки иммунной системы, но и на ряд других систем, функционирование которых, прямо или косвенно, связано с деятельностью иммунной системы.

В частности, под действием ИИ прежде всего повреждаются естественные биологические барьеры поверхностных покровов и слизистых оболочек, выстилающих физиологических пути дыхательной, пищеварительной и выделительной систем. В итоге снижается резистентность не только к патогенным, но и условнопатогенным возбудителям и, в том числе, из нормальной резидентной микрофлоры.

Поэтому при развитии инфекций, вызванных первыми снижение резистентности находит выражение в форме уменьшения минимальных инфицирующих доз возбудителя, увеличении частоты случаев тяжелого клинического течения инфекционных болезней, обострении латентных форм инфекций и др. В случаях же инфекций, вызванных условно-патогенными агентами, изменение "местного" иммунитета может приводить к глубокому количественному и качественному изменению видового состава резидентной микрофлоры организма, т.е. к дисбактериозу. На фоне последнего происходит активация размножения гнилостных и, в том числе, токсин-продуцирующих бактерий. Это приводит к еще более выраженному нарушению биологических барьеров и "прорыву" во внутреннюю среду организма этих и других бактерий, а также продуктов их жизнедеятельности, способствующих не только развитию эндотоксикозов, но и аллергизации организма.

Кроме того, продолжительное облучение даже невысокими дозами ИИ может приводить к кумулятивному повреждению нервной системы и ослаблению ее регуляторной функции, которое через эндокринную систему может снижать интенсивность развития иммунного ответа на уровне организма.

Во-вторых, быстрота формирования иммунологических сдвигов, индуцированных общим воздействием ИИ, как и их выраженность, прямо зависят как от поглощенной дозы ИИ, так и от продолжительности воздействия ИИ. Так, при достаточно высокой дозе ИИ изменения иммунологических показателей могут обнаружиться немедленно и, как правило, в сочетании с признаками поражения других функциональных систем организма.

В то же время, при продолжительном облучении, так называемыми, "малыми" дозами эти изменения обнаруживаются позднее, но сохраняются значительно дольше. Так, известно, что "поздние" (отсроченные) иммунологические признаки радиационного поражения могут проявиться у лабораторных животных уже через месяц, у собак и лошадей - через год, у человека - через 10-30 лет [6].

Судя по ныне опубликованным данным о последствиях радиационных аварий на Южном Урале (1947 г, 1957 г) и, особенно, аварии на Чернобыльской АЭС (1986 г), изменения иммунологических показателей обнаруживались как в ранние сроки (2-5 лет), так и через 10-20 лет после начала радиационного воздействия, причем если первые годы эти изменения были связаны преимущественно с внешним облучением, то в более поздние сроки они были обусловлены

многолетним облучением костного мозга инкорпорированными (в основном, с пищей) долгоживущими радионуклидами [7].

Кроме того, анализ этих результатов позволил выявить новые закономерности в отношение воздействия на иммунную систему малых доз ИИ, которые не были обнаружены при проведении лабораторных исследований на экспериментальных животных вне зон радиационных катастроф. Выяснилось, что в условиях реального пребывания людей и животных в зонах аварий, отмеченные в иммунной системы изменения оказались более выраженными, нежели считалось раньше. Иначе говоря, малые дозы оказывали более выраженное иммунодепрессивное действие, чем это было принято считать.

Это означает, что для людей, продолжающих жить в регионах, расположенных вблизи зон радиационных аварий и загрязненных радионуклидами и потому до сих пор подвергающихся хроническому воздействию малых доз ИИ, риск поражений иммунной системы (как и других систем и органов) и опасность их последствий заметно превышает расчетный уровень [8].

Высказывается мнение о том, что причиной более выраженных изменений иммунной системы при воздействии малых доз радиации в зоне радиационных аварий является сочетанное воздействие радиационных (низкоинтенсивное ИИ) и нерадиационных (в, основном, химических) факторов, способное вызывать эффекты, не характерные для изолированного воздействия этих факторов в отдельности. В этих случаях, наряду с прямым иммунотропным действием ИИ и нерадиационных факторов, вероятно реализуется их воздействие на системы, обеспечивающие адаптационно-компенсаторные реакции организма.

Кроме того, допускается, что поздние эффекты такого сочетанного воздействия на иммунную систему могут развиваться на фоне ее генетически детерминированных изменений (происшедших на раннем этапе радиационного воздействия), неблагоприятно сказавшихся на функциональных характеристиках иммунной системы, в целом. Возможно, что именно это обстоятельство предопределяет более высокую предиспозицию облученных людей к лейкозу, злокачественным опухолям и, даже, аутоиммунным заболеваниям [8].

Итак, резюмируя изложенное выше, нетрудно сделать обобщающий вывод о том, что одним из важнейших проявлений действия, обусловленного антропогенными факторами, ИИ на организм является развитие, более или менее, выраженных вторичных иммунодефицитов. Важность значения антропогенно-экологических факторов в формировании таких иммунодефицитов нашло отражение в одном из метафорических их названий - "экологический СПИД".

Не преуменьшая значение иммунотоксического химического загрязнения окружающей среды и его роли в морфофункциональных модификациях иммунной системы, можно утверждать, что наиболее существенный вклад в развитие экологически обусловленных иммунодефицитов вносит ИИ. Это обстоятельство позволяет говорить о том, что состояние иммунной системы человека и животных, живущих в том или ином регионе отражает радиационно-экологическую ситуации окружающей среды этого региона, а выраженность у них иммунодепрессии может служить интегративным показателем, прямо отражающим степень радиационно-экологического неблагополучия окружающей среды региона.

Указывая на формирование иммунодефицитов, как на важнейший результат воздействия ИИ на иммунную систему, уместно отметить, что такие иммунодефициты сами становятся причиной, с одной стороны, снижения иммунологически обусловленной резистентности к возбудителям инфекционных заболеваний, а с другой стороны, возрастания риска возникновения лейкозов и онкологических заболеваний, т.е. глобально распространенной и важной в медико-социальном отношении, патологии человека [9]. Такая причинно-следственная связь представляется вполне логичной исходя из того, что важнейшей функцией иммунной системы является обеспечение защиты организма от инфекционных агентов и ослабление последствий влияния на организм канцерогенных факторов (путем элиминации возникающих под их воздействием опухолевых клеток).

Реальность такой связи позволяет теоретически допустить возможность существования прямой связи не только между степенью иммунодепрессии и радиационной нагрузкой, но и между интенсивностью ИИ, воздействующего на человека и основными последствиями иммунодефицита, т.е. с риском повышения чувствительности к инфекциями и пермиссивности по отношению к злокачественным опухолям.

В то же время, очевидно, что такие связи пока могут браться за основу при расчетах названных рисков только с оговорками, поскольку при их оценке нельзя не учитывать "вклад" нерадиационных иммунотропных факторов, действие которых в границах конкретного региона может не только

усиливать, но и, возможно, ослаблять эти связи, а также генетическую и фенотипическую гетерогенность населения любого региона в отношение показателей иммунного статуса. Влияние всех этих факторов может искажать результаты таких расчетов и снижать обоснованность, сделанных на их основе, выводов.

Тем не менее, уже сегодня можно ставить вопрос о перспективности исследований по разработке подходов к оценке этих рисков исходя из связи между степенью иммунодепрессии и уровнем ИИ.

Переходя же к оценке уже существующих методических возможностей использования иммунологических показателей в качестве количественных параметров, отражающих уровень радиационной нагрузки, следует отметить, что вопрос выбора наиболее информативных (по существу, наиболее чувствительных к ИИ) показателей до сих пор не нашел определенного решения.

Так, к ИИ наиболее чувствительны иммуноциты, отвечающие за функционирование антиген-зависимого звена иммунной системы, т.е. В- и Т-лимфоциты. Но обеспечивая формирование приобретенного иммунитета, они активизируются лишь после сенсибилизации организма к проникшим в него конкретным инфекционным агентам и лишь после появления в нем конкретной опухоли.

Между тем, самую первую линию защиты как от патогенных агентов, так и от трансформированных клеток обеспечивают макрофаги, нейтрофилы и естественные киллерные клетки, в совокупности формирующие антиген-независимое звено иммунной системы, ныне именуемое "врожденным иммунитетом".

Поэтому, несмотря на то, что эти иммуноциты менее чувствительны к действию ИИ, именно их функциональная активность отражает степень способности организма противостоять как инфекциям, так и опухолевому росту. Поэтому высказано мнение о том, что более информативным представляется использование подходов, позволяющих оценить функциональное состояние НИР.

Из этого следует, что оценив состояние этого звена иммунитета в конкретной популяции лиц, можно оценить не только радиационно-экологическую ситуацию на территории ее проживания, но и степень подверженности лиц из такой популяции как инфекционным, так и онкологическим заболеваниям [10]

Это, в свою очередь, открывает новые возможности для последовательного развития таких направлений экологической иммунологии, как раннее выявление нарушений иммунной системы до развития инфекционных и, главное, онкологических заболеваний (донозологическая диагностика) и далее разработка рациональных методов иммунокоррекции, способной снизить риск развития этих заболеваний (донозологическая профилактика).

ЛИТЕРАТУРА

1.Хаитов Р.М., Пинегин Б.В., Истамов Х.И. Экологическая иммунология. М.: ВНИРО, 1995, 219 с.;

2.Ильин Л.А., Кириллов В.Ф., Коренков И.П. Радиационная гигиена. М.: Медицина, 1999, 384 с.;

3.Аронсон А.А. Проблема выживания: поиски путей решения. - Экоэнергетика, 2004, N.1, с.30-31;

4.Мамедов М.К., Кадырова А.А. Современные представления о гомеостазе. // Азерб. Ж.онкологии, 2003, N.2, с.129-138.

5. Воронин Е.С., Петров А.М., Серых М.М. и др. Иммунология. М.: Колос-пресс, 2002, 407 с.;

6. Мамедов Г.М. Аспекты изучения "малых" доз радиации как потенциального патогенного фактора для человека // Биомедицина, 2009, N.1, с.9-15;

7. Основы медицинской радиобиологии. Под ред.И.Б.Ушакова. СПб.: Фолиант, 2004, 381 с.;

8. Ярмоненко С.П., Вайнсон А.А. Радиобиология человека и животных. М.: Высшая школа, 2004, 549 с.;

9. Петров Р.В., Орадовская И.В. Эпидемиология иммунодефицитов. Серия: Мед. генетика и иммунология. М.:ВНИИМИ.,1988, Вып.3., 56 с.;

10. Семененко Т.А., Мамедов Г.М. Состояние иммунной системы популяции как отражение региональной радиационно-экологической ситуации. // Экоэнергетика, 2008, N.1, с.42-46;

Xülasə

İmmun sistemin funksional sistem göstəricilərinin təhlili əsasında regional radiasiya-ekoloji vəziyyətin qiymətləndirilməsi

M.Q.Məmmədov, K.M.Abdullayev

Məqalədə konkret regionda yaşayan populyasiya əhalisi arasında immunoloji pozuntuların aşkar edilməsinə əsasən regional radiasiya-ekoloji vəziyyətin qiymətləndirilməsinin prinsipial imkanlarını əks etdirən göstəricilər nümayiş etdirilmişdir.

Summary

Estimation of regional radioecologic situation on the base of analysis of immune system functional condition parameters

G.Mamedov, K.Abdullayev

The article contains data demonstrated principal possibility of estimation regional radioecologic situation on the base of detection of immunologic disorders among population live in the region.

Daxil olub: 24.01.2018

Dİ GEORGE SINDROMU

Q.İ.İsmayılov

"Mediclub Pediatriya" özəl klinika

Açar sözlər: Di George sindromu, uşaq xəstəlikləri, genetik xəstəlik

Ключевые слова: синдром Ди Джорджи, детские болезни, генетические болезни

Keywords: Di Georgi's syndrome, childhood diseases, genetic diseases

1965-ci ildə Di George adlı alim apardığı təcrübə nəticəsində bir qrup xəstədə timus və paratiroid vəzinin yoxluğunu aşkar etdi. Sonralar bu xəstəlik alimin adı ilə Di George sindromu adlandırıldı. 22-ci xromosomda gedən translokasiya nəticəsində yarandığı üçün xəstəlik genetik xəstəliklər sırasına daxil oldu. (22q11.2) Spritzen sindromu,velokardiofasiyal və konotrunkal anomaliya olaraqda bir çox ədəbiyyatlarda rast gəlinir.Ən sıx görülən mikrodelesiya olub prevelansı 1/4000 dir. 22q11.2DS'de, COMT (Catechol-O-methyltranferase) adlı başqa bir genin çatışmazlığı nəticəsində psixiatrik problemlər və onkoloji xəstəliklərə meyillik yaranır [1,2,3,4,5,6,7]. COMT enzimi insanda 22q11.2'de yerləşən gen tərəfindən kodlanır. COMT enzimi postsinaptik neyronlar yer alan intrasellüler bir enzimdir. Katekol-O-metiltransferaz katexolamin neyrotransmitterlərinin inaktivasiyasında rol oynayır. COMT gen polimorfizminin şizofreniya, bipolyar xəstəlik, OKS, migren, agressif ve antisosiyal davranışların patogenezinde böyük rolu vardır. Kardiak anomaliya,immun çatışmazlıq və üzdə olan defektləri. Digər ürək anomaliyalar: Fallot tetralogiyası,VSD,Trunkus arteriozus,vaskulyar patologiyalar [8,9,10,11]. İmmun Çatışmazlıq:T hüceyrə lenfopeniyası,İgG sintezində azalma, timus aplaziyası. Üz anomaliləri: Velofarengial çatışmazlıq, dodaq və damaq yarığı, açıq və submokazal damaq yarığı, external aurikular anomalilər, mikrognati. MSS tərəfindən dəyişikliklər: Borderline, mental retardasiya (inbessil), serebellar hipoplaziya (orta ağırlıq), mielomeningosel (orta ağır), konvulsiya, oks, bipolyar xəstəliklər, hiperaktivlik sindromu, Kenner və Asperger autizmi, yeniyetmələrdə və yuxarı yaşlarda şizofreniya və şizoaffektiv xəstəliklər. Digər anomaliyalardan, misal renal quruluş anomaliyaları(tək böyrək, multikistik böyrək), renal ageneziya, displastik və hipoplastik böyrək, hidronefroz, hipotiroidizm, GH çatışmazlığı, Bernard Solier xəstəliyi, hepatoblastoma, diafragmal yırtıq, intestinal malrotasiya, hirşprunq xəstəliyi, dismotilitəyə bağlı qəbizlik görülür, traxeoezofageal fistul, ezofaqus atreziyası Paratiroid vəzilərinin hipoplaziyasına bağlı neonatal hipokalsemiya xarakteristik bir klinik əlamət olub tetanus ilə qarışan konvulsiyalar ilk şikayət səbəbi olabilir. Hipokalsemiya ümumilikdə həyatın ilk iki həftəsində, görülmək ilə birlikdə bir yaşdan sonra paratiroid vəzilərin hipertrofiyası ile düzəlir, lakin latent hipoparatiroidizmə bağlı gec başlayan və təkrarlayan hipokalsemiya da görülə bilir. Müalicəyə dayanıqlı hipokalsemiya isə çox nadir görülür və həyatı boyu Ca dəstəyinə ehtiyac olur [3,6,12,13,14,15]. Əsas diaqnostik kriteriyalar: həyatın ilk 3 ilində CD3+ T hüceyrələrində azalma (500.mm3) ilə birlikdə əlavə kriterilərdən biri konotronkal kardial defekt və hipokalsemiyanın klinik ve laboratoriya əlamətləri konotrunkal kardial defekt və xromosom 22q11.2'de delesiyanın aşkar olunmasıdır [16,17,18]. Konotronkal kardial defekt, hipokalsemiyanın klinik ve laboratoriya əlamətləri və xromosom 22q11.2'də delesiyanın aşkar olunması. 22q11.2 delesiyasının makroskopik olaraq görülə bilənləri birinci olaraq kariyotip analizi ilə diaqnoz qoyulmuşdur.1992 ilindən etibar olaraq rutin istifadə olunmağa başlandı. (FISH). Son illərdə 22q11.2 delesiyasının təyinində yeni üsullar kəşf olunub. Qarşılaşdırmalı genomik hibridizasiya(comparative genomic hybridization; CGH), multipleks ligasiya bağımlı prob amplifikasiya (multiplex ligation-dependent probe amplification; MLPA), kantitatif zaman həqiqi çox rəngli polimeraz zəncir reaksiyası (PZR). Yüksək

həllolunan SNP mikrodizi analiz üsulları birçox laboratoriyalarda FISH metodun yerini almışdır. Ancaq bu metodlar çox bahalı olduğu üçün çox istifadə olunmur. Erkən dövrlərdə əsas olaraq üz anomaliləri, hipokalsemiya,digər labaratoriya, nəticələrinə əsasən, immun çatışmazlığı və kardiak əlamətlərə görə müalicə aparılarkən; Yuxarı yaşlarda nevroloji və psixiatrik (ən çox hiperaktivlik sindromu) xəstəliklərdən müalicə alırlar. Müalicənin ağırlığı 2 əsas kriteriyalara bağlıdır: immunoloji və kardialoji simptomlara bağlıdır. Kardialoji əməliyyatlar zamanı mütləq olaraq EXO, MRT, Angio olunmalıdır, geniş spektirli antibiotiklər başlanmalıdır. İmmun sistemin rekonstitusiayasını həyata kəçirmək üçün yerinə yetirilən sümük iliyi, periferik qan və timus köçürülməsi ilə uğurlu nəticələr alınır. İlk dəfə 1968 ilində Cleveland tərəfindən timus nəqli həyata keçirilib. Timus nəqli sonrası, normal T hüceyrə repertuarına sahib sadə və regülyator T hüceyrə sintezi, normal mitojen reaksiyası, qısa zamanlıda olsa alınmışdır. Transplantasiya sonrası ikinci ayda alınan biyopsilərdə timopoez göstərilmişdir və qanda T hüceyrə sayı eyni yaşdakı sağllam uşaqlardan daha aşağı olmuşdur. Timus köçürülməsi üçün human leykosit antigen (HLA) uygunluğu ve ABO uygunluğu lazımdır. Transplantasiya sonrası ölümlərin ən çox səbəbi yanaşı gedən xroniki ağ ciyər xəstəlikləri və sistemik viral infeksiyalardır. Canlı peyvəndlər ağır immun çatışmazlıq olmadığı müddətdə əks göstəriş deyildir. CD4 limfosit sayı >400/mm3 isə Tetanoz, Haemophilus influensa tip b, Rubella ve Rubeola peyvəndləri oluna bilər. Nadir hallarda İmmunoglobulin təyin olunur. Doğumda eşitmənin yoxlanılması və 4 yaşında təkrarlanmasına ehtiyac görülür. Fallot müalicəsi: 6 aydan kiçik simptomatik xəstələrə sistemik pulmonar şuntlama əməliyatı aparılır. 6 aydan simptomatik xəstələrə Modifie Blalog-Taussig şuntlaması aparılır. Yaşından böyük asimptomatik xəstələrə isə elektiv tamdüzəltmə əməliyatı aparılır [19,20,21,22,23,24,25,26,27].

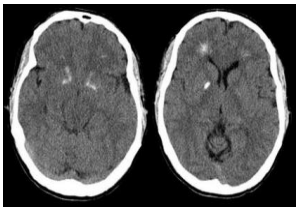
10/08/2016 təvəllüdlü Mehonic Luis 29.01.2017-ci ildə Kepler Universitet (Viyanna, Avstriya) klinikasının intensiv terapiya şöbəsinə 3-cü dərəcə tənəffüs çatışmazlığı ilə daxil oldu. Daxil olarkən huşu soporoz, traxeostomada süni tənəffüs aparatına qoşulmuş vəziyyətdə (SPAP-PS) idi. Larinqomalaziya 3-cü dərəcə və metabolik xəstəlik şübhəsi var idı. Sat-94,Ps-177,T-44, spontan tənəffüsü qeyd olundu. Hərarəti 38,6C. Nəticələri: Qan qazları: PH-7,36,PCO2-51mm.Hg, PO2-41mm.Hg, HCO3-26,8mmol.l, SBEc-3,5. Hemoliz parametri: LDH-400U.J Revmotest:CRP-0,8mg.dl, Kardiak parametr: NT-ProBNP-13536 pg.ml, (100 pg.ml). A.F.R: İnterleukin6-32,1pg.ml. Ley 20g.l, Metobolizma: Ümumi Pr-6,4., Kreatin-0,78., İgG1182., İgM276, Mikrobioloji müayinə: Anaerob bakteriyalar aşkar olundu.Traxealsekretdə: Gram "+", anaerob, çöp şəkilli bakteriyalar aşkarlandı ki, buna Fridlender ç. adı verildi. Qamma proteobakteriya sinfinə aiddir. Mikrobioloji müayinə zamanı Mak-konki Aqarında anaerob bakteriyalar aşkar olundu.Traxeal sekretdə: gram "+", anaerob, çöp şəkilli bakteriyalar aşkarlandı. (Fridlender çöpləri). Qamma proteobakteriya sinfinə aiddir (Şəkil 1 və 2).



Şək.1.Rentgen PA: nəticə: Pnevmoniya (Klebsiella pneumoniae)



Şək.2. Rentgen PA: nəticə: Pnevmoniya (Klebsiella pneumoniae)



Şək.3. Sonografiya zamanı görüntülər

Sonografiyada nəticə olaraq: intrakranial qanaxma aşkar olunmadı. Kompyuter tomoqrafiyada bazal qanqlion və periventrikular kalsifikasiya aşkarlandı (Şək.3). Diagnoz: Laringomalasiya lll Tet Canal (Fallot, ASD ll, Pulmonar stenose, PFO bağlanmış) Hipoparatiroidizm.Cerebral krampf.Transvers kolon perforasiyası.Klebsiella pnevmoniyası. Müalicədə istifadə olunan dərman preparatları:Prednisolon. Keppra. Ca gluconate 10%. Viagra 4mg.kg. Cefuroxim axetil, Xiclav, Reomax. Furosemid. Aspirin. Mexalen, Nuroflex30mq.ml.Chloralhidrat,Oleovit D3. Beradual, Pulmikort, Eloped, Elomed.KCl 4%, Glucose5%,10%,15%.

Profilaktka: erkən dövrdə onkoloji xəstəliklərin üzə çıxarılması tövsiyə olunur. İmmun sistemi supressə xəstələrə antibakterial və antiviral müalicənin profilaktik başlanması lazımdır. Hamiləlik dövründə spirtli içkilərin kənar edilməsi, hamiləlikdə viruslara qarşı peyvəndlərin təyin olunması kimi tədbirlərin güclendirilməsi vacibdir. Hamiləlik zamanı (11-13 həftəlikdə) USN müayinəsi zamanı Di George

sindromuna şübhə varsa o zaman bir sonrakı müayinələrin aparılması vacibdir. (amniosintez yolu ilə DNA-da 22-ci xromosomdakı delesiyanı aşkar etmək).

ƏDƏBİYYAT

1.Goldberg R., Motzkin B., Marion R. et al. Velo-cardio-facial syndrome: a review of 120 patients // Am J Med Gene. 1993, v.45, p.313-9.

2.Newbern J., Zhong J., Wickramasinghe R.S. et al. Mouse and human phenotypes indicate a critical conserved role for ERK2 signaling in neural crest development // Proc Natl Acad Sci USA 2008, v.105, p.17115-20

3.McDonald-McGinn D.M., LaRossa D., Goldmuntz E. et al. The 22 q.112 deletion: Screening, diagnostic work up, and outcome of results, report of 181 patients // Genet Test, 1997, v.1, p.99-108.

4.Digilio M.C., Marino B., Formigari R., Giannotti A. Maternal diabetes causing DiGeorge anomaly and renal agenesis // Am J Med Genet., 1995, v.55, p.513-4.

5.Yagi H., Furutani Y., Hamada H. et al. Role of TBX1 in human del22q11.2 syndrome // Lancet 2003, v.25, p.1366-73.

6.Moon A.M., Guris D.L., Seo J.H. er al. Crkl deficiency disrupts Fgf8 signaling in a Mouse model of 22q11deletion syndromes // Dev Cell, 2006, v.10, p.71-80.

7.Yamagishi H., Srivastava D. Unraveling the genetic and developmental mysteries of 22q11 deletion syndrome // Trends Mol Med., 2003, v.9, p.383-9.

8.Bassett A.S., Chow E.W., Husted J. et al. Clinical features of 78 adults with 22q11 Deletion Syndrome. // Am J Med Genet A, 2005, v.138, p.307-13.

9.Sullivan K.E. Chromosome 22q11.2 Deletion Syndrome: DiGeorge Syndrome/Velocardiofacial Syndrome // Immunol Allergy Clin N Am., 2008, v.28, p.353-66.

10.Casteels I., Casaer P., Gewillig M. et al Ocular findings in children with a microdeletion in chromosome 22q11.2 // Eur J Pediatr., 2008, v.167, p.751-5.

11.Oskarsdottir S., Belfrage M., Sandstedt E. et al Disabilities and cognition in children and adolescents with 22q11 deletion syndrome // Dev Med Child Neuro., 2005, v.47, p.177- 84.

12.Kato T., Kosaka K., Kimura M. et al. Thrombocytopenia in patients with 22q11.2 deletion syndrome and its association with glycoprotein Ib-beta // Genet Med., 2003, v.5, p.113-9.

13.Bassett A.S., Chow E.W., Weksberg R. Chromosomal abnormalities and schizophrenia // Am J Med Genet., 2000, v.97, p.45-51.

14.Wu H.Y., Rusnack S.L., Bellah R.D. et al. Genitourinary malformations in chromosome 22q11.2 deletion // J Urol., 2002, v.168, p.2564-5.

15.Staple L., Andrews T., McDonald-McGinn D. et al. Allergies in patients with chromosome 22q11.2 deletion syndrome (DiGeorge syndrome/velocardiofacial syndrome) and patients with chronic granulomatous disease // Pediatr Allergy Immunol., 2005, v.16, p.226-30.

16.Boudjemline Y., Fermont L., Le Bidois J. et al Prevalence of 22q11 deletion in fetuses with conotruncal cardiac defects: A 6 year prospective study // J Pediatr., 2001, v.138, p.520-4.

17.Park IS, Ko JK, Kim YH, Yoo HW, Seo EJ, Choi JY, et al. Cardiovascular anomaliesin patients with chromosome 22q11.2 deletion: a Korean multicenter study. Int J Cardiol 2006,114:230- 5.

18.Oskarsdottir S., Person C., Erikson B.O., Fasth A. Presenting phenotype in 100 children with 22q11 deletion syndrome // Eur J Pediatr., 2005, v.164, p.146-153.

19.Matsuoka R., Kimura M., Scambler P.J. et al. Molecular and clinical study of 183 patients with conotruncal anomaly face syndrome // Hum Genet., 1998, v.103, p.70-80.

20.Goldmuntz E., Clark B.J., Mitchell L.E. et al. Frequency of 22q11 deletions in patients with conotruncal defects // J Am Coll Cardiol., 1998, v.32, p.492-8.

21.Beauchesne L.M., Warnes C.A., Connolly H.M. et al. Prevalence and clinical manifestations of 22q11.2 microdeletion in adults with selected conotruncal anomalies / / J Am Coll Cardiol., 2005, v.45, p.595-8.

22.Bastian J.B., Law S., Vogler L. et al. Prediction of persistent immunodeficiency in the DiGeorge anomaly // J Pediatr., 1989, v.115, p.391-6.

23.Hiéronimus S., Bec-Roche M., Pedeutour F. et al. The spectrum of parathyroid gland dysfunction associated with the microdeletion 22q11 // Eur J Endocrinol., 2006, v.155, p.47-24.

25.Weinzimer S.A.. Endocrine aspects of the 22q11.2 deletion syndrome // Genet Med., 2001, v.3, p.19-22.

26.Ozbek N., Derbent M., Olcay L. Dysplastic changes in the peripheral blood of children with microdeletion 22q11.2 // Am J Hematol., 2004, v.77, p.126-31.

27.Pallotta R., Evangelista V., Margaglione M. Macrothrombocytopenia in velocardiofacial syndrome. // J Thromb Haemost., 2005, v.3, p.601-3.

Резюме

Синдром ДиДжордж

Г.И. Исмаилов

Синдром ДиДжордж (DGS) включает гипоплазию тимуса, гипокальциемию, дефекты оттока сердца и дисморфическую фасцию. Это происходит почти во всех случаях при делеции 22q11.2 хромосомы. Оценки показывают, что делеция 22q11.2 хромосомы происходит примерно в 1 из 4000 живорождений, что делает это заболевание серьезной проблемой для здоровья у населения в целом. Результаты, связанные с делецией 22q11.2, являются обширными и сильно варьирующимися от пациента к пациенту. В этой статье – клинический случай - были представлены особенности этого расстройства с акцентом на клинические данные и подход к оценке этих пациентов. Синдром ДиДжордж следует рассматривать как серьезный конец клинического спектра, охватываемого аббревиатурой CATCH 22; Сердечные дефекты, Аномальные фасции, гипоплазия Тимуса, Расщелина неба и Гипокальциемия, вызванные делецией 22q11.2 хромосомы.

Summary

DiGeorge syndrome

G.I.Ismailov

DiGeorge syndrome (DGS) comprises thymic hypoplasia, hypocalcaemia, outflow tract defects of the heart, and dysmorphic facies. It results in almost all cases from deletion within chromosome 22qll. Estimates suggest that the 22q11.2 deletion occurs in approximately 1 in 4000 live births, making this disorder a significant health concern in the general population. The 22q11.2 deletion has been identified in the majority of patients with DiGeorge syndrome, velocardiofacial syndrome, and conotruncal anomaly face syndrome, suggesting that they are phenotypic variants of the same disorder. The findings associated with the 22q11.2 deletion are extensive and highly variable from patient to patient. In this article – case report, it was presented the features of this disorder, with an emphasis on the clinical findings and an approach to the evaluation of these patients. DiGeorge syndrome should be seen as the severe end of the clinical spectrum embraced by the acronym CATCH 22 syndrome; Cardiac defects, Abnormal facies, Thymic hypoplasia, Cleft palate, and Hypocalcaemia resulting from 22qll deletions.

Daxil olub: 06.02.2018

MƏDƏ XƏRÇƏNGİ ZAMANI BƏZİ REPARATİV GENLƏRDƏ BAŞ VERƏN MUTASİYALARA DAİR MÜASİR MƏLUMATLAR

E.K.Əsgərov

Ege Universiteti, İzmir

Açar sözlər: mədə xərçəngi, reparativ gen XRCC1, yayılma tezliyi, xəstəliyin yaranma riski

Ключевые слова: рак желудка, репаративный ген XRCC1, частота распространения, риск возникновения заболевания

Key words: gastric cancer, repair gene XRCC1, frequency of spread, risk of developing the disease

Bütün dünyada mədə xərçəngindən ölüm halları bədxassəli şişlər nəticəsində baş vərən ölümlərin sırasında 2-ci yerdə durur. Lakin son 50 ildə müəyyən bölgələrdə mədə xərçəngi və bununla bağlı letallıq əhəmiyyətli dərəcədə azalmışdır. Mədə xərçəngi müxtəlif ölkələrdə yaşayan müxtəlif etnik qruplar arasında getdikcə fərqlənir. Tibb aləmində diaqnostika və müalicə prinsiplərinin inkişafına baxmayaraq, mədə xərçənginin 5 il ərzində sağalma göstəricisi 20%-i keçmir. Məlumdur ki, mədə xərçəngi hüceyrədaxili tsikl və molekulyar ötürücü sistemində genetik və epigenetik mexanizmlərinin dəyişikliyi nəticəsində yaranır. Bunlara onkogenlər, şişin inkişaf qabiliyyətini itirmiş genləri, DNT-nin bərpaedici genləri və s. aiddir [1]. DNT-nin bərpaedici genlərinə müəllif tərəfindən öyrənilmiş XRCC1 geni də aiddir.

İnsanın XRCC1 geni 19-cu xromosomun uzun hissəsi üzərində yerləşir və 17 ekzondan ibarətdir. Uzunluğu təxminən 33 kb-dir. XRCC1 proteini 69,5 kDa çəkidə olub, tərkibində 633 aminturşu saxlayır [2].

Yüksək allel sıxlığı və funksional əhəmiyyətinə görə 194-cü kodonda (allel sıxlığı 13%), 280-ci kodonda (allel sıxlığı 7%) və 399-cu kodonda (allel sıxlığı 27%) polimorfizmlər intensiv şəkildə rast gəlinir. 194-cü kodonda arginin-triptofan (Arg194Trp), 280-ci kodonda arginin-histidin (Arg280His) və 399-cu kodonda arginin-qlutamin (Arg399Gln) aminturşu dəyişikliyi meydana gəlir [3].

Hazırkı tədqiqatda XRCC1 geninin 633 amin turşusundan ibarət protein quruluşunu kodlaşdıran 17 ekzonu xəstə və kontrol qrupdakı hər bir fərd üçün təxminən 5000 əsas cütlüyündən ibarət nukleotid zənciri DNT ardıcıllıq üsulu ilə təhlil edilmiştir. Nəticədə DNT zəncirinin 17 ekzonundan yalnız 194, 280 və 399-cu kodonlarında tibbi ədəbiyyatda məlum olan mutasiyalar aşkar edilmişdir. Digər ekzonlarda mutasiya qeyd olunmamışdır.

Müxtəlif ölkələr və irqlərdə xəstə və kontrol qruplarında XRCC1 genində mövcud mutasiyaların mədə xərçənginin yaranması riski baxımından aparılan tədqiqi nəticəsində müxtəlif rəylər meydana çıxmışdır. Bir sıra tədqiqatda bu mutasiyalar və allel faizləri ilə mədə xərçəngi arasında heç bir fərq aşkar olunmadığı halda, digər tədqiqatlarda mühüm fərqlər aşkar edilmişdir.

Bizim tədqiqatda xəstə və kontrol qruplarda XRCC1 geninin 194, 280 və 399-cu kodonlarındakı mutasiyalar və allel paylanması arasında müqayisə aparılmışdır.

Tədqiqatımızda 50 mədə xərçəngi olan xəstə və 50 praktik sağlam şəxs tədqiq edilmişdir. Xəstə və kontrol qrupa görə ayrı-ayrı kodonların allel paylanması aşağıdakı kimi olmuşdur:

XRCC1 geninin 194-cü kodonunda Arg allel faizi xəstə qrupunda 88%, kontrol qrupda 96%, Trp allel faizi xəstə qrupunda 12%, kontrol qrupda 4% olmuşdur. Xəstə və kontrol qruplarında Arg və Trp allel paylanmasına görə aparılan müqayisədə statistik əhəmiyyətli fərq aşkar etmədir (p=0,65).

XRCC1 geninin 280-ci kodonunda Arg faizi xəstə qrupunda 90%, kontrol qrupda 97%, His allel faizi xəstə qrupunda 10%, kontrol qrupda 3% olmuşdur. Xəstə və kontrol qruplarında aparılan Arg və His allel paylanmasına görə aparılan müqayisədə əhəmiyyətli fərq aşkar edilməmişdir (p=0,82).

XRCC1 geninin 399-cu kodonunda Arg allel faizi xəstə qrupunda 49%, kontrol qrupda 53%, Gln allel faizi xəstə qrupunda 51%, kontrol qrupda 47% olmuşdur. Xəstə və kontrol qruplarında Arg və Gln allel faizinə görə aparılan müqayisədə əhəmiyyətli fərq aşkar edilməmişdir (p=0,671).

Hazırkı tədqiqatda XRCC1 geninin 194, 280 və 399-cu kodonlarında baş vərən mutasiyaların və allel paylanmalarının xəstə və kontrol qruplarının müqayisəsi nəticəsində Türkiyədəki əhali arasında bu mutasiyaların mədə xərçəngi riskini artırmadığını aşkar edilmişdir, lakin daha genişmiqyaslı tədqiqatların aparılmasına ehtiyac vardır.

Biz ədəbiyyatda müxtəlif tədqiqatlarda XRCC1 geninin 194, 280 və 399-cu kodonlarında olan mutasiya və allel paylanmalarını təhlil etdik və nəticələri öz nəticələrimizlə müqayisə etdik.

Ədəbiyyata nəzər yetirdikdə, Yuan və başq. 2011-ci ildə Çində apardıqları, 190 xəstə və 180 şəxsdən ibarət kontrol qrupunu əhatə edən tədqiqatda XRCC1 geninin mutasiyaları ilə mədə xərçəngi arasındakı əlaqəni aşkar etməyə çalışmışdılar. 194-cu kodonda Arg allel faizi xəstə qrupunda 313 (82,4%), kontrol qrupda- 334 (92,7%) halda, Trp allel faizi- xəstə qrupunda 67 (17,6%), kontrol qrupda- 26 (7,3%) halda aşkar edilmişdir (p=0,30). Həmçinin eyni tədqiqatda XRCC1 geninin 280-ci kodonunda olan Arg və His paylanması araşdırılmışdır: Arg allel faizi xəstə qrupunda 340 (89,5%), kontrol qrupda- 327 (90,8%) şəxsdə, His allel faizi- xəstə qrupunda 40 (10,5%), kontrol qrupda- 33 (9,2%) şəxsdə aşkar edilmişdir (p=0,18) [4].

Shen və başq. 2009-cu ildə Çində 503 xəstə və 503 praktik sağlam şəxsi əhatə edən kontrol qrupda apardıqları tədqiqatda XRCC1 geninin 194-cü kodonunda olan Arg/Trp və Trp/Trp mutasiyaları və mədə xərçəngi riskini arasındakı əlaqəni tədqiq etmişdilər. Tədqiqatda Arg allel faizi xəstə qrupunda 609 (60,5%), kontrol qrupda- 717 (71,3%) halda, Trp allel faizi- xəstə qrupunda 397 (39,5%), kontrol qrupda- 289 (28,7%) halda aşkar edilmişdir (p=0,10) [5].

XRCC1 geninin 194, 280 və 399-cu kodonlarında olan mutasiyaların mədə xərçəngi ilə əlaqəsini üzə çıxaran tədqiqatlardan biri də Yan və başq. 2009-cu ildə Çində apardıqları tədqiqatdır [6]. Tədqiqatda 455 mədə xərçəngi olan xəstə və 650 praktik sağlam şəxs iştirak etmişdir. XRCC1 geninin 194-cu kodonunda olan Arg allel faizi xəstə qrupunda 615 (67,5%), kontrol qrupda- 895 (68,8%) şəxsdə, Trp allel faizi- xəstə qrupunda 295 (32,5%), kontrol qrupda- 405 (31,2%) şəxsdə aşkar edilmişdir (p=0,10).

Həmçinin həmin tədqiqatdakı 280-ci kodonda olan Arg allel faizi xəstə qrupunda 813 (89,3%), kontrol qrupda – 1176 (90,4%) şəxsdə, His allel faizi- xəstə qrupunda 97 (10,7%) kontrol qrupda- 73 (9,6%) şəxsdə aşkar edilmişdir (p=0,62).

399-cu kodonda olan Arg allel faizi xəstə qrupunda 673 (74%), kontrol qrupda- 960 (73,8%) şəxsdə, Gln allel faizi – xəstə qrupunda 237 (26%), kontrol qrupda- 340 (26,2%) şəxsdə aşkar edilmişdir. Xəstə və kontrol qrupunun hər iki allel paylanmasına görə müqayisəsində əhəmiyyətli fərq aşkar edilməmişdir (p=0,05). Bu tədqiqatda XRCC1 geninin hər üç kodonunda olan mutasiyalarla mədə xərçəngi arasında əlaqə

aşkar edilməmişdir [6].

Duarte və başq. Braziliyada 2005-ci ildə 160 xəstə və 150 praktik sağlam daxil olan kontrol qrup arasında aparılan tədqiqatda XRCC1 geninin 194-cü və 399-cu kodonlarında olan mutasiyalarla mədə xərçəngi arasında əlaqə tədqiq etmişdilər. Tədqiqatda 194-cü kodonda Arg allel faizi xəstə qrupunda 300 (93,7%), kontrol qrupda- 279 (93%) halda, Trp allel faizi- xəstə qrupunda 20 (6,3%), kontrol qrupda- 21 (7%) halda aşkar edilmişdir. Xəstə və kontrol qrupları arasında hər iki allellin paylanmasına görə aparılan müqayisədə əhəmiyyətli fərq aşkar edilməmişdir (p=0,74). Həmçinin eyni tədqiqatda 399-cu kodonda Arg allel faizi xəstə qrupunda 213 (66,5%), kontrol qrupda- 197 (65,6%), Gln allel faizi xəstə qrupunda 107 (33,5%), kontrol qrupda- 103 (34,4%) halda aşkar edilmişdir (p=0,05) [7].

Lee və başq. 2002-ci ildə Koreyada 190 xəstə və 172 praktik sağlam şəxs arasında apardıqları tədqiqatda XRCC1 geniinn 194, 280 və 399-cu kodonunda olan mutasiyalarla mədə xərçəngi arasındakı əlaqəni araşdırmışdılar. 194-cü kodonda olan Arg allel faizi xəstə qrupunda 273 (72%), kontrol qrupda- 230 (66,8%) halda, Trp allel faizi- xəstə qrupunda 117 (28%), kontrol qrupda- 114 (33,2%) halda aşkar edilmişdir (p=0,09) [8].

XRCC1 geninin 194-cü kodonunun Arg/Trp və Trp/Trp polimorfizmlərinin mədə xərçəngi baxımından mühüm olduğunu hesab edən tədqiqatlar da mövcuddur. Amma həmin tədqiqatlar XRCC1 geninin 399-cu kodonunun Arg/Gln və Gln/Gln mutasiyalarının mədə xərçəngi riski ilə əlaqəsinin olmadığını qeyd etmişdir [9, 10].

Capella və başq. 2008-ci ildə Avropada apardığı tədqiqatda 245 mədə xərçəngi diaqnozu qoyulmuş xəstə və 1175 nəfərlik kontrol qrupu müqayisə edilmişdir. Tədqiqatda XRCC1 geninin 194 və 399-cu kodonlarında olan mutasiyaların mədə xərçəngi ilə əlaqəsi tədqiq edilmişdir. 194-cü kodonda olan Arg allel faizi xəstə qrupunda 468 (98%), kontrol qrupda- 2204 (93,7%) şəxsdə, Trp allel faizi- xəstə qrupunda 22 (2%), kontrol qrupda – 146 (8,3%) şəxsdə aşkar edilmişdir (p=0,01).

Həmin tədqiqatda 399-cu kodonda Arg allel paylanması xəstə qrupunda 314 (64%), kontrol qrupda- 1491 (63,4%) halda, Gln allel faizi- xəstə qrupunda 176 (36%), kontrol qrupda- 855 (36,6%) halda aşkar edilmişdir (p=0,92) [9].

Ratnasinghe və başq. 2004-cü ildə Çində apardığı tədqiqatda XRCC1 geninin 194 və 399-cu kodonlarındakı mutasiyaların mədə xərçəngləri ilə əlaqəsini tədqiq etmişdilər. Tədqiqata 86 mədə xərçəngi olan xəstə və 429 şəxsdən ibarət kontrol qrup daxil edilmişdir. XRCC1 geninin 194-cü kodonunda olan Arg allel faizi xəstə qrupunda 124 (72%), kontrol qrupda- 628 (73%) halda, Trp allel faizi- xəstə qrupunda 48 (28%), kontrol qrupda- 230 (27%) halda aşkar edilmişdir. Xəstə və sağlam qruplar arasında hər iki allel paylanmasına görə aparılan müqayisədə statistik əhəmiyyətli fərq aşkar edilmişdir (p=0,002).

Həmçinin həmin tədqiqatda 399-cu kodonda Arg allel paylanması xəstə qrupunda 132 (76,7%), kontrol qrupda- 577 (62%) halda, Gln allel faizi- xəstə qrupunda 40 (23,7%), kontrol qrupda- 259 (38%) halda aşkar edilmişdir. Xəstə və kontrol qrupunun hər iki allel paylanmasına görə aparılan müqayisədə əhəmiyyətli fərq aşkar edilməmişdir (p=0,10). Bu tədqiqatda XRCC1 geninin 194-cü kodonunda olan allel faizlərinin mədə xərçəngi riski ilə əlaqəsinin olduğu aşkar edilsə də, 399-cu kodonda baş verən mutasiyaların mədə xərçəngi riski ilə əlaqəsinin olmadığı qeyd olunmuşdur [10].

Palli və başq. 2010-ci ildə İtaliyada apardıqları tədqiqata 259 mədə xərçəngi olan xəstə və 546 praktik sağlam kontrol qrupu daxil edilmişdir. Bu tədqiqatda XRCC1 geninin 399-cu kodonunda olan mutasiyaları ilə mədə xərçəngi arasında olan əlaqə tədqiq edilmişdir. Arg allel faizi xəstə qrupunda 383 (74%), kontrol qrupda – 733 (67%) şəxsdə, Gln allel faizi – xəstə qrupunda 195 (26%), kontrol qrupda- 359 (33%) şəxsdə aşkar edilmişdir (p=0,44) [11].

Ye və başq. 2006-cı ildə İsveçdən 126 mədə xərçəngi olan xəstəni və 472 sağlam kontrol qrupunu əhatə edən tədqiqatda XRCC1 geninin 399-cu kodonda baş verən mutasiyalarla mədə xərçəngi arasında əlaqə tədqiq edilmişdir. 399-cu kodonda Arg allel faizi xəstə qrupunda 161 (63,8%), kontrol qrupda- 602 (63,7%) halda, Gln allel faizi- xəstə qrupunda 91 (36,2%), kontrol qrupda- 342 (36,3%) halda aşkar edilmişdir. Xəstə və kontrol qruplarında hər iki allel faizinə görə aparılan müqayisədə statistik əhəmiyyətli fərq aşkar edilmişdir (p=0,01). Bu müəlliflərə görə XRCC1 geninin 399-cu kodonunda mövcud olan Arg/Gln və Gln/Gln mutasiyaları mədə xərçəngi riskini artırır [12].

Huang və başq. 2005-ci ildə Polşada apardıqları 281 mədə xərçəngi diaqnozu olan xəstə və 390 sağlam kontrol qrupdan təşkil olunmuş tədqiqatda XRCC1 geninin 399-cu kodonunda olan mutasiyaların mədə xərçəngi ilə əlaqəsini tədqiq etmişdilər. Tədqiqatda Arg allel faizi xəstə qrupunda 369 (65,6%), kontrol qrupda- 511 (65,5%) şəxsdə, Gln allel faizi isə xəstə qrupunda- 193 (34,4%), kontrol qrupda- 269 (34,5%) şəxsdə aşkar edilmişdir (p=0,76) [13].

Türkiyədə Canbay və başq. 2010-ci ildə apardıqları tədqiqatda XRCC1 geninin 399-cu kodonunda olan

Arg/Gln və Gln/Gln mutasiyalarının mədə xərçəngi ilə əlaqəsini tədqiq etmişdilər. Tədqiqata 40 mədə xərçəngi olan xəstə və 247 sağlam şəxsdən ibarət kontrol qrup daxil edilmişdir. 399-cu kodonda olan Arg allel faizi xəstə qrupu üçün 76 (95%), kontrol qrupu üçün 447 (90,4%), Gln allel faizi xəstə qrupu üçün 4 (5%), kontrol qrupu üçün 47 (9,6%) olmuşdur (p=0,86)[14].

XRCC1 geninin 194, 280 və 399-cu kodonlarındakı mutasiyalar və mədə xərçənginin fenotipləri arasında qarşılıqlı əlaqənin aşkar edilməməsinə baxmayaraq, gələcəkdə bu istiqamətdə daha geniş tədqiqatların aparılmasına zərurət var.

ƏDƏBİYYAT

1. Nagini S. Carcinoma of the stomach: A review of epidemiology, pathogenesis, molecular genetics and chemoprevəntion // World J. Gastrointest. Oncol., 2012, v.4(7), p.156-169.
2. Xu Z., Yang J. et al. Relationship between XRCC1 polymorphisms and susceptibility to prostate canser in men from Han, Soutern China // Asian J. Androl., 2007, v.9, p.331-338.
3. Butkiewicz D. et al. Genetic polymorphisms in DNA repair genes and risk of lung cancer // Carcinogenesis, 2001, v.22(4), pp. 593-597.
4. Yuan T. et al. Association of DNA repair gene XRCC1 and XPD polymorphisms with genetic susceptibility to gastric cancer in a Chinese population // Cancer Epidemiol., 2011, v.35(2), p.170-174.
5. Shen X. et al. Analysis and estimates of the attributable risk for environmental and genetic risk factors in gastric cancer in a Chinese population // J. Toxicol. Environ Health A., 2009, v.72(11-12), p.759-766.
6. Yan L. et al. Polymorphisms of XRCC1 gene and risk of gastric cardiac adenocarcinoma // Dis. Esophagus., 2009, v.22(5), pp. 396-401.
7. Duarte M.C. et al. Polymorphisms of DNA repair genes XRCC1 and XRCC3, interaction with environmental exposure and risk of chronic gastritis and gastric cancer // World J.Gastroenterol., 2005, v.11(42), p.6593-6600.
8. Lee S.G. et al. Genetic polymorphisms of XRCC1 and risk of gastric cancer // Cancer Lett., 2002, v.187(1-2), p.53-60.
9. Capella G. et al. DNA repair polymorphisms and the risk of stomach adenocarcinoma and severe chronic gastritis in the EPIC-EURGAST study // Int. J. Epidemiol., 2008, v.37(6), p.1316-1325.
10. Ratnasinghe L.D. et al. Polymorphisms of XRCC1 and risk of esophageal and gastric cardia cancer // Cancer Lett., 2004, v.216(2), p. 157-164.
11. Palli D. et al. Polymorphic DNA repair and metabolic genes: a multigenic study on gastric cancer // Mutagenesis, 2010, v.25(6), p.569-575.
12. Ye W. et al. The XPD 751Gln allele is associated with an increased risk for esophageal adenocarcinoma: a population-based case-control study in Sweden //Carcinogenesis, 2006,v.27,p.1835-1841.
13. Huang W.Y. et al. Selected DNA repair polymorphisms and gastric cancer in Poland // Carcinogenesis, 2005, v.26(8), p.1354-1359.
14. Canbay E. et al. Possible associations of APE1 polymorphism with susceptibility and HOGG1 polymorphism with prognosis in gastric cancer // Anticancer Res., 2010, v.30(4), p.1359-1364.

Резюме

Современные сведения о мутациях, происходящих в некоторых репаративных генах при раке желудка

Э.К.Аскеров

В данной статье приведены результаты исследования, проведенного с целью изучения взаимосвязи мутаций в репаративном гене XRCC1 ДНК человека с риском возникновения рака желудка. В статье также проводится анализ работ, посвященных данному вопросу.

Summary

Contemporary information about mutations, occurring in some reparative genes in gastric cancer

E.K.Asgarov

This article presents the results of a study conducted to study the relationship of mutations in the reparative gene XRCC1 of human DNA with the risk of gastric cancer. The article also analyzes the works devoted to this issue.

Daxil olub: 06.02.2018

UŞAQLARDA PƏNCƏNİN NEYROGEN DEFORMASİYALARINA DAİR MÜASİR MƏLUMATLAR

E.K.Məhərrəmov
Elmi-Tədqiqat Travmatologiya və Ortopediya İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: pəncə, neyrogen deformasiya, uşaqlar
Ключевые слова: стопа, нейрогенная деформация, дети
Key words: foot, neurogenic deformation, children

Anadangəlmə neyrogen deformasiyalar uşaq travmatologiya və ortopediyasının mürəkkəb və aktual məsələlərindən biridir. Bu patologiyanın tezliyi 9%-dən 75%-ə qədər dəyişir və xəstəliyin xarakteri, zədələnmə səviyyəsi və davametmə müddətindən asılıdır [1-4]. Pəncənin konfiqurasiyasının neyrogen dəyişikliyinə orqanizmin mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsi ilə bağlı xəstəliklər səbəb olur. Əksər hallarda bu kimi dəyişikliyə uşaq serebral iflici, onurğa beyni yırtığı, Şarko-Mari-Tut və Fridreyx xəstəliyi olan xəstələr uğrayırlar [3,4]. Müxtəlif müəlliflərin məlumatlarına əsasən pəncənin deformasiyaları uşaq serebral iflici, onurğa beyni yırtığı olan xəstələrin ümumi sayının orta hesabla 60%-ni, Şarko-Mari-Tut xəstəliyinin tezliyi isə orta hesabla 50%-ni təşkil edir, özü də pəncə deformasiyası olan xəstələrin 20-25%-dən (Şarko-Mari-Tut və Fridreyx xəstəliyi) 40%-ə (uşaq serebral iflici, onurğa beyni yırtığı) qədərində cərrahi müalicəyə ehtiyac duyulur [5,6].

Uşaqlarda pəncənin neyrogen deformasiyaların etiologiyası, patogenezi, diaqnostikası və müalicəsi məsələlərinə bir çox müəlliflərin elmi əsərləri həsr edilmişdir. Əksər hallarda pəncənin neyrogen deformasiyalarının əsasında baldır-pəncə oynağında aktiv arxaya doğru əyilməsinin olmamasıdır, bu da nevroloji pozulmaların, sistem və infeksion xəstəliklərin, eləcə də travmatik zədələnmələrin son nəticəsidir [5-7].

Neyrogen deformasiyanın operativ korreksiyası pəncənin aktiv arxaya əyilməsinin bərpasına yönəldilir. Tibialis posterior-un transpoziyası bu zədələnmədə ən əsaslanmış metodikadır [8-11]. Tətbiq edilən metodikaların müxtəlifliyi köçürülən əzələnin yerinin seçilməsindən, həmçinin deformasiya növündən asılı olaraq fiksasiya nöqtəsindən və üsulundan asılıdır [12,13]. Bir çox müəlliflər köçürülən əzələnin vətərinin fiksasiya nöqtəsini deformasiya növünə əsasən müəyyənləşdirirlər [14]: ekvinus deformasiyasında – III-IV ayaq darağı sümüyünə, ekvinovarus deformasiyasında – xarici kənara yaxın.

Əksər müəlliflərin fikrincə, üçoynaqlı aşıqsümüyüaltı artrodez pəncənin deformasiyasını aradan qaldırmağa, həmçinin pəncənin dayanıqlılığını və baldır-pəncə oynağında hərəkətliliyi saxlamağa imkan verən səmərəli operativ müdaxilədir [15,16]. Lakin uşaqların pəncəsində artrodezləşdirici əməliyyatlara böyük ehtiyatla yanaşmaq lazımdır, çünki onlar boyatmanın pozulmasına və ləngiməsinə səbəb olur. Bu əməliyyatlar boyatma zonasından asılı olaraq, yalnız 13-14 yaşdan böyük uşaqlarda tətbiq edilməlidir. Əzələ balansının bərpası aparılmadan tək artrodezin yerinə yetirilməsi, yaxşı nəticələ əldə etməyə imkan vermir [17]. Əksər hallarda cərrahlar köçürülmüş əzələlərin zəifli səbəbindən uğursuzluğa məhkumdurlar [18]. Neyrogen deformasiyaların residivlərin səbəbləri əməliyyat zamanı texniki səhvlərin olması və operativ müalicədən sonrakı uzaq mərhələdə uşağın boyatması ilə bağlı əzələ disbalansıdır. Bu disbalans pəncənin ikincili və ya qalıq deformasiyaların formalaşması ilə nəticələnir [19]. Ədəbiyyatda qalıq neyrogen deformasiyaları haqda olan tək-tək işlər təqdim olunmuşdur [10,20-22].

Onurğa beyni yırtıqları onurğa sütununun və onurğa beyninin embrional formalaşması mərhələsində və ilkin törəmələrin qüsurlu inkişafının nəticəsi yaranır və ağır klinik əlamətlərlə, xüsusilə də onun müəyyən lokalizasiyasında müşahidə edilir. Bu qüsurun inkişaf tezliyi müxtəlif müəlliflərin məlumatlarına görə yenidoğulmuşların 1:1000-dən 1:3000-ə qədər dəyişirdi [23, 24].

Onurğa beyni yırtığının nəticələri olan uşaqlarda ömürboyu yaranan müxtəlif ortopedik problemlər müşahidə edilir. Bu kontingentdən olan uşaqlarda bud-çanaq oynağının patologiyası çox zaman müştərək gedir və əksər hallarda budun çıxığı və burxulması ilə müşaiət olunur [25-28]. Onurğu beyninin tezliyi onurğa sütunun müxtəlif şöbələrində müxtəlifdir. Əksər hallarda onlar onurğa sütununun bel və bel-oma sümüyü şöbəsində və daha nadir hallarda boyun və döş qəfəsi şöbələrində lokallaşır.

Budun çıxığı və burxulmasının məlum metod və üsulları bir çox hallarda qeyri-qənaətbəxş nəticələr verir [29-31].

Ədəbiyyat məlumatları göstərirlər ki, onurğa beyni yırtığının nəticələri olan uşaqların 30-50%-də ömrün ilk 2-3 ilində bud-çanaq oynağında burxulma və ya çıxıq inkişaf edir [32, 33]. Qeyri-sabitliyinin səbəbi bud və çanaq komponentlərinin struktur dəyişiklikləri ilə nəticələnən əzələ qrupları arasında qüvvələrin disbalansıdır. Əzələ disbalansı isə öz növbəsində onurğa beyni yırtığının nəticəsinin neyroseqmentar

səviyyəsi ilə müəyyənləşdirilir. Bud-çanaq oynaqlarının qeyri-sabitliyi dedikdə əksər müəlliflər budun burxulması və yaxud çıxığının olmasını nəzərdə tutur [34]. Bir çox tədqiqatlar nümayiş etdirmişdilər ki, döş qəfəsi və yuxarı bel neyroseqmentar səviyyəsi olan xəstələrin yerimək qabiliyyəti budun burxulması və ya çıxığı ilə yox, neyroloji pozulmaların ağırlığı ilə bağlıdır [35-37]. Bu qrup uşaqlarda burxulmaların və ya çıxıqların cərrahi müalicəsi hallarının əksəriyyətində oynaqda sınıqların və ağır hərəkətetmənin inkişafı ilə müşahidə edilir [38]. Eyni zamanda, bir sıra tədqiqatçılar aşağı yaşda reabilitasiya və ortezləşdirmə tədbirlərinin aparılmasını tövsiyə edirlər [39, 40].

Orta və aşağı bel neyroseqmentar səviyyəsi olan uşaqlarda burxulma və çıxıqların cərrahi müalicəsi yuxarı ətrafların funksiyası, şaquli vəziyyətdə balansın olması, budun dördbaşlı əzələsinin və baldırı əyən əzələnin gücü, burma çuxurunun və budun proksimal şöbəsinin deformasiya dərəcəsi kimi amillərin hərtərəfli və dəqiq təhlilinin nəticəsi olmalıdır [41]. Feiwell və həmmüəllifləri [36], onurğa beyni yırtığı nəticələri olan 76 xəstənin müayinəsindən sonra təyin ediblər ki, yerimə qabiliyyətini müəyyənləşdirən ən vacib amil bud-çanaq oynağında nisbətlər deyil, onurğa beyni yırtığının nəticəsinin neyroseqmentar səviyyəsidir.

Deformasiyanın həm proqnozu, həm də müalicə taktikasının seçimi üçün mühüm əhəmiyyəti bud-çanaq oynaqlarının zədələnməsinin simmetrikliyi kəsb edir. Belə ki, Fraser və həmm. [42] və B. Erol və həmm. [32] budun birtərəfli burxulmasında və/ və ya çıxığında zədələnmənin aşağı neyroseqmentar səviyyəsi olan uşaqlarda (L4-S1) cərrahi sabitləşməni aparmağı məsləhət görürlər. Yüksək seqmentar səviyyədə (Th12-L1) bud-çanaq oynağının cərrahi sabitləşməsi məsləhət deyil, çünki relüksasiyaların əsassız yüksək səviyyəsi, trofik pozulmaların inkişafı, uzun borulu sümüklərin patoloji sınıqları və aşağı ətrafların ikincili deformasiyalarının formalaşması ilə nəticələnir.

Uşaq serebral iflici (USİ) erkən ontogenezdə baş beynin inkişaf etməməsi və ya zədələnməsi nəticəsində yaranan proqressivləşməyən nevroloji pozulmalar qrupudur. USİ-nin tezliyi 1000 yenidoğuluşa 1,5-dən 2,5 xəstəyə qədərdir [43, 44].

Ortopedik-nevroloji patologiyası olan uşaqların vaxtında aşkarlanması və mərhələli müalicəsi istinad-dayaq aparatının ağır deformasiyalarının profilaktikasının mühüm amilidir [45, 46].

USİ olan uşaqların cərrahi müalicəsi müasir dövrdə bu qrup xəstələrin kompleks reabilitasiyasının əsas tərkib hissələrindən biridir [47]. USİ olan uşaqlarda pozaların və hərəkətlərin korreksiyasında ortopedik əməliyyatların effektivliyini təsdiq edən əsaslı sübutlu baza mövcuddur [48]. Lakin müalicənin taktika və texniki detallarına dair çox sayda məsələlər hələ də həll olunmayıb [49].

USİ olan uşaqlarda ortopedik müalicənin planlaşdırılması zamanı xüsusi diqqət pozanın və yerimənin patoloji patternlərin qiymətləndirilməsinə verilir [50]. Lakin ədəbiyyatda poza patologiyasının operativ müalicənin taktikasının seçilməsi aspekti ilə qarşılıqlı əlaqəsi müəyyənləşdirməyə imkan verən dəqiq alqoritm rast gəlinmir.

Son onillikdə əksər klinikaların klinik praktikasına yerimənin üçfəzalı təhlilinin geniş tətbiqi, eləcə də USİ olan uşaqların müalicəsinə multidissiplinar yanaşmanın yayılması ilə əlaqədar olaraq ekvinus kontrakturaların müalicə taktikası öz istiqamətini qeyri-cərrahi metodları tərəfə xeyli dəyişmişdir (ortezləşmə, mərhələli gips korreksiyası, botulotoksinlərin tətbiqi) [51].

Bir çox müəlliflər resiprok münasibətlərin bərpası üçün bioloji əks əlaqə metodları, dinamik elektrostimullaşdırma metodları tətbiq edirdilər. Lakin bu müalicə növlərinin müsbət nəticələri, bir qayda olaraq, uzun çəkmir və müalicə kursundan sonra itirlər [52]. Passiv dartılmalar (streyçinq) hərəkət amplitudası baxımından müsbət nəticə verirlər, lakin əsasən aşağı yaşda olan uşaqlarda effektivdilər [53, 54].

Ekvinus kontrakturaların müalicəsinin digər yayılmış metodu gips sarğıları ilə mərhələli korreksiyasıdır. Bu metodlara maraq son zamanlar botulotoksinlərin tətbiqi ilə kombinəedilmiş yanaşma imkanları baxımından artmışdır [55].

Ekvinus kontrakturaların cərrahi müalicə metodları Axilles vətərinin uzadılması və ya ayaq-baldır əzələsinin aponevrotik uzadılmasını daxil edir [56]. Ayaq-baldır əzələsinin çoxsaylı texniki resessiya variantları arasında ən geniş Strayer, Beyker və Vulpius əməliyyatları istifadə edilir [57].

Xarici fiksasiya aparatlarında pəncə deformasiyalarının korreksiya metodikası bir neçə onillik bundan əvvəl populyar idi [58]. Onu pəncənin həm təcrid, həm də müştərək deformasiyalarında tətbiq edilir [59]. Hal-hazırda onun tətbiqinə göstərişlər həddindən artıq məhdudlaşıb, ən əvvəl – USİ-də nevroloji pozulmaların spesifikasından [60], eləcə də daha effektiv metodikaların olmasından irəli gəlir.

Operativ müalicədən sonra ekvinus kontrakturaların residivi hal-hazıra qədər birmənalı həlli olmayan problemdir [61]. Residivlərin tezliyinə dair məlumatlar müxtəlif çap edilmiş işlərdə 0%-dən 100%-ə qədər dəyişir. A.Koman və müəllifləri [62] göstərirlər ki, ekvinus residivlərinə aid ədəbiyyat məlumatlarını təhlil

edərkən bunu nəzərə almaq lazımdır ki, müxtəlif müəlliflər residiv dedikdə müxtəlif vəziyyətləri nəzərdə tuturlar, bundan əlavə əksər tədqiqatlarda ilkin göstəricilərə əsasən müxtəlif qruplar təhlil edilmişdir.

Pəncənin neyrogen deformasiyaların yaranmasının bir səbəbi də Fridreyx xəstəliyidir. Fridreyxin ailəvi ataksiyası autosom-resessiv tip üzrə keçən xəstəlikdir. Onun tezliyi hər 100 000 nəfərə 2 xəstə təşkil edir [9-11]. Kişi və qadınlar eyni tezliklə bu xəstəliyə tutulurlar. Patologiyanın əsas əlaməti ataksiyadır. Fridreyx ataksiyasının səciyyəvi morfoloji əlaməti onurğa beyninin arxa və yan sütünlarının degenerasiyasıdır. Xəstəliyin sonrakı mərhələlərində spastik parez da inkişaf edə bilər. Əksər hallarda xəstəlik 6-13 yaşlarında başlayır, sonrakı yaşlarda onu tədricən proqressivləşməsi müşahidə edilir. Fridreyx ataksiyasının erkən və səciyyəvi əlaməti vətər və sümüküstü reflekslərin olmamasıdır. İlk növbədə vətər reflekslərı ayaqlarda, sonra isə yuxarı ətraflarda sönür. Spastik paraparez inkişaf etdikcə vətər reflekslərı yenidən əmələ gələ bilər. Fridreyx ataksiyası üçün səciyyəvi ekstranevral pozulmalara ürək pozulmaları ilə yanaşı skeletin dəyişməsi də aiddir. Bu dəyişmələr kifoskolioz və pəncənin səciyyəvi dəyişməsi ilə özünü büruzə verir [1-3]. Fridreyx xəstəli zamanı pəncə deformasiyası tipikdir: hündür və içəri əyilmiş çökük tağ, barmaqların qatlanmış distal falanqaları və açılmış əsas falanqaları – bu simptokompleks ədəbiyyatda «Fridreyx pəncə»si kimi məlumdur. Artıq erkən yaşlarda proqressivləşmə meylli olan boş pəncə yaranır. Dəyişikliklər adətən ikitərəflidir, irsidir. Fridreyx pəncəsinin müalicəsində medikamentoz metodlarla yanaşı, cərrahi müdaxilə yolu ilə də aparılır [3, 4].

Şarko-Mari-Tut nevral amiotrofiyası – əsas əlaməti əvvəl aşağı ətrafların, sonra isə yuxarı ətrafların distal şöbələrində əzələlərin atrofiyası ilə müşayiət olunan, tədricən proqressivləşən irsi xəstəlikdir [7, 8]. Xəstəliyin əsas keçmə tipi autosom-dominant, daha nadir halda – autosom-resessiv tipdir. Xəstəliyin morfoloji əsasını ox silindrlərinə və mielin qişaya aid olan periferik sinirlərdə və sinir kötüklərində baş verən degenerativ dəyişikliklər təşkil edir. Əzələlərdəki dəyişikliklər əsasən neyrogen xarakter daşıyır. Ayrı-ayrı sinir lifləri qruplarının atrofiyası qeyd olunur, atrofiyaya uğramayan sinir liflərində struktur dəyişiklər müşahidə edilmir. Xəstəlik proqressivləşdikcə, interstisial birləşdirici toxumanın hiperplaziyası, sinir liflərinin qialinizasiyası, sarkolem nüvələrinin yerdəyişməsi, bəzi liflərin hipertrofiyası yaranır. Xəstəliyin daha gec mərhələlərində qialin degenerasiyası, sinir liflərinin parçalanması qeyd edilir [2, 14-16].

Bu patologiyanın səciyyəvi və erkən mərhələlərində büruzə verən əlaməti – vətər reflekslərinin olmaması və yaxud azalmasıdır. İlk növbədə Axilles, sonra isə diz reflekslərı itir. Ətrafların distal şöbələrində hiperesteziya müəyyən edilir. Xəstəliyin əsas əlaməti isə aşağı ətrafların distal şöbələrindən simmetrik başlayan əzələ atrofiyasıdır. Bu halda pəncələrin deformasiyası çox zaman «Fridreyx pəncə»sini xatırladır. Əksər halda kiçik baldır sümüyü əzələsi tərəfindən innervasiya edilən peroneal və açan əzələ qrupları zədələndiyindən, boş və varus komponentlərinə ekvinus da əlavə olunur. Pəncəni əyən və gətirən əzələlər bir qədər sonra zədələnir. Xəstəlik ləng proqressivləşdiyindən, deformasiyanın ayrı-ayrı komponentlərinin müxtəlif qabarıqlıq dərəcəsi rast gəlinir [1,2,14,15].

Beləliklə, ədəbiyyat məlumatların təhlili göstərmişdir ki, uşaqlarda pəncənin neyrogen deformasiyalarının müalicə metodlarının müxtəlifliyinə baxmayaraq, bu patologiyalı xəstələrin ümumi vəziyyətinin qiymətləndirilməsinə vahid yanaşmaya əsaslanan və özünə konservativ və operativ müalicəni daxil edən kompleks müalicə taktikası hələ də işlənib hazırlanmışdır. Müalicə prosesində əlavə çətinlikləri öyrənilən patologiyalarda pəncənin biomexanikasının tam aydınlaşdırılmamış aspektləri yaradır, bu da deformasiyaların optimal korreksiya metodlarının seçimi üçün daimi elmi axtarışların aparılmasını zəruri edir. Bütün deyilənlər bu kateqoriyadan olan xəstələrdə əməliyyatönü planlaşdırılmanın, biomexaniki xüsusiyyətlərin nəzərə alınmasının, reabilitasiya tədbirləri də daxil olan müxtəlif növ müalicənin aparılmasına dəqiq göstərişlərin vacibliyini bir daha təsdiq edir.

ƏDƏBİYYAT

1. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы. Руководство для врачей / М.: МЕДпресс-информ, 2009, с.95-101.

2. Рочкинд Ш. Почему надо оперировать травматические повреждения периферических нервов? // Нейрохирургия и неврология детского возраста, 2012, №2-3, с. 130-134.

3. Gurbus Y., Suqun T.S., Ozaksar K. et al. Peroneal nerve injury surgical treatment results // Acta orthopaedica et traumatologica, 2012, v.46 (6), p. 438-442.

4. Kakati A., Bhat D., Devi B.I., Breukink S.O., Shukla D. Injection nerve palsy // Journal of neurosciebces in Ruralı practice, 2013, v.4, İssue 1, p.13-18.

5. Breukink S.O., Spronk, P.U., Dijkstra et al. Transposition of the tendon of M. tibialis posterior an effective treatment of drop foot; retrospective study with follow-up in 12 // Nederlands tijdschrift voor geneeskunde, 2000, v. 144 (13), p.604-608.

6. Schweitzer K.M., Jones K.M. Tendon Transfers for the Drop Foot // Foot and ankle clinics, 2014, v.19 (1), p. 65-71.
7. Bielecki M., Zebrovski P., Kuryliszyn-Moskal A. Treatment of foot drop in orthopaedic practice // Wiadomości lekarskie, 2012, v. 65(2), p. 132-137.
8. Salihagic S., Hadziahmetovic Z., Fazlic A. Classic and modified Barr's technique of an terior transfer of the tibialis posterior tendon in irreparable peronealpalsies // Bosnian journal basic medical sciences, 2008, v.8(2), pp.156-159.
9. Rath S., Ton A.R., Ruud W. Early postope rative active mobilisation versus immobilisation following tibialis posterior tendon transfer for foot-drop correction in patients with Hansen's disease // Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery, 2010, v.63 (3), p.554-560.
10. Vlachou M., Beris A., Dimitriadis D. Split tibialis posterior tendon transfer for correction of spastic equinovarus hindfoot deformity // Acta Orthopedica Belgica, 2010, v.76(5), p.651-657.
11. Yeganeh A., Motaghi A., Shahhoseini G., Farahini H. New method for fixation point of tibialis posterior tendon transfer // Medical Journal of the Islamic Republic of Iran, 2013, v.27(4), p.163-167.
12. Wagenaar F.C., Louwerens J.F. Posterior tibial tendon transfer: results of fixation to the dorsiflexors proximal to the ankle // Foot and ankle international, 2007, v.28 (11), p.1128-1142.
13. Spiroch P., Cizmar I., Freiwald J., Palcak J. Restoration of active foot extension following peroneal nerve palsy // Rozhledy v chirurgii, 2012, v.91(3), p.151-157.
14. Moran M.F., Sanders J.O., Sharkey N.A., Piazza S.J. Effect of attachment site and routing variations in split tendon transfer of tibialis posterior // J. of pediatric orthopedics, 2004, v.24 (3), pp. 298-303.
15. Zide J.R., Myerson M.S. Arthrodesis for the cavus foot: when, where, and how? // Foot and ankle clinics, 2013, v.18(4), p. 755-767.
16. Краснов А.Ф. Сухожильно-мышечная пластика в травматологии и ортопедии. Самара, 1999, с. с. 103, 280.
17. Huber M. What is the role of tendon transfer in the cavus foot? // Foot and ankle clinics. 2013, v.18(4), p.689-695.
18. Chan J.Y., Elliott A.J. Ellis S.J. Reconstruction of Achilles rerupture with peroneus longus tendon transfer // Foot and ankle international. 2013, v.34(6), pp. 898-903.
19. Piazza S.J., Adamson R.L., Moran M.F., Sanders J.O., Sharkey N.A. Effects of tensioning errors in split transfers of tibialis anterior and posterior tendons // The Journal of bone and joint surgery, 2003, v.85A(5), p.858-865.
20. Kremer T., Riedel K., Germann G., Heitmann C., Sauerbier M. Tendon transfers for peroneal palsy – functional outcome // Handchirurgie, mikrochirurgie, plastischirurgieche, 2011, v.43(2), p. 95-101.
21. Ozkan T., Tuncer S., Ozturk K. et al. Tibialis posterior tendon transfer for persistent drop foot after peroneal nerve // J. of reconstructive microsurgery, 2009, v.25(3), p.157-164.
22. VanderHave K.L., Hensinger R.N., King B.W. Flexible cavovarus foot in children and adolescents // Foot and ankle clinics, 2013, v.18(4), p.715-726.
23. Еликбаев Г.М., Карабеков А.К. и др. Врожденные спинальные патологии у детей: учебно-методическое пособие. Шымкент, 2008, 80 с.
24. Liptak G.S., Samra E. A. Optimizing health care for children with spina bifida // Dev. Disabil. Res. Rev., 2010, N 16(1), p.66-75.
25. Greene W. B. Treatment of hip and knee problems in myelomeningocele // An Instructional Course Lecture, American Academy of Orthopaedic Surgeons. J. Bone and Joint Surg., 1998, v.80A (7), pp.1068-1082.
26. Matsumoto S., Sato H. Spina Bifida. Tokyo: Springer, 1999, 556 p.
27. Segal L.S., Czoch W., Hennrikus W.L., Shrader M., Kanev P.M. The spectrum of musculoskeletal problems in lipomyelomeningocele // J. Child. Orthop., 2013, N 7(6), p. 513-519.
28. Sharrard W.J.W. Management of paralytic subluxation and dislocation of the hip in myelomeningocele // Devel. Med. and Child. Neurol., 1983, v.25, p.374-376.
29. Bazih J., Gross R. H. Hip surgery in the lumbar level myelomeningocele patient // J. Pediatr. Orthop., 1981, N1, p. 405-411.
30. Dias L.S. Hip dislocation in spina bifida: when is surgery required abd what type of surgery should be performed? // Ortop. Traumatol. Rehabil., 2011, N13(2), p. 624-625.
31. Lam T., Pauhl K., Ferguson A. et al. Training with robot-applied resistance in people with motor-incomplete spinal cord injury: Pilot study // J. Rehabil. Res. Dev., 2015, v.52(1), p.113-129.

32.Erol B., Bezer M., Kucukdarmaz F., Guven O. Surgical management of hip instabilities in children with spina bifida // Acta Orthop. Traumatol. Turc., 2005, v.39(1), p.16-22.
33.Breed A. L., Healy P.M. The midlumbar myelomeningocele hip: mechanism of dislocation and treatment // J. Pediat. Orthop.,1982, N2, p.15-24.
34.Поздникин И.Ю. Хирургическое лечение детей младшего возраста с дисплазией тазобедренных суставов и врождённым вывихом бедра: Автореф. дис. … канд. мед. наук, СПб., 2006, 25 с.
35.Cobeljić G. Paralytic dislocations of the hip in adolescence- orthopaedic treatment // Srp. Arh. Celok. Lek., 2009, v.137(11-12), p.697-701.
36.Feiwell E. Surgery of the hip in myelomeningocele as related to adult goals // J. Clin. Orthop., 1980, v.148, p. 87-93.
37.Sherk H.H., Uppal G.S., Lane G., Melchionni J.Treatment versus non-treatment of hip dislocations in ambulatory patients with myelomeningocele // Dev. Med. Child. Neurol., 1991, v.33, p.491-494.
38.Stillwell A., Menelaus M.B. Walking ability after transplantation of the iliopsoas. A long-term follow-up // J. Bone and Joint Surg., 1984, v.66 B (5), p.656-659.
39.Hoffer M.M., Feiwell E., Perry R. Functional ambulation in patients with myelomeningocele // J. Bone Joint Surg. Am., 1973, v.55 A, p.137-148.
40.Mazur J.M., Shurtleff D., Menelaus M., Colliver J. Orthopaedic management of high-level spina bifida. Early walking compared with early use of a wheelchair //J. Bone JointSurg., 1989, v.71, p.56-61.
41.Bisaro D.L., Bidonde J., Kane K.J., Bergsma S., Musselman K.E. Past and current use of walking measures for children with spina bifida: a systematic review // Arch. Phys. Med. Rehabil., 2015, N96(8), p.1533-1543.
42.Fraser R.K., Bourke H.M., Broughton N.S., Menelaus M.B. Unilateral dislocation of the hip in spina bifida // J. Bone and Joint Surg., 1995, v.77 B, p.615-619.
43.Дутикова Е.М. Детский церебральный паралич (ДЦП) как сфера реабилитационной работы будущих специалистов // Детская и подростковая реабилитация, 2006, №2, с. 48-53.
44.Семенова К.А. Поражение головного мозга у детей первых двух лет жизни с перинатальной энцефалопатией и тяжелым течением детского церебрального паралича // Журн. невропатологии и психиатрии, 1981, т.1, №10, с.1441-1446.
45.Вирясова М.В., Полунин В.С. Социально-гигиеническая характеристика детей-инвалидов, страдающих детским церебральным параличом // Росс. медицинский журнал, 2001, т.2, с. 11-13.
46.Мирзоева И.И., Головина, М.М. Актуальные задачи специализированной помощи детям с поражением органов движения // Новое в детской ортопедии и травматологии: сб. науч. трудов НИДОИ им. Г.И. Турнера. СПб., 1993, с. 9-10.
47.Gorton G.E. et al. A prospective cohort study of the effects of lower extremity orthopaedic surgery on outcome measures in ambulatory children with cerebral palsy // Journal of pediatric orthopedics, 2009, v.29, N.8, p.903-909.
48.Gough M. et al. The outcome of surgical intervention for early deformity in young ambulant children with bilateral spastic cerebral palsy // The Journal of bone and joint surgery. British volume, 2008, v.90, N.7, p.946-951.
49.Thomason P. et al. Single-event multilevel surgery in children with spastic diplegia: a pilot randomized controlled tria // The Journal of bone and joint surgery. American volume, 2011, v.93, N.5, p.451-460.
50.Журавлев А.М. Система хирургической коррекции позы и ходьбы при детском церебральном параличе: автореф. дис... докт. мед. наук. М., 1999, 56 с.
51.Ross S.A., Engsberg J.R. Relation between spasticity and strength in individuals with spastic diplegic cerebral palsy // Developmental medicine and child neurology, 2002, v.44, N.3, p.148-157.
52.Miller F. Cerebral Palsy. Springer, 2005, 1055 p.
53.Семенова К.А., Сенько, О.К. Предупреждение развития и лечение контрактур и деформаций нижних конечностей у детей с церебральными параличами: метод. рекоменд. МЗ РСФСР. М., 1976, 20 с.
54.Lee C.L., Bleck E.E. Surgical correction of equinus deformity in cerebral palsy // Developmental medicine and child neurology, 1980, v.22, N3, p.287-292.
55.Corry I.S. et al. Botulinum toxin A compared with stretching casts in the treatment of spastic equinus: a randomised prospective trial // Journal of pediatric orthopedics, 1998, v.18, N3.p.304-311.
56.Умханов Х.А., Яковлева В.Н. Аппаратно-хирургическая коррекция множественных контрактур и деформаций нижних конечностей у детей с церебральными спастическими параличами: метод. рекомендации. Л., 1982, 26 с.

57.Saraph V. et al. The Baumann procedure for fixed contracture of the gastrosoleus in cerebral palsy. Evaluation of function of the ankle after multilevel surgery // The Journal of bone and joint surgery. British volume, 2000, v.82, N4, p.535-540.
58.Шашурина В.Н. Ранняя диагностика детских церебральных параличей // Новое в детской ортопедии и травматологии: сб. науч. тр. СПб., 1993, с.167-168.
59.Кутузов А.П. Оценка результатов применения компрессионно- дистракционных аппаратов в системе восстановления детей с церебральными параличами // Актуальные вопросы лечения заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата у детей. СПб., 1994, с.239-241.
60.Кутузов А.П. Показания к применению компрессионно-дистракционного метода устранения эквинусной контрактуры стоп у детей с церебральным спастическим параличом // Ранняя диагностика и лечение ортопедических заболеваний у детей: сб. науч. тр. ЛНИДОИ им. Г.И. Турнера. Л., 1981, с.108-110.
61.Босых В.Г., Сологубов Е.Г., Фищенко П.Я., Виноградов А.В. Опасности и ошибки при лечении эквинусной деформации стоп при детском церебральном параличе / Материалы симпозиума детских травматологов-ортопедов России. СПб., 2003, с. 314.
62.Koman L.A. et al. Recurrence of equinus foot deformity in cerebral palsy patients following surgery: a review // Journal of the Southern Orthopaedic Association, 2003, v.12, N3, p.125-133.

Резюме

Современные сведения о нейрогенной деформации стопы у детей

Э.К.Магеррамов

Последствия повреждений периферических нервных стволов нижних конечностей и развившиеся нейрогенные деформации всегда представляли собой сложную и актуальную задачу травматологии и ортопедии детского возраста. Эти деформации являются следствием повреждения периферических нервов, а также неудовлетворительного их лечения. Частота патологии варьирует от 9 до 75% и зависит от характера, уровня повреждения и давности травмы. Вопросам этиологии, патогенеза, диагностики и лечения повреждений периферических нервов нижних конечностей у детей посвящены работы многих отечественных и зарубежных авторов. Травма нерва занимает от 1 до 10% в структуре повреждений опорно-двигательного аппарата, а частота повреждений периферических нервов нижних конечностей среди травм всех нервных стволов остается высокой и составляет от 9 до 20%.

Summary

Modern concepts of neurogenic strains in children

E.K. Maharramov

The consequences of damage to the peripheral nerve trunks of the lower extremities and the development of neurogenic deformations have always been a complex and urgent task of traumatology and orthopedics of childhood. These deformations are a consequence of damage to peripheral nerves, as well as unsatisfactory treatment. The frequency of pathology varies from 9 to 75% and depends on the nature, level of injury and the duration of the injury. The works of many domestic and foreign authors are devoted to the problems of etiology, pathogenesis, diagnostics and treatment of injuries of the peripheral nerves of the lower limbs in children. Trauma of the nerve takes from 1 to 10% in the structure of injuries of the musculoskeletal system, and the frequency of injuries of the peripheral nerves of the lower extremities among injuries of all nerve trunks remains high and ranges from 9 to 20%.

Daxil olub: 25.01.2018

ORİJİNAL MƏQALƏLƏR-
ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

СЕРОПОЗИТИВНОСТЬ В ОТНОШЕНИЕ ВИРУСА ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ/ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА СРЕДИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ЗДОРОВЫХ ЛИЦ, ЖИВУЩИХ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ

М.К.Мамедов, Ю.А.Ахмедов, А.А.Солтанов, С.Н.Джавадзаде, А.Ю.Магамедли
Национальный центр онкологии, Мемориальная клиника Н.Туси, г.Баку

Açar sözlər: seroloji müayinə, IgG, IgM, onkoloji xəstələr
Ключевые слова: серологические исследования, IgG, IgM, онкологические больные
Key words: serological tests, IgG, IgM, oncological patients

Сегодня хорошо известно, что глобально распространенная инфекция, лежащая в основе такого заболевания, как опоясывающий лишай, имеет прямое отношение к инфекции, проявляющейся в форме "ветряной оспы" (ВО) - острого инфекционного заболевания, поражающего преимущественно лиц детского и подросткового возраста.

Описанная в Италии в середине XVI в ВО более двух веков считалась легкой формой натуральной оспы - ВО была окончательно признана самостоятельным заболеванием лишь в начале XIX в и получила название varicella. Ее инфекционная природа была установлена П.Штейнером, который в 1875 г в Германии провел опыт по заражению добровольцев. В 1911 г бразилиец Энрике Арагао доказал вирусную природу ВО и у больных в содержимом оспенных везикул выявил округлые тельца, расцененные им как частицы возбудителя ВО [1].

Опоясывающий лишай (ОЛ) или herpes zoster был известен еще античным врачам, считавшим его самостоятельной болезнью. Однако, в 1888 г венгерский врач Янош Бокай на основе наблюдений за заболеваниями детей ВО после контакта с больными ОЛ, впервые указал на вероятную связь этих двух заболеваний. В 1925 г немецкий врач К.Кундратиц, заражая волонтеров бесклеточными фильтратами герпетических пузырьков, доказал вирусную природу ОЛ. Им отмечалось, что у некоторых инфицируемых развивалась клиника не только ОЛ, но и ВО [2].

Вместе с тем, существование этиологической связи между ВО, вызывающей эпидемические вспышки, и ОЛ, характеризующимся только спорадической заболеваемостью, оставалось недоказанным.

В 1943 г Г.Руска в Германии, сравнив электронно-микроскопические фото вирусных частиц, полученных у больных ВО и ОЛ, отметил их сходное строение. В 1943 г Дж.Гарланд в США и в 1954 г Р.Хоуп Симпсон в Англии привели доказательства того, что развитие ОЛ может быть следствием реактивации персистирующего в организме вируса, ранее вызвавшего ветряную оспу. С того времени считается, что эти оба заболевания вызываются одним и тем же вирусом - "вирусом варицеллы/зостер" (VZV) [3].

Между тем, уже в 1953 г американец Томас Уеллер воспроизвел репродукцию вируса в клеточной системе in vitro, что позволило изучить биологию и свойства этого вируса. В 1962 г в США Джун Алмейда и ее коллегами с помощью электронного микроскопа детально исследовала строение частиц этого вируса. Полученные в тот период данные позволили считать VZV близким к другим вирусам герпеса и в 1-м издании международной классификации вирусов (1970) отнести его к роду Herpesvirus [4].

В международной классификации вирусов, изданной в 1982 г, этот вирус, вместе с вирусами простого герпеса, был включен в подсемейство Alphaherpesvirinae как представитель рода Varicello-

virus, а в современной классификации вирусов (2005) он получил официальное название "вирус герпеса человека 3-го типа" [5].

Согласно современным представлениям, в основе ОЛ лежит вторичная по отношению к ВО, эндогенная хронически-рецидивующая инфекция, вызванная VZV и клинически чаще всего проявляющаяся в форме везикулярной экзантемы по ходу чувствительных нервов, сопровождающаяся выраженным болевым синдромом и лихорадкой. Иначе говоря, развитие ОЛ является следствием реактивации VZV, латентно персистирующего в организме после перенесенной в детском или подростковом возрасте ВО. При этом человек, перенесший ВО, остается пожизненно инфицированным и вирус может в любой момент реактивироваться, проявившись в виде первичного или рецидивного ОЛ [6].

Важнейшим стимулом реактивации вируса и, соответственно, клинической манифестации инфекции, является развитие иммунологической недостаточности, которая может сформироваться под действием целого ряда эндогенных и экзогенных факторов. Поэтому причиной развития первого эпизода ОЛ, а также частых рецидивов ОЛ, обычно становятся факторы, связанные с кратковременной или продолжительной иммунодепрессией [7].

Среди причин, провоцирующих развитие ОЛ, надо отметить заболевания и пограничные состояния, сопровождающиеся ослаблением клеточного иммунитета. Поэтому среди лиц с ОЛ чаще всего оказываются люди старше 70 лет, ВИЧ-инфицированные люди, реципиенты пересаженных органов и тканей, а также лица, получающие длительную терапию иммунодепрессантами или кортикостероидами. Хотя единичные случаи ОЛ отмечаются и у иммунокомпетентных лиц, течение этого заболевания у иммунокомпрометированных лиц отличается более тяжелым характером и обширностью поражений [8].

Отдельного упоминания заслуживают и такие лица с частым развитием ОЛ, как онкологические больные, большинство из которых являются имунокомпрометированными [9].

Важное значение этой инфекции среди онкологических больных определяется несколькими обстоятельствами. Во-первых, среди интеркуррентных вирусных инфекций, наиболее часто отмечаемых среди онкологических больных, VZV-инфекция уступает лишь инфекциям, вызываемым вирусами простого герпеса. Наиболее часто, она выявляется у больных с лимфопролиферативными заболеваниями (лейкозами и лимфомами) [10] Во-вторых, риск развития ОЛ у этих больных обусловлен не только основным заболеванием, но и действием ятрогенных факторов, усиливающих иммунодепрессию и, в первую очередь, противоопухолевой химиотерапии [11]. В-третьих, эта инфекция нередко становится причиной развития серьезных, а порой и фатальных осложнений онкологических заболеваний и, в первую очередь, у детей с онкогематологическими заболеваниями [12]. В-четвертых, быстрота прогрессирования инфекции, как и частота и тяжесть ее осложнений обычно зависит от распространенности опухолевого процесса и интенсивности противоопухолевой терапии.

В-пятых, у онкологических больных течение ОЛ отличается более длительным, области поражения более обширными (нередко развиваются генерализованные формы с поражением внутренних органов), а болевой синдром - более выраженым характером [10].

В-шестых, VZV более резистентен к противовирусным препаратам, используемым для лечения инфекций, вызванных вирусами простого герпеса и, в частности, к ацикловиру [9].

Поэтому важное практическое значение в контексте проведения в онкологических стационарах профилактических мероприятий против ОЛ, приобретает оценка широты распространения VZV-инфекции среди онкологических больных. Соответственно, важное значение приобретает и информация об интенсивности циркуляции VZV среди взрослого населения разных регионов.

Учитывая, что эпидемиологические исследования, посвященные определению масштабов распространения VZV-инфекции в Азербайджане прежде не проводились и широта распространения этой инфекции среди живущих здесь здоровых лиц и онкологических больных остается неизвестной, мы провели наблюдение, в ходе которого была определена частота выявления антител к антигенам VZV (anti-VZV) среди онкологических больных и здоровых жителей Азербайджана.

Материалы и методы исследования. Поставив перед собой эту цель, мы провели сероэпидемиологическое обследование на VZV-инфекцию 380 больных ходжкинскими и неходжкинскими ЛФ и 270 больных солидными злокачественными опухолями (СЗО), среди которых были больные раком легкого и желудка. Их возраст колебался от 49 до 75 лет.

Обследованная нами контрольная группа включала 500 внешне здоровых жителей г.Баку в возрасте от 40 до 60 лет проходивших профилактические обследование в Мемориальной клинике

Н.Туси в г. Баку в 2017 г. Конкретные количества больных различными онкологическими заболеваниями указаны ниже, в таблицах 1 и 2.

Исследование включало определение в указанных сыворотках anti-VZV относящихся к классу IgG с помощью иммуноферментного метода (ИФМ) на основе коммерческих наборов реагентов "VZV-IgG-ELA-test" фирмы "Medac GmbH" (Германия).

Далее, с помощью этого же метода все серопозитивные сыворотки повторно исследовали в разведении 1:1000. Наконец, для выявления репликативной VZV-инфекции (по выявлению IgM-anti-VZV) все серопозитивные сыворотки были исследовали с помощью ИФМ на основе наборов для диагностики "VZV-IgM-ELA-test" той же фирмы.

Полученные результаты математически обрабатывали традиционным методом вариационной статистики, используя известные формулы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Основные результаты проведенного нами серологического исследования представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Частота обнаружения антител к VZV у онкологических больных и у здоровых лиц из контрольной группы

Выявлены anti-VZV	Онкологические больные (n=650)	Здоровые лица (n=500)
Всего	573 (88,2±1,3%)	430 (86,0±1,6%)
в титре 1:1000	97 (14,9±1,4%)	34 (6,8±1,1%)
класса IgM	79 (12,2±1,3%)	21 (4,2±0,9%)

Как следует из таблицы 1, доля серопозитивных в отношение VZV лиц в составе контрольной группы превосходила 80%, что отражало достаточно активную циркуляцию VZV среди населения г.Баку и тот факт, что значительная часть взрослого населения была ранее инфицирована этим вирусом. Данный факт, сам по себе, нам представился интересным, поскольку в доступной нам литературе мы не нашли сведений об иммуноструктуре живущих в г.Баку взрослых лиц, инфицированных VZV.

Кроме того, из таблицы 1 следует, что показатель серопозитивности в отношение VZV в группе обследованных онкологических больных практически не отличался от такового в контрольной группе и статистически устойчивое различие между этими показателями в интервале $p<0,05$ отсутствовало.

В то же время, оказалось, что частота выявления этих же антител в более высоком титре (1:1000) у онкологических больных более, чем в два раза превышала частоту аналогичных находок среди здоровых лиц из контрольной группы ($p<0,01$, $t=4,45$).

Аналогичная картина выявилась и при сравнении частоты выявления в этих группах антител, относящихся к классу IgM. В группе онкологических больных она почти в три раза превзошла таковую в контрольной группе здоровых лиц ($p<0,01$, $t=5,06$).

Далее мы сравнили между собой результаты обследования больных различными онкологическими заболеваниями. Эти результаты отражены в таблице 2.

Таблица 2

Частота обнаружения антител к VZV у больных различными типами лимфом и разными солидными злокачественными опухолями

Группы обследованных лиц и их количество	Выявлены anti-VZV		
	всего	в титре 1:1000	IgM-anti-CMV
Больные ХЛ (180)	161 / 89,4%	24 / 13,3%	20 / 11,1%
Больные НХЛ (200)	181 / 90,5%	40 / 20,0%	37 / 18,5%
всего (380)	342 / 90,0%	64 / 16,8%	57 / 15,0%
Больные РЛ (160)	144 / 90,0%	14 / 8,8%	10 / 6,3%
Больные РЖ (110)	87 / 79,1%	19 / 17,3%	12 / 10,9%
всего (270)	231 / 88,1%	33 / 12,2%	22 / 8,1%
Сокращения: ХЛ - ходжкинские лимфомы, НХЛ – неходжскинские лимфомы, РЛ - рак легких: РЖ - рак желудка			

Оказалось, что средние частоты выявления суммарных антител к VZV как у больных ЛФ практически не отличалась от таковых у больных СЗО. Учитывая, что наличие суммарных антител у обследованных лиц указывало лишь на факт имевшего места их контакта с VZV безотносительно его

давности, можно было полагать, что доля лиц, ранее перенесших VZV-инфекцию, среди больных как ЛФ, так и СЗО оказалась примерно равной.

В то же время, частота выявления этих же антител разведенных (в тысячу раз) в сыворотках у больных ЛФ, равная 16,8±0,8%, оказалась выше аналогичного показателя у больных СЗО, составившего 12,2±2,0% ($p<0,05$; $t=2,19$).

Более того, частота выявления IgM-anti-VZV у больных ЛФ, равная 15,0±1,8%, оказалась выше частоты выявления этих же антител у больных СЗО, составившей 8,1±1,7% ($p < 0,05$; $t=2,87$).

Учитывая то, что частота выявления IgM-anti-VZV, являющихся серологическим маркером репродуктивной VZV-инфекции, а более высокий титр антител отражает более интенсивное развитие инфекции, мы пришли к заключению о том, что несмотря на практически равные показатели серопозитивности в отношение VZV, у больных ЛФ достоверно чаще, чем у больных СЗО, выявлялись случаи течения VZV-инфекции в репродуктивной форме. Это означало, что риск реактивации и, соответственно, клинической манифестации, этой инфекции у больных ЛФ был выше, чем у больных СЗО. Соответственно, можно было полагать, что у инфицированных VZV больных ЛФ риск развития связанных с реактивацией этого вируса осложнений более высок, чем у больных СЗО.

Данный факт мы связали с тем, что больные ЛФ по всей вероятности характеризовались более выраженной иммунокомпрометацией, нежели больные СЗО.

Таким образом, проанализировав результаты проведенного нами обследования группы онкологических больных и здоровых лиц, мы пришли к заключению о том, что несмотря на примерно равные показатели инфицированности VZV как онкологических больных, так и лиц из контрольной группы, первые отличались от последних не только более частым содержанием в сыворотках антител в более высоком титре, но и более частым наличием в них специфических антител, относящихся к классу IgM.

При этом, последняя особенность оказалась более выраженной у больных ЛФ. Это указывало на то, что именно эти больные подвержены наибольшему риску развития осложнений, прямо или косвенно связанных с реактивацией персистирующего VZV.

Соответственно, данное положение позволяет считать вопрос о вакцинопрофилактике VZV-инфекции приоритетным в отношение, в первую очередь, больных ЛФ.

ЛИТЕРАТУРА

1.Гузовская Т.С., Чистенко Г.Н. Ветряная оспа: эпидемиологические особенности. // Военная медицина, 2014, N.1, с.115-118;

2.Гузовская Т.С., Чистенко Г.Н. Панкратов В.Г., Гумбар С.А. Опоясывающий лишай: эпидемиологические и клинические аспекты. // Медицинский ж., 2007, N.4, с.4-6;

3.Herpes zoster. Recent aspects of diagnosis and control. Eds.G.Gross, H.Doerr. Basel: Karger AG, 2006, 189 p.

4.Cohen J., Straus S., Arvin A. Varicalla-Zoster virus replication, pathogenesis and management. / Field's Virology. 5-th ed. Philadelphia: Wolter Kluwer and Lippincott Williams & Wilkins, 2007, v.2, p.2771-2818.

5. Баринский И.Ф., Чешик С.Г., Львов Н.Д, Инфекции, вызываемые герпесвирусом человека 3-го типа (HHV-5): ветряная оспа, герпес-зостер (опоясывающий лишай). / Вирусы и вирусные инфекции человека и животных. Под ред. Д.К.Львова. М.: МИА, 2013, с.608-612;

6. Исаков В.А., Архипова Е.И., Исаков Д.В. Герпесвирусные инфекции человека: руководство для врачей. СПб: Специальная Литература, 2006, 301 с.

7. Опоясывающий лишай (herpes zoster) у взрослых. Шекстакова И.В., Малышев Н.А., Лебедев В.В. и др. Клинические рекомендации. (НИИ вирусологии им.Д.И.Ивановского). М., 2014, 95 с.

8. Лобзин Ю.В. Руководство по инфекционным болезням. С-Пб. : Фолиант, 2011, т.2. 744 с.

9. Жуков Н.В. Вирусные инфекции. / Инфекции в онкологии. Под ред.М.И.Давыдова, Н.В.Дмитриевой. М.: Практическая медицина,2009, с.117-118;

10. Сторожаков Г.И., Никитин И.Г., Лепков С.В. и др. Вирусные инфекции у онкологических больных. / Энциклопедия клинической онкологии. Под ред.М.И.Давыдова. М.: ООО РЛС, 2004, с.888-894;

11. Абдулкадыров К.М. Вирусные инфекции у онкогематологических больных (патогенез, диагностика, клиника, профилактика и лечение). СПб.: Роза мира, 2002, 133 с.

12. Поддубная И.В., Ларионова В.Б., Бабичева Л.Г. Инфекции у больных гемобластозами. / Инфекции в онкологии. Под ред. М.И.Давыдова, Н.В.Дмитриевой. М.: Практическая медицина, 2009, с.114-123;

Xülasə

Azərbaycanda yaşayan onkoloji xəstələr və sağlam şəxslər arasında kəmərvari herpesə nəzərən seroloji-müsbət göstəricisi

M.Q.Məmmədov, Y.A.Əhmədov, Ə.A.Soltanov, S.N.Cavadzadə, A.Y.Məhəmmədli

Məqalədə limfoma və böyük bədxassəli şişlər olan xəstələrdə kəmərvari herpesə qarşı IgG və IgM anticisimlərinin aşkar edilməsi üçün seroloji müayinələrin nəticələri təqdim edilmişdir. Göstərilmişdir ki, bu anticisimlər həm onkoloji xəstələr, həm də sağlam çəxslər arasında eyni tezliklə aşkar edilmişdir. Eyni zamanda anticisimlərin və IgM sinfindən olan anticisimlərin nəzarət qrupundakı sağlam şəxslərə nisbətən daha yüksək titrlə aşkar edilmişdir.

Summary

Seropositivity to varicella zoster virus among oncological patients and healthy persons living in the Azerbaijan

M.Mamedov, Y.Akhmedov, A.Soltanov, S.Javadzadeh, A.Mahamedlei

The paper contains results of serologic examination patients with lymphomas and solid malignant tumors and healthy adult persons for detection of IgG and IgM antibodies to varicella-zoster virus (anti-VZV). It was demonstrated these antibodies were detected with the practically equal frequencies at oncological patients and at healthy persons from control group. In the same time high titers of anti-VZV and IgM-anti-VZV at oncological patients had been detected with high frequency than at healthy persons.

Daxil olub: 27.02.2018

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТАРГЕТНЫХ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Т.Н.Мамедова, С.Э.Рагимзаде, А.А.Рагимов, С.Р.Гиясбейли, Ю.А.Ахмедов, М.К.Мамедов

Национальный центр онкологии, г.Баку

Açar sözlər: xronik C hepatiti, onkoloji xəstələr, target virusləleyhinə preparatlar
Ключевые слова: хронический гепатит С, онкологические больные, таргетные противовирусные препараты
Key words: chronic hepatitis C, cancer patients, targeted antiviral drugs

Как известно, за последние годы в противовирусном лечении больных хроническим гепатитом С (ХГС) был достигнут значительный прогресс. Последний был обусловлен разработкой и внедрением в клиническую практику новой группы противовирусных препаратов на основе ингибиторов вирусных ферментов, условно объединяемых под общим названием таргетных препаратов [1].

Появление этих препаратов не только повысило эффективность лечения, но и значительно облегчило проведение противовирусной терапии (ПВТ) и, в том числе, онкологическим больным, являющимся одной из групп с высоким риском инфицирования вирусом гепатита С (ВГС) и потому часто вовлекаемым в соответствующий инфекционный процесс.

Ранее мы сообщали, что в 2016 г нами было начато наблюдение за онкологическими больными, у которых был диагностирован хронический гепатит С (ХГС) - в ходе этого наблюдения больным назначались таргетные противовирусные препараты, рекомендованные для проведения ПВТ указанного заболевания [2]. В настоящем сообщении мы приводим краткую характеристику части полученных нами результатов проведения такой терапии.

За период с начала 2016 г до конца 2017 г было проведено клинико-лабораторное наблюдение, в ходе которого группа находившихся в отделениях Национального центра онкологии больных, а

именно 28 женщин больных раком молочной железы (РМЖ) и 12 больных (мужчин и женщин) различными лимфомами (ЛФ) получила консервативную ПВТ по поводу обнаруженного у них ХГС.

Учитывая, что во всех случаях ХГС протекал в субклинической форме и не сопровождался какими-либо клинически значимыми проявлениями (при ультразвуковом исследовании в их печени выявились лишь незначительно выраженные изменения структуры органа), было принято решение о проведении им ПВТ лишь после завершения лечения основного заболевания.

До начала ПВТ кровь всех больных была подвергнута соответствующему лабораторному обследованию и, в том числе для определения уровня вирусной нагрузки и определения генотипа ВГС, вызвавшего ХГС. Оказалось, что у 28 больных заболевание было вызвано ВГС генотипа "1", у 8 больных - ВГС генотипа "3" и у 4 больных - ВГС генотипа "2". Больным, у которых инфекция была обусловлена ВГС генотипа "1" назначили ПВТ комбинированным препаратом, содержащим 400 мг софосбувира и 90 мг ледипасвира.

Больным, у которых инфекция была обусловлена ВГС генотипов "2" или "3" назначили два противовирусных препарата: софосбувир в суточной дозе 400 мг и даклатасвир в суточной дозе 60 мг. Всем больным помимо указанных препаратов назначался пероральный прием рибавирина в суточной дозе от 800 мг до 1200 мг, в зависимости от массы тела. Лечение во всех случаях продолжалось 84 дня.

После завершения ПВТ все больные были вновь обследованы на наличие у них виремии и лабораторных признаков дисфункции печени.

Данные, полученные в ходе наблюдения за этими больными, мы сравнили с аналогичными данными, ранее полученными нами в ходе аналогичных наблюдений за лечением ХГС у больных РМЖ с использованием лекарственных препаратов интерферонов (ИФН) [3].

При таком сравнении мы установили, что по истечении срока ПВТ больных по двум упомянутым выше программам отсутствие виремии было отмечено у всех 40 больных. Это позволило полагать, что применение указанных выше программ ПВТ позволило достичь полного (оцененного по отсутствию ВГС в крови) терапевтического эффекта у всех больных, которые получили такую ПВТ. Между тем, у онкологических больных с ХГС, которые получили лечение препаратами ИФН и рибавирин такой же эффект был отмечен заметно реже (приблизительно лишь у половины пациентов).

Вместе с тем, ни у одной из пациенток, находившихся под нашим наблюдением, не были отмечены какие-либо клинически существенные признаки побочного действия противовирусных препаратов (в том числе, указанные в инструкциях по этим препаратам), которые потребовали бы проведения им медикаментозной коррекции. Между тем, среди больных, которые получали инъекции препаратов ИФН такие побочные эффекты отмечались достаточно часто. Так, среди последних были отмечены случаи регистрации тошнотно-рвотного синдрома, а также случаи тромбоцитопении и лейкоцитопении.

Это позволяло утверждать, что применение для лечения ХГС у онкологических больных программ ПВТ, не включавших препараты ИФН, позволяло не только получить более частый устойчивый терапевтический эффект, но и не сопровождалось ощутимыми проявлениями побочных действий. Из этого прямо следовало, что применение таких программ лечения ХГС у онкологических больных имело заметные преимущества по сравнению с программами, включающими препараты ИФН.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нагиева Н.М., Мамедов М.К. Применение лекарственных препаратов на основе ингибиторов вирусных ферментов, как возможность совершенствования этиотропной терапии больных вирусным гепатитом С. // Современные достижения азерб. медицины, 2013, N.1, с.52-54;

2. Мамедов М.К., Гиясбейли С.Э., Рагимзаде С.Э., Мамедова Т.Н. Перспективы применения таргетных противовирусных препаратов для лечения хронического гепатита С у онкологических больных. // Биомедицина, 2016, N.4, с.5-7;

3. Гиясбейли С.Р., Мамедова Т.Н., Мамедов М.К., Кадырова А.А. О предпосылках и перспективах применения пегасиса в консервативном лечении онкологических больных. // Азерб. Ж. онкологии, 2014, N.2, с.61-65.

Xülasə

Onkoloji xəstələrdə xronik C hepatitinin müalicəsi üçün virusəleyhinə target preparatların tətbiq edilməsinin nəticələri

T.N.Məmmədova, S.E.Rəhimzadə, A.A.Rəhimov, S.R.Qiyasbəyli, Y.A.Əhmədov, M.Q.Məmmədov

Müəlliflər qısa şəkildə öz müşahidələri nəticəsində süd vəzi xərçəngi və limfoma olan xəstələrdə xronik C hepatitinin müalicəsi üçün virusəleyhinə target preparatların (sofosbuvir, ledipasvir və daklatasfir) tətbiq edilməsinin nəticələrini xarakterizə etmişlər.

Summary

Results of target antiviral drugs application for treatment of chronic hepatitis C at oncological patients

T.Mamedova, S.Rahimzadeh, A.Rahimov, S.Giyasbeilee, Y.Akhmedov, M.Mamedov

The authors briefly characterizes the results their own clinical observations devoted determination of effectivity of target antiviral drugs (sofosbuvir, ledipasvir and daclatasvir) application for therapy of chronic hepatitis C at patients with breast cancer and lymphomas.

Daxil olub: 29.12.2017

СОВРЕМЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИДОВ И ПОВОДОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Л.М. Рзакулиева, Н.К.Ализаде

Азербайджанский Государственный институт усовершенствования врачей имени А. Алиева

Açar sözlər: endoskopik ginekoloji əməliyyatlar, göstərişlər, müasir səciyyələr

Ключевые слова: эндоскопические гинекологические операции, показания, современная характеристика

Key words: endoscopic gynaecological operations, instructions, modern features

Наиболее заметные достижения хирургии связаны с применением эндоскопических операций, которые нашли широкое применение в Азербайджанской Республике [1-4]. Особенно интенсивно развивается эндоскопическая гинекологическая хирургия. В научной литературе последних лет широко представлены результаты крупномасштабных проспективных и ретроспективных исследований по анализу результатов и эффективности эндоскопических гинекологических операций [5-11]. Показано преимущество эндоскопических операций в связи с сокращением времени оперативного вмешательства, продолжительности пребывания в стационаре. Для перспективного планирования развитии эндоскопической хирургии важное значение имеет анализ существующей практики в этой области, изучение нозологической структуры показаний к этим операциям.

Цель исследования: получить современную характеристику видов и поводов эндоскопических гинекологических операций.

Материалы и методы исследования. Единицей статистического исследования явилась женщина, подвергавшаяся эндоскопическим гинекологическим операциям. Исследование проведено проспективно сплошным наблюдением. Объем выборки составлял 2476. Были выкопированы сведения о клинических диагнозах до и после операции, виде и объеме оперативного вмешательства. Возраст женщин колебался в интервале 14-73 лет (средняя величина возраста 37,8±0,21 лет). Преобладающее большинство контингента составляли молодые женщины (медиана возраста 37 лет, мода–31 год). Оперативные вмешательства были распределены на 4 группы: операции на придатках матки; консервативные и радикальные операции на матке; операции по поводу наружного эндометриоза тазовой брюшины; прочие. По каждой группе были выделены виды оперативного вмешательства и определено их количество.

Поводы эндоскопических операций были сгруппированы по клиническим диагнозам в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го просмотра. Определилась доля каждого вида и повода эндоскопических операций (в %), ее средняя ошибка и 95% доверительный

интервал при условии t=1,96. Статистическая обработка проводилась методами анализа качественных признаков [12].

Полученные результаты. Распределение эндоскопических операций на органах малого таза у женщин по их видам приведено в таблице 1. Преобладающее большинство вмешательств являются операции на матке (59,5±1,0%; 95% доверительный интервал 57,5-61,5%), второе место в структуре эндоскопических гинекологических операций занимают операции на придатках матки (20,0±0,8%; 95% доверительный интервал 18,4-21,6%). Операции по поводу наружного эндометриоза тазовой брюшины имеют небольшую долю (3,0±0,3%; 95% доверительный интервал 2,4-3,6%).

Таблица 1

Распределение пациенток по основным эндоскопическим операциям на органах малого таза у женщин по их видам

Группы операций	Виды операций	Кол-во операций	%	95% доверительный интервал
Операции на придатках матки	Аднексэктомия	44	1,8±0,3	1,2-2,4
	Резекция яичников	29	1,2±0,2	0,8-1,6
	Тубэктомия, оварэктомия	277	11,2±0,6	10,0-12,4
	Реконструктивно-пластические операции при бесплодии	145	5,9±0,5	4,9-6,9
Консервативные и радикальные операции на матке	Консервативная миомэктомия	523	21,1±0,8	19,5-22,7
	Субтотальная гистерэктомия	326	13,2±0,7	11,8-14,6
	Тотальная гистерэктомия	174	7,2±0,5	6,2-8,2
	Полипэктомия	448	18,1±0,8	16,5-19,7
Операции по поводу наружного эндометриоза тазовой брюшины	Коагуляция очагов эндометриоза	48	1,9±0,3	1,3-2,5
	Иссечение очагов эндометриоза	27	1,1±0,2	0,7-1,5
Прочие	Инструментальное удаление плодного яйца под контролем гистерэктомии	413	16,7±0,8	15,1-18,3
	Другие	21	0,8±0,2	0,4-1,2
Всего		2476	100,0	

В практике эндоскопической хирургии на органах малого таза наиболее часто встречается консервативная миомэктомия (21,1±0,8%; 95% доверительный интервал 19,5-22,7%), субтотальная гистерэктомия (13,2±0,7%; 95% доверительный интервал 11,8-14,6%), полипэктомия (18,1±0,8%; 95% доверительный интервал 16,5-19,7%), тубэктомия и овариоэктомия (11,2±0,6%; 95% доверительный интервал 10,0-12,4%), тотальная гистерэктомия (7,2±0,5%; 95% доверительный интервал 6,2-8,2%) и реконструктивно-пластические операции при - бесплодии (5,9±0,5%; 95% доверительный интервал 4,9-6,9%). Доля остальных видов операций сравнительно меньше: аднексэктомия (1,8±0,3%; 95% доверительный интервал 1,2-2,4%), резекция яичников (1,2±0,2%; 95% доверительный интервал 0,8-1,6%), коагуляция очагов эндометриоза (1,9±0,3%; 95% доверительный интервал 1,3-2,5%), иссечение очагов эндометриоза (1,1±0,2%; 95% доверительный интервал 0,7-1,5%).

Таблица 2

Распределение пациенток по ведущим причинам эндоскопических гинекологических операций

Ведущие причины (нозологические формы)	Количество диагнозов	в %	95% доверительный интервал
Аденомиоз	75	3,0±0,34	2,32-3,68
Апоплексия яичников	78	3,2±0,35	2,5-3,9
Бесплодие	102	4,1±0,40	3,3-4,9
Внематочная беременность	28	1,1±0,21	0,68-1,52
Генитальный эндометриоз	101	4,1±0,40	3,3-4,9
Киста яичников	152	6,2±0,48	5,24-7,16
Миома матки	670	27,1±0,9	25,3-28,9
Полип цервикального канала	151	6,1±0,48	5,14-7,06

Таблица 2. (продолжение)

Рецидив эндометриодной кисты яичников	58	2,3±0,30	1,7-2,9
Спаечный процесс в малом тазу	142	5,7±0,46	4,78-6,62
Сальнингоофарит	37	1,5±0,24	1,02-1,98
Тубо овариальные опухоли синдром Ашермана	32	1,3±0,23	0,84-1,76
Гиперплазия эндометра	149	6,0±0,48	5,04-6,96
Полипы эндометра	448	18,1±0,77	16,56-19,64
Хроническая тазовая боль	141	5,7±0,46	4,78-6,62
Выпадение женских половых органов	28	1,1±0,21	0,68-1,52
Прочие	84	3,4±0,36	2,68-4,12
Всего	2476	100,0	

Распределение клинических диагнозов- показаний для эндоскопических гинекологических операций приведены в таблице 2.

Среди показаний для эндоскопических гинекологических операций первые места занимают миома матки (27,1±0,9%; 95% доверительный интервал 25,3-28,9%) и полипы эндометра (18,1±0,77%; 95% доверительный интервал 16,56-19,64%). Кисты яичников (6,2±0,48%), полипы цервикального канала (6,1± 0,48%), спаечные процессы в малом тазу (5,7±0,46%), гиперплазия эндометра (6,0±0,48%) и хроническая тазовая боль (5,7±0,46%) имеют сходный уровень удельного веса среди причин эндоскопических гинекологических операций и разделяют между собой четвертое-девятое места. По сравнению с этими поводами реже применены эндоскопические операции в связи с бесплодием (4,1±0,40%), генитальным эндометриозом (4,1±0,40%), аденомиозом (3,0±0,34%), апоплексией яичников (3,2±0,35%), внематочной беременностью (1,1±0,21%), рецидивом эндометриодной кисты яичников (2,3±0,3%), сальпингоофоритом (1,5±0,24%), тубооваривальными опухолями и синдромом Ашермана (1,3±0,23%), выпадением женских половых органов (1,1±0,21%).

Наиболее важным преимуществом эндоскопических операций считается наличие возможности проведения хирургического лечения различных органов и систем одним доступом (симультанные операции). Распределения эндоскопических гинекологических операций по количеству операций одним доступом приведено в таблице 3. Из этих данных очевидно, что преобладающее большинство операций составили так называемые моно операции (хирургическое лечение одного органа одним доступом), только в 20,0±0,8% случаях были выполнены симультанные операции (95% доверительный интервал 18,4-21,6%). Привлекает внимание заметная доля симультанных операций на трех органах одним доступом (6,5±0,5%; 95% доверительный интервал 5,5-7,5%).

Таблица 3

Распределение оперированных пациенток по количеству видов операций

Группы пациенток	Количество	%	95% доверительный интервал
Моно операции	1980	80,0±0,8	78,4-81,6
Симультанные операции в том числе:	496	20,0±0,8	18,4-21,6
Сочетание двух	333	13,5±0,7	12,1-14,9
Сочетание трех	163	6,5±0,5	5,5-7,5
Всего	2476	100,0	

Обсуждение полученных результатов. Структура эндоскопических операций на органах малого таза у женщин в Москве [11] оценена анализом большого объема наблюдения, которое показывает, что доля операций на придатках матки составляет 67,49%, а доля консервативных и радикальных операций на матке 20,47%. По нашим данным прослеживается противоположенная картина: преобладают операции на матке (59,5±1,0%). Доля эндоскопических операций на придатках матки значительно меньше (20,0± 0,8%). Обращает на себя внимание разность удельного веса операций по поводу наружного эндометриоза тазовой брюшины, который составлял 3,0±0,3% по нашим наблюдениям, 12,04% по данным Сазоновой Е.О. [11].

О структуре поводов эндоскопических гинекологических операций репрезентативные материалы в литературе не имеется, в основном рассмотрены характеристики отдельных видов оперативных вмешательств [5-11]. Таким образом, нами получены репрезентативные данные о структуре

эндоскопических гинекологических операций, как по видам хирургического вмешательства, так и по показаниям к оперативному лечению.

Выводы:

1. На современном этапе развития эндоскопической хирургии на органах малого таза у женщин в Азербайджане в структуре видов операций преобладают операции на матке (59,5±1,0%), в том числе консервативная миомэктамия (21,1±0,8%), субтотальная гистерэктамия (13,2±0,7%) полипэктамия (12,9±0,7%) и тотальная гистерэктамия (7,2±0,5%).
2. Доля симультанных операций среди эндоскопических гинекологических операций составляет 20,0±0,8%.
3. Эндоскопические гинекологические операции сравнительно часто применяются по поводу полипов эндометра (18,1±0,77%), миомы матки (27,1±0,91%), кист яичников (6,2±0,48%), полипов цервикального канала (6,1±0,48%), спаечных процессов в малом тазе (5,7±0,46%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахвердиев Б.Д., Исаев Г.Б. Отдаленные результаты одновременной эндоскопической коррекции хронической дуоденальной непроходимости и холицистэктамии при желчнокаменной болезни // Georgian medical news, 2016, №5(254), с. 19-25
2. Идрисов Ф.С., Ширинов З.Т. Результаты клинических наблюдений больных подвергающихся эндоскопической холицестэктомии // Вестник хирургии Казахстана, 2012, №2 (30), с. 23-25
3. Мамедов А.М., Касимов Н.А., Джамалов Ф.Г. Анализ резултатов эндоскопических холицестэктомий, проведенных с использованием ультразвуковой и высокочастотной энэргии // «Актуальні проблемы сучасноі медицини», Полтава, Украина, 2016, №4, с. 127-131
4. Намазов А.Э. Сравнительный анализ ранних результатов открытых и эндоскопических операций при рецидивных паховых грыжах // Лазерная медицина, М. 2011, N4, с.31-32
5. Billfeldt N.K., Borgfeldt C., Lindkvist H. et al. A Swedish population-based evaluation of benign hysterectomy, comparing minimally invasive and abdominal surgery // Eur J obstet Gynecol Reprod iol, 2018, mar. 222:113-118
6. Ding D., Chu T., Hong M. Hysterectomy and ovarian cystectomy using natural orifice transluminal endoscopic surgery: an initial experience at Tzu Chi General Hospital // Tzu Chi Medical Journal, 2017, 29(4), 208-212
7. Kaya C., Alay J., Ekin M., Yaşar L. Hysterectomy by vaginal-assisted natural orifice transluminal endoscopic surgery: Initial experience with twelve cases // J Turk ger Gynecol Assoc. 2018, 19(1); 34-38
8. Weng S.S., Chou Y.C., Sun F.J. Laporoscopic subtotal hysterectomy using contained manual morcelation: Experience from a tertiary referral center in Taiwan // Taiwan J Obstet Gynecol. 2018 Feb; 57(1):28-31. doi: 10.1016/j. tjog.2017.12.005.
9. Chang Y., Kay N., Huang M.R., et al. Laporoendoscopic single-site supracervical Gysterectomy with manual morcellation: a retrospective study // Minim Invasive Gynecol, 2018, mar 1. Pii: S1553-4650 (18) 30147-x
10. Eggemann H., Ignatov A., Frauchiger-Heuer H. et al. Laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy versus vaginal hysterectomy for benign uterine diseases: a prospective, randomized, multicenter, double-blind trial (LAVA) // Azeh Gynecol obstet, 2018, 297(2), 479-485
11. Сазонова Е.О. Осложнения лапороскопических операций на органах малого таза у женщин // Эндоскопическая хирургия, 2007, №5, с.49-57
12. Стентон Г. Медико-биологическая статистика. М.: Изд. Практика. 1999. 459 с.

Xülasə

Endoskopik ginekoloji əməliyyatların növ və göstərişlərinə görə müasir səciyyələri

L.M. Rzaquliyeva, N.K.Əlizadə

Məqsəd: Endoskopik ginekoloji əməliyyatların növ və göstərişlərinin müasir səciyyələrini qiymətləndirmək. Tədqiqatda ucdantutma metodu ilə toplanmış 2476 xəstənin endoskopik ginekoloji əməliyyatlarının məlumat bazası istifadə olunmuşdur. Xəstələr yaşa, cərrahi müalicəyə göstərişlərə, tətbiq olunmuş əməliyyatların növlərinə görə bölünmüşdür. Məlumatlar keyfiyyət əlamətlərinin təhlili metodları ilə statistik işlənmişdir. Tətbiq olunmuş əməliyyatların 21,1±0,8%-i konservativ miomektomiya, 13,2±0,7%-i subtotal histerektomiya, 12,9±0,7%-i polipektomiya, 11,2±0,6%-i tubektomiya və ovarektomiya, 7,2±0,5%-i total histerektomiyanın payına düşmüşdür. Döl yumurtasının alətlə histereskop nəzarəti ilə xaric edilməsi əməliyyatının xüsusi çəkisi 16,7±0,8% təşkil etmişdir. Simultan əməliyyatların (bütün əməliyyatların 20,0±0,8%) böyük əksəriyyəti (bütün əməliyyatların 13,5%) iki orqanda aparılmışdır. Əməliyyatlara göstərişlər arasında prioritet yerləri endometrin polipi (18,1±0,77%), uşaqlı mioması (10,4±0,61%),

yumurtalıqların kistası (6,2±0,48%) və servikal kanalın polipi (6,1±0,48%) tutmuşdur. Müasir dövrdə endoskopik ginekoloji əməliyyatların əksəriyyəti uşaqlıqda həyata keçirilən (59,5±1,0%) əməliyyatlara aiddir. Endoskopik əməliyyatların göstərişləri arasında endometrin polipi, inkişafdan qalmış hamiləlik, uşaqlıq mioması üstünlük təşkil edir.

Summary

Modern features of endoscopic gynecological operations according types and instructions

L.M. Rzaguliyeva, N.K. Alizadeh

The purpose of the study: To assess the modern features of endoscopic gynecological operations according types and instructions. Information base on endoscopic and gynecological operations of 2476 patients have been used for the study by the method of full coverage. Patients were divided into groups according their ages, instructions for operative treatment, types of applied surgeries. Information was statistically processed by the method of data quality analysis. 21,1±0,8% of applied surgeries are conservative myomectomy, 13,2±0,7% - hysterectomy, 12,9±0,7% - polypectomy, 11,2±0,6% - tuberculosis and ovarectomy, 7,2±0,5% - total hysterectomy. The specific weight of the fertilization egg with hysteroscopy control is 16,7±0,8%. The biggest part (13,5% of all operations) of simultaneous operations (20,0±0,8% of all operations) was carried out in two organs. Priority was given to endometrial polyps (18,1±0,77%), child miomas (10,4±0,61%), ovarian cyst (6,2±0,48%) and cervical canal polyps (6,1±0,48%). Nowadays most of endoscopic gynaecological operations are applied to uterus (59,5±1,0%). Endometrial polyps, pregnancy, developmental maturation prevail among instructions for endoscopic gynaecological operations.

Daxil olub: 29.12.2017

GÖRMƏ ORQANININ MİKOTİK XƏSTƏLİKLƏRİ OLAN XƏSTƏLƏRDƏ GÖZLƏRİN HEMODİNAMİKASININ VƏZİYYƏTİ

V.B.İsgəndərli

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: uveit, gözlərin mikotik zədələnmələri, etiologiya, mikozlar
Ключевые слова: увеит, микотические поражения глаз, этиология, микозы
Key words: uveitis, mycotic eye lesions, etiology, fungal infections

Göz qapaqlarının, konyunktivanın və göz almasının toxumalarına göbələk infeksiyasının inokulyasiyasında sonuncuların zədələnmələri, çox vaxt kiçik sıyrıntılar və eroziyalar, konyunktivanın və qüzehli qişanın səthi yad cisimləri (xüsusilə bitki mənşəli) böyük əhəmiyyət daşıyır. Bakterial və virus mənşəli gözlərin yoluxucu xəstəliklərindən fərli olaraq, göbələk xəstəlikləri zamanı dərman terapiyası azeffektivdir [1,2,3].

Uveal yol- göz almasının güclü piqmentləşmiş və vaskulyarizasiya olunmuş qişası olub, xaricdən sklera və daxildən tor qişa arasında yerləşmişdir. O, 3 hissədən təşkil olunmuşdur: qüzehli qişa, siliar cisim və xorioideya. Qüzehli qişa və siliar cisim gözün ön damarlı qişasını təşkil edir, halbuki xorioideya - gözün damarlı qişasının arxa hissəsidir. Damarlı qişa arxadan görmə sinirindən başlayaraq öndən siliar cisimə doğru uzanır. Damarlı uveal yol qanla təchizini göz arteriyasından götürür ki, o, daxili yuxu arteriyasının birinci şaxəsidir və qanı əsas etibarilə gözün damarlı qişasına daşıyır. Görmə funksiyası üçün bunun əhəmiyyəti göz qabağındadır, çünki məlumdur ki, gözün damarlı qişasında qan axını beynin qan axınından təqribən 10 dəfə və böyrəklərin qan axınından- 4 dəfə çoxdur. Bundan başqa, gözlərin ümumi qan dövranının 85% -i damarlı qişada paylaşdırılır [4].

Ön uveal yolun iltihabı «irit» adlandırılır ki, bu zaman prosesə qüzehli qişa qoşulur və «iridosiklit» inkişaf edir ki, bu zaman siliar cisim cəlb olunur. Əgər göbələk embolu infeksiyanı damarlı qişaya gətirirsə, onun nəticəsində xorioidit inkişaf edir. Ancaq qonşu tor qişa, demək olar ki, dərhal cəlb olunduğu üçün proses sürətlə xorioretinitə çevrilir. Başlanğıcda tor qişa kapilyarlarında fiksə olunan göbələk embolu retinit törədir və aşağıda yerləşmiş damarlı qişanın cəlb olunması ilə bərabər retinoxorioidit inkişaf edir. Birincili

göbələk retiniti zamanı göbələklərin avaskulyarizasiyalı şüşəyəbənzər cisimə daxil olması ehtimalı birincili göbələk xorioiditi ilə müqayisədə yüksəkdir [5,6].

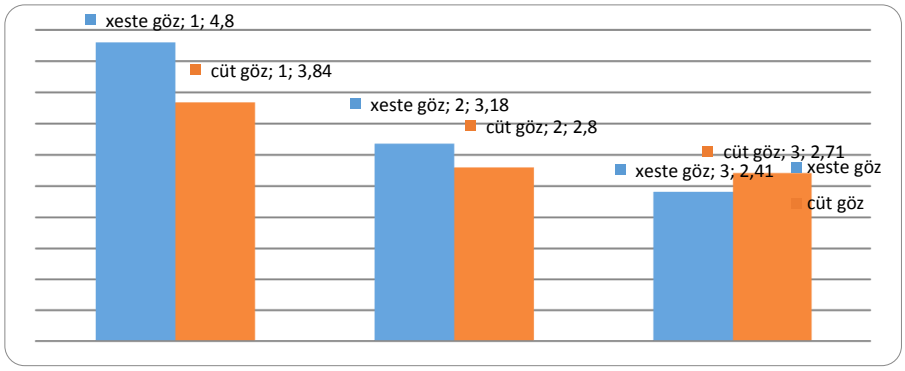
Beləliklə, gözlərin mikozlarının yaranmasının və inkişafının başlanğıc mərhələlərində erkən diaqnostika və düzgün aparılmış müalicə, müntəzəm, dəstəkləyici terapiya gələcəkdə belə xəstələrin həyat keyfiyyətini xeyli yaxşılaşdırmağa imkan verəcəkdir.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqata göbələk etiologiyalı xronik rsidivləşən uveitlə 24 xəstə (46 göz) daxil edilmişdir. Onlardan 9 pasiyent (16 göz) kəskinləşmə mərhələsində olan uveit (residivləşən iridosiklitlə birgə – bu zaman polimorf presipitatlar, bəbək nahiyəsində ekssudasiya, tək-tək arxa sinexiyalar, qüzehi qişanın stromasının ödemi, şüşəyəbənzər cisimdə fibril tağlar və liflənmə şəklində, həmçinin xorioretinitlə birgə (ocaqlı və disseminasiya olunmuş) qaralmalar nəzərə çarpmışdır ki, bu zaman göz dibində ödem əlamətləri ilə birgə ocaqlar müşahidə edilmişdir. Xronik iridosiklit (uzunsürən residivin nəticəsi) olan 3 xəstə (6 göz) klinik olaraq buynuz qişanın endotelisinin tərləməsi, şüşəyəbənzər cisimdə intensiv qaralmaların (fibroz və preretinal fibroz) olması ilə səciyyələnmişdir, onlardan 3 gözdə keratit əlamətləri müşahidə edilmişdir. 12 xəstə (24 göz) remissiya mərhələsində müayinə olunmuşlar. Xəstələrin orta yaşı 34,5±2,8 yaş (16 yaşdan 38 yaşa qədər) təşkil etmişdir. Kontrol qrupu analoji yaşda olan və yanaşı gedən somatik və oftalmoloji patologiyası olmayan pasiyentlər (10 nəfər, 20 göz) təşkil etmişlər. Tədqiqata pasiyentlərin aşağıdakı klinik müayinəsi və laborator müayinəsi: ümumklinik, biokimyəvi, mikoloji, İFA-da göbələklərə qarşı spesifik IgG-nin təyin edilməsi, ZPR metodu ilə göbələklərin DNT-nin kəmiyyətcə təyin edilməsi daxil edilmişdir. Bütün pasiyentlərdə standart oftalmoloji müayinələr (vizometriya, tonometriya, oftalmoskopiya, biomikroskopiya, perimetriya, exoqrafiya) aparılmışdır. Bununla yanaşı, müalicənin dinamikasında gözlərin hemodinamikası öyrənilmişdir. Xəstələrin hamısında kompüter reoqrafiya Reocom kompleksində standart metodika üzrə reooftalmoqrafiya həyata keçirilmişdir. Reooftalmoqrafiyanın məlumatları reoqrafiya əmsalı (RQ, ‰) üzrə qiymətləndirilmişdir ki, o, damar şəbəkəsinin qanla dolması həcminin göstəricisi hesab edilir. Fərqlərin etibarlılıq səviyyəsi Styudentin t-meyarından istifadə etməklə təyin olunmuşdur.

Nəticələr və onların müzakirəsi. Təqdim edilən məlumatların təhlili göstərir ki, uveit olan pasiyentlərdə residiv mərhələsində reoqrafiya əmsalı (RQ) xəstə gözdə 4,8±0,24‰ (dəyişkənlik əmsalı 21,2%) təşkil etmişdir ki, bu da digər tay gözə nisbətən 26,8% yüksəkdir (p=0,05), burada RQ - 3,84±0,32‰, dəyişkənlik əmsalı 27,0%-ə bərabər olmuşdur. Qeyd etmək lazımdır ki, xəstə gözdə qandolmanın həcminin yüksəlməsi norma (RQ =(3,52±0,12)‰) ilə müqayisədə 42,0%-ə (p<0,05) bərabər olmuşdur (şək.1). Həmçinin digər tay gözdə qandolmanın daha da artması meyli nəzərə çarpmışdır. Xəstə və digər tay gözlər arasında (8 xəstə) RQ göstəricisinin amplitudası (ΔRQ) 1,24±0,48‰ bərabər olmuşdur. Digər tay gözlər arasında qanladolmanın fərqinin yüksək dəyişkənliyini qeyd etmək lazımdır - dəyişkənlik əmsalı RQ =118%. Residivləşən proses zamanı kəskin və latent fazalar arasında tarazlığa nəzarət edən mexanizmlər tam aydın deyildir və regionar qanladolmanın yüksəlməsi iltihab fazasına uyğun gəlir ki, bu zaman patoloji prosesə damar sistemi də cəlb olunur. Residivin sönməsi dövründə pasiyentlərdə (4 nəfər, 8 göz) reoqrafiya əmsalı (RQ) xəstə gözdə 3,18±0,24‰ təşkil etmişdir, digər tay gözdə daha aşağı göstərici qeydə alınmışdır - 2,8±0,42‰. Onu da qeyd etmək lazımdır ki, bu vəziyyətdə xəstə gözdə RQ göstəricisi residivin şiddətlənməsi dövrünə nisətən 32,0%-ə qədər az olmuşdur (p<0,05). Digər tay gözün qanladolma həcmi də həmçinin 25,3% qədər azalmışdır (şək.1). 12 xəstədə remissiya vəziyyətində reoqrafiya əmsalı (RQ) xəstə gözdə 2,41±0,28‰-ə (dəyişkənlik əmsalı 34,2%-ə) bərabər olmuş, digər tay gözdə isə RQ o qədər də fərqlənməmişdir- 2,71±0,7‰. Residiv dövrü ilə müqayisədə sakit dövrdə bu göstəricinin azalması 51,8% təşkil etmiş (p<0,05), həmçinin digər tay gözün qanladolma göstəricisi də 30,6%-ə qədər azalmışdır (p<0,05). Kontrol qrupla müqayisədə sakit dövrdə həm xəstə, həm də digər tay gözün qanla dolma göstəricisinin orta hesabla 31,0% azalması nəzərə çarpır (şək.1).

Beləliklə, gözlərin qanladolması göstəcisi uveal iltihab prosesinin inkişaf fazalarının diaqnostik meyarlarından biri kimi xidmət edə bilər. Uveitlər zamanı gözlərin hemodinamikasına dair ədəbiyyat məlumatlarını təhlil edərkən, biz əldə edilən məlumatların az sayda olmasını və yekcins olmamasını müşahidə etdik. Belə ki, bəzi işlərdə epizodik müayinələr zamanı kəskin dövrdə qanla dolmanın pisləşməsi, arxa uzun siliar arteriyalar hövzəsində qan axınının xətti sürətinin azalması nəzərə çarpmış [7], digərlərində - mikoz mənşəli keratitlər zamanı residiv dövründə qan axınının intensivliyinin yüksəlməsi [8] və nadir residivlər zamanı remissiya vaxtı onun normallaşması, həmçinin tez-tez baş verən residivlər zamanı azalması müşahidə edilmişdir. Qeyd etmək olar ki, xəstəliyin etiologiyasını, uzun müddət davam etməsini, prosesin kəskinləşməsini və gedişinin xüsusiyyətlərini, yaşlar üzrə dəyişiklikləri nəzərə alaraq, bu aspektdə daha ətraflı tədqiqatlar

aparılmalıdır. Siliar cismin damarlarında qan dövranının pozulmasının prosesin kəskinləşməsindən və uveitin residivləşməsinin dövrlərindən asılı olması müəyyən edilmişdir ki, bu da optimal terapiyanın aparılması, həmçinin residiv dövründə xəstəliyin gedişinə, residivin, remissiyanın nəticəsinə nəzarət olunması baxımından böyük təcrübi əhəmiyyət daşıyır. Siliar cismin damarlarında qan dövranının aşkar edilmiş pozğunluqları və uveitlər zamanı hemodinamikanın dəyişiklikləri gözdə patoloji vəziyyətin inkişaf xüsusiyyətlərini dəqiqləşdiməyə və residivlərin qarşısının alınmasına yol verən məqsədyönlü diferensial teapiyanı təyin etməyə kömək edir.



Şək. 1. Mikoz etiologiyalı uveitlərlə xəstələrdə xəstə və digər tay gözün hemodinamikasının vəziyyəti: 1-residiv, 2- residivin nəticəsi, 3- remissiya

Residivarası dövrdə kontrol qrupla müqayisədə həm xəstə, həm də digər tay gözün qanla dolmasının orta hesabla 31,0%-ə qədər azalması nəzərə çarpır.

Nəticələr: 1. Siliar cismin damarlarında qan dövranının pozulmasının prosesin kəskinləşməsindən və uveitin residivləşməsinin dövrlərindən asılı olması müəyyən edilmişdir ki, bu da optimal terapiyanın aparılması, həmçinin residiv dövründə xəstəliyin gedişinə, residivin, remissiyanın nəticəsinə nəzarət olunması baxımından böyük təcrübi əhəmiyyət daşıyır. 2.Gözlərin qanla dolması göstəcisi uveal iltihab prosesinin inkişaf fazalarının diaqnostik meyarlarından biri kimi xidmət edə bilər.

ƏDƏBİYYAT

1. Бурова Ю., Воинова Г.В. Клинические разновидности и лечение кандидоза // Вестник дерматологии и венерологии, 2014, № 4, с.24-28

2. Сергеев Ю.В., Шпигель Б.И., Сергеев А.Ю. Фармакотерапия микозов. М.: Медицина для всех, 2003, 200 с.

3. Donahue S., Greven C., Zuravleff J. Intraocular candidiasis in patients with candidemia .Clinical implicationsderivedfromaprospective multicenter study // Ophthalmology, 2012, v.101, p.1302-1309.

4. Klotz S., Penn C., Negvesky G., Butrus S. Fungal and parasitic infections of the eye // Clin Microbiol Rev., 2010, v.13, No 4, p.685.

5. Mikosz C., Smith R., Kim M., Tyson C., Lee E., Adams E. Fungal endophthalmitis associated with compounded products // Emerg Infect Dis., 2014, v.20 (2), p.248-256.

6. McMillan B., Miller G., Nguyen J. Rare case of exogenous Candida dublieniensis endophthalmitis: a case report and brief review of the literature // J Ophthalmic Inflamm Infect., 2014, v. 2 (4), p.11

7. Tanaka M., Kobayashi Y., Takebyashi H., Kiyokawa M. Analysis of predisposing clinical and laboratory fndings for the development of endogenous fungal endophthalmitis. A retrospective 12 year study of 79 eyes of 46 patients // Retina 2011, v.21, No 3, p. 203-209

8. Sakai T., Kohzaki K., Watanabe A., Tsuneoka H., Shimadzu M. Use of DNA microarray analysis in diagnosis of bacterial and fungal endophthalmitis // Clin Ophthalmol., 2012, v.6, p.321-326.

Резюме

Состояние гемодинамики глаза у больных с микотическими заболеваниями органа зрения

В.Б.Искендерли

Проведенными исследованиями выявлена зависимость нарушения системы кровообращения в сосудах цилиарного тела от периода рецидивирования увеита и остроты процесса, что имеет важное значение при проведении соответствующей терапии, с целью слежения за течением заболевания во время рецидива, исхода рецидива и ремиссии. Выявленные изменения гидродинамики и нарушения кровообращения в сосудах цилиарного тела при увеитах способствуют уточнению особенностей протекания патологических состояний в глазу и разработке оптимальной комплексной терапии, предотвращающие развитие рецидивов. В межрецидивном периоде в отличии от группы сравнения регистрируется снижение кровенаполнения в больном и в парном глазу в среднем на 31,0%.

Summary

The state of eye hemodynamics in patients with mycosetic diseases of the organ of vision

V.B. Iskenderli

The studies revealed a dependence of the circulatory system in the ciliary body on the period of recurrence of uveitis and the severity of the process, which is important in the conduct of appropriate therapy, to monitor the course of the disease during relapse, the outcome of relapse and remission. The revealed changes in hydrodynamics and circulatory disturbances in the vessels of the ciliary body with uveitis contribute to the clarification of the peculiarities of the course of pathological conditions in the eye and the development of optimal complex therapy, preventing the development of relapses. In the inter-recessive period, in contrast to the comparison group, the decrease in blood filling in the patient and in the paired eye is registered on average by 31.0%.

Daxil olub: 19.01.2018

HAMİLƏLİYİN I TRİMESTRİNDƏ DÖLÜN BÜZDÜM - ƏNSƏ ÖLÇÜLƏRİNİN VƏ BURUN SÜMÜKLƏRİNİN UZUNLUĞUNUN SƏCİYYƏLƏRİ

M.A.Mahmudlu

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: burun sümükləri, hamiləliyin birinci trimestri, ultrasəs müayinə, büzdüm - ənsə ölçüləri,
Ключевые слова: *носовые кости, первый триместр беременности, ультразвуковое исследование, копчика-теменной размер*
Key words: nasal bones, the first trimester of pregnancy, ultrasound observation, coccygeal-parietal size

Anadangəlmə inkişaf qüsurlarının erkən aşkar edilməsi və hamiləliyin pozulmasının zəruriliyini əsaslandırmmaq məqsədi ilə həyata keçirilən I ultrasəs skrininqi geniş tətbiq olunur [1-7]. Hamiləliyin I trimestrində həyata keçirilən ultrasəs skrininqi vasitəsi ilə təyin olunan markerlərin – yaxalıq sahəsinin qalınlığı (IT-intracranial transclucency) və burun sümüklərinin uzunluğunun (nosal bone length) diaqnostik əhəmiyyəti büzdüm-ənsə ölçülərindən (crown rump lenght) asılı dəyişir. Bütün fetometrik ölçülər üçün regional fərq səciyyəvidir. Ona görə də qeyd olunan markerlərdən adekvat istifadə etmək üçün onların regional standartlarının əsaslandırılması zəruridir.

Tədqiqatın məqsədi. Hamiləliyin I trimestrində (11-13 həftələr) dölün büzdüm-ənsə ölçülərinin və burun sümüklərinin uzunluğunun sentil səciyyələrini Sumqayıt populyasiyası üçün əsaslandırmaq.

Tədiqatın materialları və metodları. Müşahidə vahidi kimi 11-13 həftəlik (11 həftə 0 gün–13 həftə 6 gün) təkdöllü hamiləlik seçilmişdir. Müşahidə toplumunun minimal həcmini təyin etmək üçün aşağıdakı məlumatlar istifadə olunmuşdur:

– 5 və 95-ci sentilləri 2,5%-dən az xəta ilə səciyyələndirilməsinin təmini (P=5; Δ–yol verilən maksimal xəta=2,5%);

– Müşahidənin minimal həcmi (n) hesablanmışdır: $n=\frac{t^2\times P(100-P)}{\Delta^2}$.

Bu şərtləri 304 pasiyentin müşahidəsi təmin edə bilər. Nəticələrin dəqiqliyini artırmaq məqsədi ilə müşahidə toplumunun həcmi 3 dəfədən çox artıq götürülmüşdür (1050). Hamiləliyin müddəti axırıncı aybaşının birinci gününə (LMR) görə təyin edilmişdir. Ultrasəs müayinəsi transabdominal yolla aparılmışdır. Transvaginal ultrasəs müayinəsi yalnız transabdominal müayinənin nəticələri qənaətbəxş olmadıqda tətbiq olunmuşdur. Ultrasəs müayinəsi mövcud klinik standartlara müvafiq [1;3-4] aparılmışdır. Fetometrik müayinənin nəticələri fərdi kompyuterin Excel proqramının yaddaşına köçürülmüş və "məlumatların təhlili" zərfi ilə kəmiyyət əlamətlərinin statistikası metodları [8] ilə işlənmişdir, əsas təsviri statistika göstəriciləri (orta səviyyə, standart xəta və kənaraçıxma, moda, mediana, dispersiya, ekses, asimmetriya, etibarlılıq dərəcəsi, minimum, maksimum, 2,5; 5; 10; 25; 50; 75; 90; 95; 97,5–ci sentillər) müəyyən olunmuşdur.

Alınmış nəticələr. Hestasiya yaşı 11-13 həftə olan döllərin büzdüm-ənsə ölçüsü 34-84mm intervalında dəyişmişdir. Bu göstəricinin ölçüsü 34-38, 39-43, 44-48, 49-53, 54-58, 59-63, 64-68, 69-73, 74-78, 79-84mm olan döllərin toplumda sayı müvafiq olaraq 45 (4,3%), 113 (10,8%), 173 (16,5%), 161 (15,3%), 176 (16,8%), 140(13,3%), 112 (10,7%), 77 (7,3%), 41 (3,9%) və 12 (1,1%) olmuşdur. Büzdüm-ənsə ölçüsünün 2,5; 5,0; 10; 25; 50; 75; 90; 95; 97,5-ci sentilləri: 37, 40, 43, 49, 57, 65, 72, 76,79mm təşkil etmişdir. Göstəricinin fərdi səviyyəsinə görə ayırd etdiyimiz qruplarda (34-38: 39-43mm və sair) hestasiya yaşı 11-13 həftə intervalında olan döllərin burun sümüyünün uzunluğu cədvəldə əks olunmuşdur. Ayırd olunmuş qruplarda burun sümüyünün uzunluğunun orta səviyyəsi müvafiq olaraq 1,35±0,005; 1,56±0,009; 2,03±0,012; 1,83±0,024; 1,79±0,022; 1,99±0,027; 2,09±0,03; 2,18±0,03; 2,35±0,04; 3,24± 0,13mm olmuşdur. Bu qrupların qoşa müqayisəsi əksər hallarda statistik dürüst fərqin olmasını təsdiq etmir. Amma büzdüm-ənsə ölçüsü ilə burun sümüklərinin uzunluğu arasında korrelyasiya əlaqəsi güclüdür və onların əlaqəsini təsvir edən reqressiya tənliyinin ($Y=0,0291x+0,3507$; $R^2=0,758$; y-burun sümüklərinin uzunluğu; x-büzdüm ənsə ölçüsü mm) aproksimasiyasının dəqiqliyi 75,8% olmuşdur.

Büzdüm-ənsə ölçüsünə gördə ayırd olunan qruplarda (müvafiq olaraq 34-38, 39-43 və sair 5mm-lik intervalla 10 qrup) burun sümüklərinin uzunluğunun medianası müvafiq olaraq 1,35; 1,56; 2,04; 1,84; 1,75; 1,87; 2,13; 2,37; 2,25; 3,53mm olmuş və orta səviyyəyə çox yaxın olmuşdur. Bu müşahidə toplumunun normal bölgüyə yaxın olmasını təsdiq edir.

Cədvəl

11-13 həftəlik hestasiya dövründə dölün büzdüm-ənsə ölçüsündən asılı burun sümüyünün uzunluğu

Büzdüm-ənsə ölçüsü, mm / Göstəricilər	34-38	39-43	44-48	49-53	54-58	59-63	64-68	69-73	74-78	79-84	34-84
Orta səviyyə	1,35	1,56	2,03	1,83	1,79	1,99	2,09	2,18	2,35	3,21	1,92
Standart xəta	0,005	0,009	0,012	0,024	0,022	0,027	0,03	0,03	0,04	0,13	0,01
Mediana	1,35	1,56	2,04	1,84	1,75	1,87	2,13	2,37	2,25	3,53	1,86
Moda	1,30	1,42	1,76	1,38	1,45	2,38	2,38	2,38	2,19	3,53	2,38
Standart kənaraçıxma	0,03	0,1	0,16	0,31	0,29	0,32	0,32	0,33	0,30	00,47	0,37
Dispersiya	0,001	0,01	0,02	0,09	0,08	0,10	0,10	0,11	0,09	0,22	0,14
Ekses	-1,19	-1,23	-1,19	-1,33	-0,79	-1,57	-1,74	-0,79	5,97	-1,56	-1,44
Asimmetriya	0,01	0,15	0,001	0,034	0,56	0,32	0,01	-0,05	2,72	-0,83	0,77
Minimum	1,30	1,41	1,75	1,30	1,38	1,55	1,65	1,65	2,19	2,5	1,30
Makmismum	1,41	1,75	2,32	2,39	2,44	2,54	2,68	2,95	3,34	3,55	3,55
Say	45	113	173	161	176	140	112	77	41	12	1050
Etibarlılıq dərəcəsi	0,009	0,018	0,025	0,049	0,044	0,054	0,06	0,07	0,09	0,30	0,02
Sentil 5	1,30	1,43	1,78	1,38	1,42	1,58	1,67	1,69	2,19	2,50	1,40
Sentil 10	1,31	1,44	1,81	1,42	1,46	1,62	1,70	1,72	2,20	2,52	1,46
Sentil 25	1,33	1,48	1,90	1,54	1,45	1,73	1,79	1,85	2,22	2,63	1,64
Sentil 50	1,36	1,56	2,04	1,84	1,75	1,87	2,36	2,37	2,26	3,51	1,87
Sentil 75	1,38	1,66	2,18	2,10	2,01	2,38	2,38	2,38	2,30	3,52	2,24
Sentil 90	1,40	1,71	2,27	2,26	2,27	2,39	2,40	2,40	2,41	3,54	2,39
Sentil 95	1,40	1,73	2,30	2,32	2,38	2,45	2,60	2,87	3,22	3,55	2,40

Büzdüm-ənsə ölçüsünün toplum üzrə orta səviyyəsi 56,7±0,34mm, burun sümüyünün uzunluğu 1,92±0,01mm olmuşdur. Bu iki fetometrik göstəricilərin 5-ci (40 və 1,40mm), 10-cu (43 və 1,46mm), 25-ci (49 və 1,64mm), 50-ci (57 və 1,87 mm), 75-ci (65 və 2,21 mm), 90-cı (72 və 2,39 mm) və 95-ci (76 və 2,40 mm) sentilləri arasında mütənasiblik daha aydın nəzərə çarpır, onlar arasında korrelyasiya əlaqəsi güclüdür və yaxşı aproksimasiyaya malik reqressiya tənliyi ilə ifadə olunur ($Y=0,0301x+0,1819$; $R^2=0,988$). Göründüyü kimi, büzdüm-ənsə ölçüsü və burun sümüklərinin uzunluğunun sentil bölgüləri onların əlaqəsini daha adekvat əks etdirir.

Büzdüm-ənsə ölçüsü 34-38mm (hamiləliyin I trimestrində qeydə alınmış ən aşağı səviyyəli göstərici) olan döllərin burun sümüklərinin uzunluğu 1,30-1,41mm intervalında dəyişmiş, göstəricinin orta səviyyəsi 1,35±0,005mm, medianası 1,35mm, modası 1,30mm, 5, 10, 25, 50, 75, 90 və 95-ci sentilləri müvafiq olaraq 1,30; 1,31; 1,33; 1,36; 1,38; 1,40mm olmuşdur. 5–95-ci sentillərin normal səviyyəni səciyyələndirməsini nəzərə alsaq müşahidə etdiyimiz büzdüm-ənsə ölçüsü 34-38mm intervalında dəyişən döllər arasında burun sümüyünün uzunluğunun kiçik olması halları qeydə alınmamışdır, normadan uzun (2,41mm) göstərici 45 döldən 1-də (2,2±2,2%) qeydə alınmışdır.

Büzdüm-ənsə ölçüsü 39-43mm olan döllərin burun sümüklərinin normal uzunluğu (5–95-ci sentillər) 1,43-1,73mm intervalında olmuşdur. Normal səviyyədən kiçik (≤1,42) və böyük (≥1,74mm) müvafiq olaraq 7 və 4 döldə (6,2±2,3 və 3,5± 1,7%) qeydə alınmışdır. Büzdüm-ənsə ölçüsü 44-48mm olan döllərin burun sümüklərinin normal uzunluğu (5–95-ci sentillər) 1,78-2,30mm intervalında dəyişmiş, normadan kiçik (≤1,77mm) göstərici 8 döldə (4,6±1,6%) və böyük (≥2,31mm) göstərici isə 6 döldə (3,5±1,4%) müşahidə olunmuşdur.

Büzdüm-ənsə ölçüsü 49-53mm olan döllərin burun sümüklərinin uzunluğunun normal səviyyəsi (5–95-ci sentillər) 1,38-2,32mm intervalında dəyişmişdir, normadan kiçik (≤1,38mm) səviyyə 8 döldə (5,0±1,7%), böyük səviyyə (≥2,33mm) 6 döldə (3,7±1,5%) qeydə alınmışdır. Büzdüm-ənsə ölçüsü 54-58mm olan döllərin burun sümüklərinin uzunluğunun norması (5–95-ci sentillər) 1,42-2,38mm intervalında olmuşdur, normadan kiçik (≤1,41mm) və böyük (≥2,39mm) göstərici müvafiq olaraq 8 və 6 döldə (4,6±1,6% və 3,4±1,4%) aşkar edilmişdir.

Büzdüm-ənsə ölçüsü 59-63mm olan döllərin burun sümüklərinin normal uzunluğu (5–95-ci sentillər) 1,58-2,45mm intervalındadır, normadan az və çox (müvafiq olaraq ≤1,57 və ≥2,46mm) səviyyəli göstərici müvafiq olaraq 6 və 5 döldə (4,3±1,7 və 3,6±1,6%) qeydə alınmışdır.

Büzdüm-ənsə ölçüsü 64-68mm olan döllərin burun sümüklərinin normal uzunluğu 1,67-2,60mm təşkil etmişdir, normadan kiçik (≤1,66mm) və böyük (≥2,61mm) səviyyə müvafiq olaraq 4 və 4 döldə (3,6±1,8% və 3,6±1,8) aşkar olunmuşdur.

Büzdüm-ənsə ölçüsü 69-73mm olan döllərin burun sümüklərinin normal uzunluğu (5–95-ci sentillər) 2,19-3,22mm təşkil etmişdir, normadan kiçik (≤2,18mm) göstərici müşahidə olunmamışdır, normadan böyük göstərici (≥3,23mm) 2 döldə (4,9±3,4%) qeydə alınmışdır.

Büzdüm-ənsə ölçüsü 79-84mm cəmi 12 döldə aşkar edilmişdir, onların burun sümüklərinin normal uzunluğu (5–95-ci sentillər) 2,50-3,55mm təşkil etmişdir, normadan kənaraçıxma hadisəsi müşahidə olunmamışdır.

Alınmış nəticələrin müzakirəsi. Ədəbiyyatda büzdüm-ənsə ölçüsündən asılı burun sümüklərinin uzunluğunun populyasiya səciyyələri bir neçə mənbədə əks olunmuşdur [1-7]. Rusiya alimləri [1-3] göstərirlər ki, 11-13 həftəlik hamiləlik müddətində dölün büzdüm-ənsə ölçüsü 45-84mm intervalında, bizim müşahidəmizdə isə 34-84mm intervalında dəyişmişdir. Ona görə də büzdüm-ənsə ölçüsünə görə döllərin qruplaşdırılmasında fərq qaçılmaz olmuşdur. Bizim müşahidəmizdə 34-38, 39-43, 44-48, 49-53, 54-58, 59-63, 64-68, 69-73, 74-78, 79-84 intervalları, [3]-in müşahidəsində 45-50, 51-55, 56-60, 61-65, 66-70, 71-75, 76-80,81-84mm intervalları seçilmişdir. Bununla bağlı müvafiq büzdüm-ənsə ölçüsünə malik döllərin burun sümüklərinin normal səciyyələrində fərq yaranmışdır. Bir-birinə nisbətən yaxın büzdüm-ənsə ölçüsü olan qruplarda burun sümüklərinin uzunluğunun norması bir qədər fərqli olmuşdur. Belə ki, bizim müşahidəmizdə büzdüm-ənsə ölçüsü 44-48mm olan döllərin burun sümüklərinin uzunluğunun norması 1,78-2,30mm, [3]-in müşahidəsində büzdüm-ənsə ölçüsü 45-50mm olan döllər üçün müvafiq göstərici 1,35-2,30mm təşkil etmişdr. Digər qruplarında müqayisəsində belə fərq nəzərə çarpır. Qeyd olunanlar bir daha sübut edir ki, büzdüm-ənsə ölçüsünün populyasion fərqi olduğu kimi burun sümüklərinin uzunluğunun normasınında populyasion fərqi obyektiv səbəblərlə bağlıdır.

Braziliya populyasiyasında [8] 11-13 həftəlik hestasiya yaşında döllərin burun sümüklərinin norması 1,1-3,0mm (5–95-ci sentillər), rus [3] alimlərinin müşahidəsində 2,0-4,4mm, bizim müşahidəmizdə 1,4-2,4mm intervallarında olmuşdur. Göründüyü kimi, anadangəlmə inkişaf qüsurlarının markeri hesab edilən burun sümüklərinin uzunluğu standart deyil, ayrı-ayrı populyasiyalarda bir-birindən fərqlənir.

Braziliya populyasiyasında büzdüm-ənsə ölçüsü ilə burun sümüklərinin uzunluğu arasında korelyasiya əmsalı 0,736, bizim müşahidəmizdə isə bu göstərici 0,871 təşkil etmişdir. Alınmış nəticələrin uyğunluğu göstərir ki, burun sümüklərinin uzunluğunu səciyyələndirəndə mütləq büzdüm-ənsə ölçüsü nəzərə alınmalıdır. Burun sümüklərinin uzunluğunun normativ səciyyələrinin tədqiqatımızda büzdüm-ənsə ölçüsü ilə əlaqəli əsaslandırılması adekvat sayıla bilər və bunun ədəbiyyat mənbələrində analoqları mövcuddur [8].

Nəticələr

1. Hamiləliyin I trimestrində ultrasəs skrininqinin nəticələrinin adekvatlığını təmin etmək üçün fetometrik ölçülərin (o cümlədən büzdüm-ənsə və burun sümüklərinin ölçüləri) regional səciyyələri müəyyənləşdirilməlidir.
2. Hamiləliyin I trimestrində dölün burun sümüklərinin uzunluğu büzdüm-ənsə ölçüsü ilə korrelyasiya olunur və bu əlaqəni təsvir edən reqressiya tənliyinin aproksimasiyası 75,8% təşkil edir.
3. Hamiləliyin I trimestrində dölün burun sümüklərinin normativ ölçüləri büzdüm-ənsə ölçüləri nəzərə alınmaqla əsaslandırılmalıdır.
4. Büzdüm-ənsə ölçüsündən asılı hamiləliyin I trimestrində burun sümüklərinin uzunluğu normadan az və çox olan döllərin xüsusi çəkisi müvafiq olaraq: 0–9,1±3,0 və 0–3,5±1,7% intervalında dəyişir.

ƏDƏBİYYAT

1. Гребняк О.А. Ультразвуковое исследование плода в первом триместре беременности. Хабаровск. изд. центр ИПКСЗ, 2013-122 с.
2. Алтынник Н.А. Ультразвуковые пренатальные маркеры врожденных и наследственных заболеваний в ранние сроки беременности: Автореф. дисс… докт. мед. наук. М., 2012, 33с.
3. Пренатальная эхография / под ред. Медведева М.В. М.: Реальное время, 2005, 560с.
4. Кипрос Н. Ультразвуковое исследование в $11\text{-}13^{+6}$ недель беременности. Перевод с английского А. Михайлова, Е. Некрасовой. Санкт-Петербург, ИД «Петрополис», 2007-144 с.
5. Mademont-Saler J., Morales C., Soler A. et al. Prenatal diagnosis of chromosomal abnormalities in fetuses with abnormal cardiac ultrasound findings evaluation of chromosomal microarray-based analysis // Ultrasound obstet Gynecol. 2013, v.41, p.375-382
6. Cuckle H. and Maymon R. Role of second-trimestr ultrasound in screening for Down syndrome // Ultrasound obstet Gynecol, 2013, v.41, p.241-244
7. Турсунова Д.Т., Бахарев В.А., Каретникова Н.А., Стыгар А.М. Динамический контроль за состоянием плода с использованием неинвазивных методов пренатальной диагностики // Доклад Академии наук Республики Таджикистан, 2011, №3, с.58-68
8. Cossi P.S., Junior E.F., Bussamara L.S. et al. Measurement of fetal nasal bone length in the period between 11 and 15 gestational weeks in a Brazilian population: a preliminary study // Radiol. Bras., 2008, v.41(3), p.155-158
9. Стентон Г. Медико-биологическая статистика. М.: Изд. Практика. 1999. 459 с.

Резюме

Характеристика копчика-теменного размера и длины костей носа у плодов в первом триместре беременности

М.А.Махмудлу

Цель исследования: Получить характеристику копчика-теменного размера и длины костей носа у плодов в первом триместре беременности на примере Сумгаитской популяции. Использованы материалы первого ультразвукового скрининга в первом триместре одноплодной беременности в городе Сумгаите. Объем совокупности составлял 1050, что позволяет получить результаты с размерами максимальной погрешности менее 2,5%. Фетометрические параметры были определены в соответствие с клиническими протоколами. Статистическая обработка проведена с использованием программы Excel. При гестационном сроке 11-13 недель у плодов копчика-теменной размер колебался в интервале 34-84мм. При этом длина костей носа колебалась в интервале от 1,30-2,55мм. 5–95-е центилы длины носовых костей (пределы нормы) в общей совокупности составляли 1,40-2,40мм. Длина костей носа имеет сильную корреляционную связь с копчика-теменным размером (z=0,831). В зависимости от копчика-теменного размера длина носовых костей ниже 5-го и больше 95-го центиля отмечалась соответственно у 0-9,1±3,0 и 0–3,5±1,7%.

Summary

Characteristics of coccygeal-parietal size and the length of the nasal bones of fetuse in the first trimester of pregnancy

M.A.Mahmudlu

The purpose of the study: To get characteristics of coccygeal-parietal size and the length of nasal bones of foetuses on the first trimester of pregnancy on example of population of Sumgayit city. Materials of the first ultrasound screening during the first trimester of singleton pregnancy have been used for the study in Sumgayit city. Number of cases was 1050, what let us to achieve results with maximum error rate less than 2.5%. Fetometrical parameters have been determined in correspondence with clinical protocols. Statistical processing has been done using the Excel program. On 11-13 gestation terms coccygeal-parietal size of fetus changes between 34-84 mm and the length of nasal bones changed between 1,30-2,55 mm. 5-95th centiles of the length of nasal bones (within the norms) in total was equal to 1,40-2,40 mm. The length of nasal bones has a strong correlation with the coccyx-parietal size (z=0,831). Depending on coccyx-parietal size the length of nasal bones below the 5th and above the 95th centile was noticed respectively at 0–9,1±3,0 and 0–3,5±1,7% of fetuses.

Daxil olub: 07.02.2018

AMELOBLASTOMALARIN TƏYİNİNDƏ İNTEGRİN-B[1] -IN ROLU

F.M. Müseyibov [1,2], N.T. Quliyeva[3], V.H. Xəlilov[2], M.X. Babayeva [2]

Qazi Universiteti, Ankara; Azərbaycan Tibb Universitetinin Elmi Tədqiqat Mərkəzi[2] Azərbaycan Tibb Universiteti [3]

Açar sözlər: integrin, apoptoz, hüceyrə, adgeziya
Ключевые слова: интегрин, апоптоз, клетка, адгезия.
Keywords: integrin, apoptosis, cell, adhesion

Heterodimerik transmembran reseptorları olan integrinlər hüceyrə səthinə və ECM ligandlarına yapışaraq inkişaf, adgeziya, köçmə, artma, apoptoz və diferensasiya kimi hüceyrə funksiyalarında effektiv bir sıra molekulun funksiyasını tənzimləyir [1]. Hüceyrə səthindəki integrin konsentyrasiyası digər adgeziya molekullarına görə daha çoxdur. Bu vəziyyət hüceyrə hərəkətliliyini və köçünü asanlaşdırır. İnteqrin əlaqələri rahatca qırılır və hüceyrə hərəkətə gəlir, ancaq digər tərəfdən də yeni əlaqələr yaradılır. Hüceyrə köçü, integrin vasitəsilə hüceyrə adgeziyasının baş verməsi / pozulması prosesinin tənzimlənməsidir [2]. İntegrinlər siqnal ötürücü molekul olaraq da fəaliyyət göstərirlər. İntegrin vasitəli siqnallar hüceyrənin köçməsi, çoxalması, diferensasiyası və sağ qalması ilə yanaşı apoptozda da böyük rol oynayırlar. İntegrin subtipləri VCAM, ICAM, metalloproteinaz, CD31, e-kaderin kimi müxtəlif ligandlara yapışaraq öz funksiyalarını yerinə yetirirlər [3]. Bir sıra tədqiqatçı şişlərin proqresiyasında integrinlərin azalıb-çoxalmasının əhəmiyyəti barəsində məlumat vermişlər. İntegrinlə xərçəngin əlaqəsi son dövrlərə qədər adgeziya və köçlə məhdud olduğu halda aparılan sonuncu təcrübi işlər nəticəsində integrinin aşağı bölmələrində əmələ gələn genetik pozğunluqların xərçəng ilə əlaqəsinin olduğunu ortaya çıxarmışdır [4]

Ameloblastoma, lokal olaraq aqressiv xüsusiyyəti olan, odontogenik epiteldən qaynaqlanan xoşxassəli bir şişdir. Üst və alt çənədəki şişlərin 1 %-ni və odontogenik qaynaqlı şişlərin 11 %-ni təşkil edir. Orta olaraq 20-50 yaşları arasında rast gəlinir. Hər iki cinsdə bərabər nisbətdə aşkar edilir [5]. Ən çox alt çənədə (80%), əsasən üçüncü molyar və ramus nahiyələrində müşahidə edilir. Üst çənədə, əsasən arxa və köpək dişi nahiyəsində müşahidə edilir [6].

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqat işi Qazi Universitetinin Patologiya şöbəsində diaqnozu qoyulan 21 hal üzərində aparılmışdı. Nəzarət qrupu olaraq isə 10 ədəd dental folikul toxuması (DF) işə daxil edilmişdir. Hallarla bağlı bütün hematoksilin & eozin boyalı kəsiklər yenidən analiz edildi.

Hallar histoloji subtiplərinə görə öz aralarında qruplara ayrılaraq immunohistokimyəvi üsulun tətbiq ediləcəyi kəsiklərin hazırlanmasında istifadə ediləcək parafin bloklar müəyyən edildi.

Histopatoloji qiymətləndirmə Olympus BX- 51 (Olympus Microsystems America. Inc) işıq mikroskopunda aparıldı. Bütün hallara aid cins, yaş, yer kimi kliniki məlumatlar qeyd edildi. ABL hallarında şişin subtipləri dəyərləndirildi.

İmmunohistokimyəvi metod/ İntegrin β-1 antitelləri Avidin-Biyotin Kompleks (ABC) metodu ilə immunohistokimyəvi şəkildə boyandı. Qazi Universitetinin Patologiya şöbəsinin arxivində olan parafin bloklara basdırılan toxumalardan yapışqan qalın qatlardan (adhesive lamina) (Surgipath, X-tra Adhesive Microslides, İllinois, USA) 4 mikron qalınlığında kəsiklər götürüldü. Kəsiklər inkubator içərisində 58ºC-də 12 saat saxlanıldıqdan sonra 30 dəqiqə müddətinə parafinsizləşdirildi və on beş dəqiqəlik müddətlə 100 % (absolut), 96 %, 90 % və 80 %-lik etil spirtində saxlayaraq hidratsızlaşdırma əməliyyatı aparıldı. Sonda 1 dəqiqə ərzində bulaq suyunda yuyuldu və distillə olunmuş sudan keçirildi. Formalin fiksasiyası və parafin bloklamaya görə toxumada maskalanan antigenik strukturları ortaya çıxarmaq məqsədilə hər 4 antitelin də tətbiq ediləcəyi kəsiklər üzərində 1X Tris Edta məhlulu (0,01M natrium-sitrat buffer, pH:8,00) içərisində ilk 5 dəqiqə ərzində orta, ikinci 5 dəqiqə ərzində orta, sonuncu 5 dəqiqə ərzində yüksək dərəcədə olmaqla mikrodalğalı sobada əməliyyat aparıldı. Daha sonra kəsiklər otaq temperaturunda 30 dəqiqə saxlandı və distillə olunmuş su və ardınca da PBS ilə üç dəfə yuyuldu.

Endogen peroksidaza aktivliyini bloklamaq üçün 10 dəqiqə ərzində distillə olunmuş su ilə hazırlanmış 4 %-lük hidrogen peroksid (H_2O_2) tətbiq edildi. Kəsiklər fosfatla vurulan serum (PBS, Fosfat Buffer məhlulu, pH:7,60) ilə püskürtmə üsulu ilə yaxşıca yuyuldu.

İntegrin β-1 boyamaları üçün Ultra Vision Large Volume Detection System Anti-Polyvalent, HRP (Lab Vision Corporation, USA) istifadə edilmişdir.

Kəsiklər 5-10 dəqiqə müddətinə qeyri-immun bloklama serumunda saxlanıldı. Daha sonra integrin β-1 (rabbit poliklonal antibody, Human#ab 52971, Abcam, CABLridge, UK), birincil antitelləri ilə 3 saat inkubasiya edildi. PBS ilə yuyularaq 5 dəqiqə saxlandı. Daha sonra 1-ci dərəcəli (HRP Universal komplekt) antiteldə 15 dəqiqə saxlandı. Yenidən PBS ilə yuyularaq 5 dəqiqə saxlandı. Sonra 2-ci dərəcəli (HRP Universal komplekt) 15 dəqiqə saxlandı. Yenidən PBS ilə yuyularaq xromogen şəklində AEC boya kompleksi tətbiq edildi. Distillə olunmuş sudan keçirildikdən sonra Mayers hematoksilin ilə əks boyama aparıldı. Distillə olunmuş su ilə yenidən yuyularaq kəsiklər 3 dəqiqə PBS-də saxlandı. Kəsiklər distillə olunmuş suda yuyulduqdan sonra su əsaslı mediumdan istifadə edilərək bağlandı. Pozitiv müayinə olaraq integrin β-1 antitelləri üçün isə süd vəzisi xərçəngindən istifadə edildi.

Statistik qiymətləndirmə. Əldə edilən məlumatlar statistiki olaraq IBM SPSS Statistics 23 paket proqramından istifadə edilərək dəyərləndirildi. İşlə bağlı əldə edilən məlumatlar dəyərləndirilərkən ədədi dəyişənlər üçün deskriptiv statistikalar (orta±standart sapma) kateqoriyalı dəyişənlər üçün tezlik paylanması verildi. İki sərbəst qrup arasında fərqin olub-olmadığını Mann Whitney U sınağı ilə ikidən çox sərbəst qrup arasında fərqin olub-olmadığı Kruskal Wallis sınağı ilə analiz edildi. Daima iki dəyişən arasındakı əlaqə analiz edilərkən Spearman's Rho korrelyasiya analizindən istifadə edildi.

Alınan nəticələr və onların müzakirəsi. İntegrin β-1 ilə boyanan kəsiklərdə isə qırmızı rəngli membranoz boyanma pozitiv hesab edildi. Boyanan hüceyrə faizi 25 %-dən aşağı olarsa 1(+), 25-50 % arasında olarsa 2 (+), 50 %-dən çox olarsa 3 (+) olaraq hesablandı (7). Boyanma intensivliyi hüceyrələrdə müşahidə edilən ekspressiya dərəcəsinə görə 1-dən 3-ə qədər hesablandı. İntegrin β-1 antiteli üçün immun boyanma intensivliyi dəyərləndirilərək hesablama işi aparıldı. Boyanma intensivliyi Modolo və onun dostları ilə Vahlgren və dostlarının istifadə etdikləri ölçüyə oxşar bir ölçü ilə dəyərləndirildi (8, 9). Ameloblastoma qrupundakı ümumilikdə 21 halın 10-u kişi, 11-i qadındır. Orta yaş 44-dür. Ən çok mandibulyar nahiyədə müşahidə edilmişdir. DF hallarında qadın/kişi nisbəti bərabərdir. Orta yaş 23-dür. Ən çox mandibulyar nahiyənin arxa hissəsində müşahidə edilmişdir. Hallara aid demoqrafik simptomlar aşağıda göstərilmişdir (Cədvəl 1).

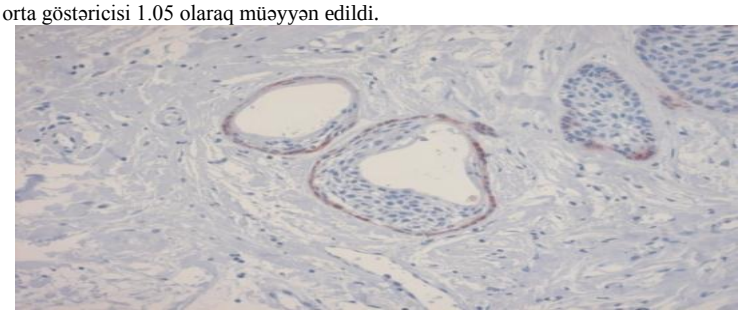
Cədvəl 1
Demoqrafik simptomlar

	N	Orta yaş göstəricisi	Cinsi	
			K	Q
ABL	21	44	10	11
DF	10	23	5	5

Ameoloblastomaların histopatoloji dəyərləndirilməsi nəticəsində halların 5-nin sərt, 16-nın isə unikistik tipli olduğu aşkar edildi. Sərt tipli ameloblastomada damardan baxımından zəngin olan birləşdirici toxuma mühitində epitelial şiş sahələri müşahidə edildi. Şiş sahələri inkişaf edən diş embrionunun mina qatına oxşar strukturludur.

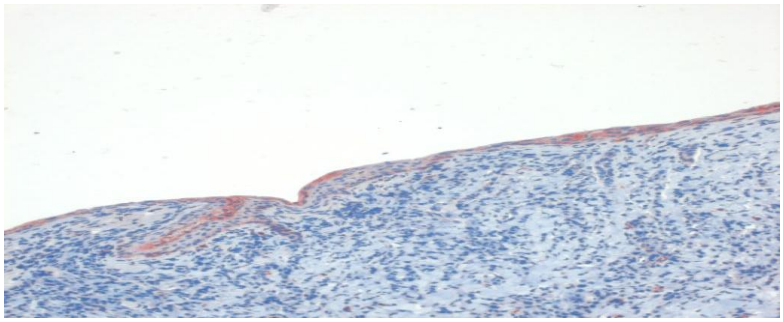
İmmünhistokimyəvi müayinələri nəticələri. **Ameloblastoma**

İntegrin β-1. İmmunohistokimyəvi olaraq həyata keçirilən boyamalarda intensivliyi dəyişməklə yanaşı ABL hallarının 13-də (61.9 %) integrin β-1 antiteli ilə membranoz pozitivlik aşkar edildi (Şəkil 1). Ən çox bazal və suprabazal (bazalüstü) təbəqələrdə boyanma müşahidə edildi.6 halda divardaxili yığınlarda, 5 halda ülduzşəkilli retikulyumda pozitivlik aşkar edildi. Stromal boyanma müşahidə edilmədi. Boyanma miqdarının orta göstəricisi 1.05 olaraq müəyyən edildi.



Şək. 1. ABL-də divardaxili yığınlarda bazal təbəqə hüceyrələrində aşkar edilən integrin β-1pozitivliyi (ABC x200)

DF İntegrin β-1. İmmunohistokimyəvi olaraq həyata keçirilən boyamalarda intensivliyi dəyişməklə yanaşı DF hallarının hamısında (100 %) membranoz pozitivlik aşkar edildi (Şəkil 2). Pozitiv boyanan hüceyrələr epitelin bütün təbəqələrində müşahidə edildi. 4 halda epitel qalıqlarında pozitivlik aşkar edildi. Boyanma miqdarının orta göstəricisi 2.30 olaraq müəyyən edildi.



Şək. 2. DF epitelində bütün qatlarda aşkar edilən β-1pozitivliyi (ABC x200)

Təcrübi iş qruplarımız içərisində ən aqressiv bioloji davranışa malik olan ABL hallarında əhəmiyyətli dərəcədə aşağı izlənilən integrin β-1 pozitivliyi azalan integrin ekspressiyasının şişin inkişafı və invaziyası ilə təlaqəli olduğunu göstərən ədəbiyyat məlumatları ilə uyğundur. Boyanma miqdarları nəzərə alındıqda eyni şəkildə aqressiv bioloji davranış sərgiləyən ABL hallarında DF-yə görə əhəmiyyətli dərəcədə aşağı miqdarların hesablanması oxşar şəkildə həmin ədəbiyyat məlumatlarını dəstəkləyir.

ƏDƏBİYYAT

1.González-González R., Molina-Frechero N., Damian-Matsumura P., Bologna-Molina, R. Molecular markers of cell adhesion in ameloblastomas // An update Medical Oral Pathology Oral Cir Bucal, 2014, v.19 (1), p.8-14.

2. Lauffenburger D.A., Horwitz, A.F. Cell migration: a physically integrated molecular process // Cell, 1996, v. 84, p.359-69.

3. van der Flier A., Sonnenberg A. Function and interactions integrins // Cell Tissue Res, 2001, v.305, p.285-98.

4.Evans R.D., Perkins V.C., Henry A. et al. A tumor associated ß1 integrin mutation that abrogates epithelial differentiation control // The Journalof Cell Biology, 2003, v.169, p.589-96.

5.Jun L.T., Tang W.Y.,Feng, Y.S., Yan Y.G. Unicystic ameloblastoma // The American Journal of Surgical, 2000, v.24(10), p.1388-1392.

6.Kramer I., Pindborg J., Shear M. The WHO histological typing of odontogenic tumors // Cancer, 1992, v.70(12), p.2988-94

7. Güllü Ç., Ozmeric N., Tokman B. et al. Effectivines of scaling and root planing versus modified Widman flap on nitric oxide synthase and arginase activity in patients with chronic periodontitis // The Journal of Periodontology Research, 2005, v. 40, p.168-175

8.Modolo F., Martins M.T., Loducca, S.V., de Araujo V.C. Expression of integrin subunits alpha2, alpha3,alpha5, alphav, beta 1, beta3 and beta4 in different histological types of ameloblastoma compared with dental germ, dental lamina and adult lining epithelium // Oral Discussion, 2004, v. 10, p.277-282.

9.Wahlgren J., Vaananen A., Teronen O. et al. Laminim 5 gamma 2 chain is colocalized with gelatinase-A (MMP-2) and collagenese-3 (MMP-13) in odontogenic keratocysts // The Journal of Oral Pathology Medicine, 2003, v.32, p.100-107

Резюме

Роль Интегрин –B[1] в определении амелобластом

Ф.М.Мусеибов, Н.Т. Кулиева, В.Г.Халилов, М. Х.Бабаева

Интегрины, являющиеся гетеродимерическими трансмембранными рецепторами, прилипая к плоскости клетки и лигандам ECM, регулируют ряд эффективных функций молекулы, таких как развитие, адгезия, миграция, увеличение, апоптоз и дифференциация. В плоскости клетки концентрация интегрина гораздо больше чем у других молекул адгезии. Такое положение облегчает подвижность и миграцию клетки. Интегрин связи с легкостью прерываются и клетка приходит в движение, но с другой стороны также образуются новые связи. Миграция клетки – это регулирование события/нарушения адгезии клетки посредством интегрина. Интегрины также функционируют как молекулы, передающие сигнал. Сигналы посредством интегрина наряду с миграцией, размножением, дифференциацией и выживанием клетки, также играют большую роль при апоптозе.

Summary

The role of integrin-beta1 in determination of ameloblastomas

F.M.Museyıbov, Gulieva N.T., Halilov V.H., M.H.Babaeva

Integrin, a heterodimeric transmembrane receptor adheres to the cell surface and extracellular matrix (ECM) ligands and regulates the function of a number of molecules that are effective in cellular functions like growth, adhesion, migration, increase, apoptosis and differentiation. The integrin differs from other cell adhesion molecules with its high concentration in the cell surface. This simplifies cellular mobility and migration. The integrin relationships are easily cut down and the cell moves, but on the other hand, new relationships are created. Cellular migration is the regulation of the process of cell adhesion / disruption via integrin. Integrins also function as the signaling molecules. Integrin-mediated signals play a major role in apoptosis, along with cell migration, multiplication, differentiation and survival.

Daxil olub: 16.02.2018

CİNSİ YETİŞKƏNLİK DÖVRÜNDƏ OLAN HİPERANDROGENİYA QIZLARIN KLİNİK XARAKTERİSTİKASI

N.E. Axundova, E.M. Əliyeva, R.M. Məmmədhəsənov, Ş.E.Əliyeva

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: cinsi yetişkənlik, qızlar, müayinələr, klinik göstəricilər

Ключевые слова: половое созревание, девочки, исследования, клинические показатели

Key words: puberty, girls, research, clinical indicators

Qadın orqanizmində kişi cinsiyyət hormonlarının artması hiperandrogeniya (HA) adlanır. HA endokrinoloji ginekologiyada ən çox rast gəlinən patologiyalardan biri hesab edilir. Qadın orqanizmində bir çox patoloji vəziyyətlər və xəstəliklər kişi cinsiyyət hormonlarının artmasına gətirib çıxara bilir. HA olan qadınlarda hipotalamus-hipofiz-yumurtalıq-böyrəküstü vəzi sistemində baş verən dəyişikliklər menstrual və

generativ funksiyaların pozulmasına, dəri örtüyünün androgendən asılı sahələrində patoloji tüklənməyə, xarici görünüşün dəyişilməsinə, səs, dəri, sümük - əzələ sistemi, süd vəziləri və daxili cinsiyyət orqanlarında olan dəyişikliklərə gətirib çıxarır. Bütün bunlar qadının psixoloj durumuna ciddi təsir edir [1,2,3,4].

Qeyd etmək lazımdır ki, qadın həyatının müxtəlif dövrlərində HA sindromunun patogenezində və klinik təzahürlərində fərqlilik müvcüddür.

Pubertat dövr qadın həyatının ən vacib dövrlərindən biridir. Menstrual və generativ funksiyanın formalaşması, final böyümə bu dövrün necə nəticələnməsindən asılıdır. Cinsi yetişkənlik dövründə HA sindromu fiziki və cinsi inkişafın təşəkkülünün pozulma səbəbidir. O, menstrual tsiklin pozulmaları və ginekoloji xəstəliklərin yüksək tezliyini müəyyən edir. Müəyyən edilmişdir ki, pubertat dövrdə HA sindromu menstrual pozulmaların səbəbidir: menorragiya 45%, amenoreya 35%, dismenoreya 12% [4,5,6,7].

HA pubertat dövrdə menstrual tsiklin davamiyyətinin uzanması, qızların bədən çəkisi indeksinin artması, menarxenin daha gec yaşlarda başlaması, aybaşı zamanı qan itkisinin dəyişilməsi ilə təzahür edir [6,7,8,9].

Qeyd etmək lazımdır ki, HA sindromunun patogenezi kifayət qədər öyrənilməmişdir. Bu sindromun proqnostik və diaqnostik meyarları haqqında kifayət qədər məlumatlar yoxdur. Pubertat dövrdə HA-nın korreksiyası menstrual funksiyanın patoloji təşəkkülünün, ginekoloji xəstəliklərin və sonralar reproduktiv dövrdə HA sindromunun təzahürlərinin tezliyini nəzərəçarpacaq dərəcədə azalda bilər. Pubertat dövrdə yumurtalıqların inkişaf edən polikistoz sindromunda yumurtalıqların xırda kistoz degenerasiyası baş verir ki, bu da androgen sintezinin mənbəyi hesab edilir [8,9,10,11].

HA sindromunun yaranmasına səbəb olan nozoloji vahidlərdən biri yumurtalıqların polikistoz sindromuna (YPS) aid tədqiqatların aparılmasına baxmayaraq, patoloji dəyişikliklərə erkən diaqnoz qoymağa və bu zaman yaranan hormonal pozulmaların korreksiyaedici müalicəsini aparmağa imkan verən diferensial yanaşma yoxdur [12,13].

HA sindromunun yaranma səbəblərindən biri də qadın həyatının müxtəlif dövrlərində yumurtalıqlarda yaranan şiş və şişəbənzər törəmələrdir. Müəyyən olunmuşdur ki, pubertat dövrdə şişəbənzər törəmələrin rastgəlmə tezliyi 37%-r [11,12,14].

Hal-hazırda yumurtalıqların törəmələri və HA sindromunun klinik əlamətlərinin ifadə olunma dərəcəsi arasında dəqiq əlaqənin olması haqqında, eləcə də bu törəmələrin müalicəsində daha qoruyucu effektə malik antihomotoksik preparatların tətbiqinə aid məlumatlar yoxdur.

Bəzi ədəbiyyat mənbələrində YPS-yə şişəbənzər törəmə kimi baxılır. YPS 85,4% halda amenoreya, artıq tüklənmə, piylənmə, qeyri-müntəzəm aybaşılar, aknelərin olması kimi klinik əlamətlərlə təzahür edir. Cinsi yetişkənlik dövründə YPS olan qızlarda virilizasiya 20,2% tezliklə müşahidə edilir [13,14,15,16].

Pubertat dövrdə HA olan qızların 13,3%-də bədən çəkisi indeksinin artması, 43%-də piy toxumasının abdominal tipli paylanması, 86,7%də aybaşı tsiklinin pozulması qeyd olunur. Aybaşı tsiklinin pozulması 13,3% halda ikincili amenoreya, 2,7% halda polimenoreya, 70,1% halda isə oliqomenoreya ilə təzahür edir [17,18,19].

Ədəbiyyat mənbələrində endokrin xəstəliklər fonunda yumurtalıqların polikistoz sindromunun (YPS) inkişafı haqqında tək-tək məlumatlar vardır. İtsenko-Kuşinq xəstəliyi (75-80%), hipotalamik sindrom (80%), piylənmə (40%), hiperprolaktinemiya (30%) [20,21,22].

Problemin aktuallığını nəzərə alaraq müvafiq elmi tədqiqat işinin məqsədi müəyyən edilmişdir.

Tədqiqatın məqsədi cinsi yetişkənlik dövründə hiperandrogeniya (HA) olan qızların klinik xarakteristikasının və hiperandrogeniyanın səbəblərinin öyrənilməsi olmuşdur.

Pubertat dövrdə HA sindromu olan 82 qız müayinə olunmuşdur. Təyin edilmişdir ki, qızların orta yaşı 15,79±0,27 (8-17) yaş olmuşdur. Qızların çəkisi 53,74±0,84 (32-77) kq, boyu 1,59±0,007 (1,38-1,7) m, bədən çəkisi indeksi isə 22,82±0,47 (16-30,69) kq/m^2 olmuşdur.

82 müayinə olunan qızların 71-də (86,5%) menarxe 12,72±0,2 (10-16) yaşda baş vermiş, 11 qızda (13,4%) müayinə zamanı aybaşı funksiyası formalaşmamışdır. Menstrual funksiyası olan qızlarda aybaşı tsiklinin müddəti 50,49±2,2 (28-65) gün, aybaşının davamiyyəti isə 5,12±0,16 (3-7) gün olmuşdur.

Müayinə olunan qızların anamnezini təhlil edərkən müəyyən edilmişdir ki, qızlar doğularkən anasının yaşı 25,22±0,63 (18-38) yaş, atasının yaşı isə 28,26±0,7 (22-42) yaş olmuşdur. Döl doğularkən çəkisi 3062,5±104,4 (1800-4500) q təşkil etmişdir. Müəyyən edilmişdir ki, müayinə olunan qızların 15-i (18,3%) 2500 q-dan az çəkili ilə doğulmuşlar, bu da vaxtından qabaq doğuşlarla və dölün bətndaxili inkişaf ləngiməsi ilə əlaqədar olmuşdur. 10 qız isə (12,2%) 4000 q-dan artıq çəki ilə doğulmuşdur.

Beləliklə, 30,5% HA-lı qızlar 2500 q-dan aşağı və 4000 q-dan artıq çəki ilə doğulmuşlar, bu da vaxtından qabaq doğulmuş, bətndaxili inkişaf ləngiməsi olan, eləcə də 4000 q-dan artıq çəki ilə doğulmuş yenidoğulmuşları pubertat dövrdə HA-nın yaranmasına görə yüksək risk qrupuna aid etməyə əsas verir.

Cinsi yetişkənlik dövründə tədqiqata daxil olan qızların keçirdikləri somatik xəstəliklərin tezliyi cədvəl 1.-də təqdim edilmişdir.

Cədvəl 1

HA sindromu olan qızlarda somatik xəstəliklərin tezliyi

Xəstəliklər	Müt.	%	Xəstəliklər	Müt.	%
Su çiçəyi	40	15,4	Piylənmə	19	7,3
Qızılça	38	14,6	Sidik turşulu diatez	11	4,2
Epidemik parotit	17	6,15	Xroniki enterokolit	7	2,7
Məxmərək	20	7,7	Appendisit, appendektomiya	12	4,6
Tonzillit tonzillektomiya	16	6,2	Pnevmoniya	9	3,5
Kəskin respirator virus infeksiyası	26	10	Revmatizm	11	4,2
Allergiya	14	5,4	Neyrogen anoreksiya	3	1,2
Xroniki pielonefrit	7	2,7			
Xroniki qastrit	10	3,8			

Beləliklə, HA olan qızlarda uşaq infeksion xəstəliklərinə yüksək tezliklə 43,85% rast gəlinir. Qeyd etmək lazımdır ki, müayinə olunan qızlarda cərrahi əməliyyatların tezliyi 10,8%, xroniki somatik xəstəliklərin tezliyi isə 9,2% təşkil edir.

Aparılan tədqiqatda yeniyetmə qızlarda HA-nın yaranma səbəbləri öyrənilmişdir. Tədqiqat zamanı 82 yeniyetmə qızın 20-də (24,39%) yumurtalıqların polikistoz sindromu (YPS), 17-də (20,73%) hiperprolaktinemiya, 11-də (13,41%) piylənmə, 10-da (12,2%) yumurtalıqların şişəbənzər törəmələri, 9-da (10,98%) hipoqonadotrop hipoqonadizm, 8-də (9,76%) böyrəküstü vəzinin patologiyaları, 4-də (4,88%) hiperqonadotrop hipoqonadizm, 3-də (3,66%) hipotireoz aşkar edilmişdir.

Cinsi yetişkənlik dövründə olan qızlarda Ferriman-Qolvey şkalasına görə hirsud rəqəm 19,5±0,36 (14-36), hormonal rəqəm 17,15±2,46 (11-31), indiferent rəqəm isə 2,35±0,12 (2-5) olmuşdur, bu da tüklənmənin orta ağır dərəcəsini əks etdirir.

Cinsi yetişkənlik dövründə HA sindromu olan qızların şikayətləri təhlil edilmiş və onların rastgəlmə tezliyi öyrənilmişdir. Pubertat dövrdə HA sindromu olan qızlarda digər şikayətlərin rastgəlmə tezliyi cədvəl 2.-də təqdim edilmişdir.

Cədvəl 2

Cinsi yetişkənlik dövründə HA sindromu olan qızlarda digər şikayətlərin rastgəlmə tezliyi

Şikayətlər	Müt.	%
Amenoreya (16 yaşdan sonra aybaşının olmaması	11	1,69
Onsomenoreya	48	7,4
Oliqomenoreya	18	2,77
Bədən çəkisinin artıqlığı	19	2,93
Bədən çəkisi defisiti	12	1,85
Süd vəzilərinin inkişafdan qalması	23	3,5
Yağlı seboreya	67	10,3
Acnae vulgaris	38	5,86
Saçın tökülməsi	70	10,8
Qarının aşağı hissəsində ağrıların olması	39	6
Baş ağrıları, baş gicəllənmə	51	7,86
Süd vəzilərinin giləsindən ifrazatın gəlməsi	21	3,2
Görmə qabiliyyətinin pozulması	15	2,3
Sinir oyanıqlığının artması	78	12
Halsızlıq, əzginlik	28	4,3
Yuxusuzluq	52	8
İşgörmə qabiliyyətinin azalması	31	4,78
Yaddaşın zəifləməsi	28	4,3

Qeyd: 100% bütün şikayətlərin tezliyidir

Cədvəl 2-dən göründüyü kimi müxtəlif dərəcəli HA sindromu olan qızlarda aybaşı tsiklinin pozulmaları (11,86%); hiperandrogeniyanın dəri təzahürlərindən yağlı seboreya (10,3%), acnae vulgaris (5,86%), saçların

tökülməsi (10,8%); sinir oyanıqlığının artması (12%), yuxusuzluq (8%), baş ağrıları və başgicəllənmə (7,8%) yüksək tezliklə rast gəlinmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, qarının aşağı hissəsində ağrıların olması əlamətinin tezliyi 6%, halsızlıq, əzginlik 4,3%, işgörmə qabiliyyətinin azalması 4,78%, yaddaşın zəifləməsi 4,3%, süd vəzilərinin giləsindən ifrazatın gəlməsi 3,2% təşkil etmişdir.

Beləliklə, cinsi yetişkənlik dövründə HA sindromu olan qızlarda aybaşı tsiklinin pozulmaları 11,86%, HA-nın klinik təzahürləri 26,96%, sinir oynaqlığının artması 12%, baş ağrıları, başgicəllənmə 7,8%, yuxusuzluq 18% yüksək tezliklə qeyd olunmuşdur.

Beləliklə, cinsi yetişkənlik dövründə hiperandrogeniyanın yaranmasının əsas səbəblərdən YPS (24,39%) və hiperprolaktinemiya (20,73%) qeyd olunur.

Pubertat dövrdə HA-nın qabarıqlıq dərəcələrini öyrənərkən müəyyən edilmişdir ki, bu qızlarda Ferriman-Qolvey şkalasına görə hirsud rəqəm 19,5±0,36 (14-36) bal olmuşdur. Tədqiqatın nəticələrinin təhlili zamanı 82 xəstədən 25-də (30,5%) Ferriman-Qolvey şkalasına görə mülayim hirsutizmin - 13,5±0,12 (9-15) bal, 50-də (61%) orta ağır dərəcəli hirsutizmin- 18±0,18 (16-25) bal, 7-də (8,5%) isə ağır hirsutizmin - 27,1±0,11 (25-31) bal olması aşkar edilmişdir. Ultrasəs müayinənin nəticələrinə görə HA olan qızların 84%-də yumurtalıqların polikistoz transformasiyası müşahidə olunur. Beləliklə, HA müşahidə edilən qızların 61%-də orta ağır dərəcəli hirsutizm qeyd olunmuşdur.

Cinsi yetişkənlik dövründən başlayaraq hiperandrogeniyanın aşkar olunması və vaxtında korreksiyası qadın həyatının sonrakı illərində reproduktiv və menstrual funksiyanın bərpa olunmasına gətirib çıxarır ki, bu da sonsuzluğun və neoplastik proseslərin tezliyinin nəzərəçarpacaq dərəcədə azalmasına səbəb olur.

ƏDƏBİYYAT

1. Ткаченко Л.В., Свиридова Н.И., Исайкин Д.Н. Антиандрогенные эффекты современных контрацептивов // Репродуктивное здоровье женщин, 2007, т.9, №6, с. 1-2.
2. Баджелан Б., Горячкина М.В., Джобава Э.М., Доброхотова Ю.Э. Гиперандрогения и акне в практике гинеколога и дерматолога: вопросы диагностики и терапии// РМЖ., 2008, т.16, №1, с.54-56.
3. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. М., 2002, с.360-395.
4. Абдулрахманова Р.А. Гиперандрогения – фактор риска развития акушерской и перинатальной патологии // III Региональный научный форум «Мать и дитя». М., 2009, 5с.
5. Волкова Н.И., Димитриаиди Т.А. Диагностика синдрома гиперандрогении в реальной практике (ретроспективный анализ) //Фарматека, 2009, №17, с 48-51.
6. Гоготадзе И.Н. Гиперпролактинемия в гинекологии детей и подростков//Репродуктивное здоровье детей и подростков, 2010, №6, с.33.
7. Гродницкая Е.Э., Курцер М.А. Гирсутизм: патогенез, клиника, диагностика, лечение// Акушерство и гинекология, 2012, №1, с. 87-91.
8. Дедов И.И. Синдром гиперандрогении у женщин. Патогенез, клинические формы, дифференциальная диагностика и лечение: методическое пособие для врачей. М., 2003, 42 с.
9. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Эндокринология: национальное руководство. М., ГЭОТАР-Медиа, 2012, 1072 с.
10. Козловене Д., Казанавичюс Г., Круминис В. Концентрация тестостерона, дегидроэпиандростерона сульфата и индексы свободных андрогенов крови у женщин с гирсутизмом // Пробл. Эндокринологии, 2008, №2, с.42-46.
11. Малышева О.Г. Агаркова Л.А., Бухарина И.Ю. Гиперандрогения у беременных: этиопатогенез, диагностика, лечение, перинатальные исходы //Бюллетень СО ЗАМН, 2013, №5, с.46-52.
12. Манухина Е.И., Геворкян Е.М., Кузнецова Е.М. Современный взгляд на нарушения репродуктивной функции у пациенток с гиперандрогенией // Пробл. Репродукции, 2011, №2, с.12-17.
13. Мустафаева И.Р., Алиева Э.М., Асадова Ш.Ш. Особенности патологических процессов, методы их коррекции у девочек в периоде полового созревания // Науч-мед. Ж. «Паеми-Сипо», «Вестник Абуценны», Таджик. Мед.Универ. им.Абуали ибн Сипо, 2010, №4,с.66-71.
14. Наджи Л.А. Особенности физического и полового развития девочек при физиологии периода полового созревания и при опухолевидных образованиях яичников // Дисс. …док.философии по медицине. Баку, 2012, 140 с.
15. Панфилова Е.В. Гормональные, метаболические и молекулярно-генетические аспекты синдрома пубертатной гиперандрогении у девочек: Автореф. дис... канд.мед.наук, 2016, 112 с.
16. Роговская С.И., Телунц А.В., Савельева И.С. Акне как проявление синдрома гиперандрогении: методы коррекции // Provisorum, 2002, №8, с. 28-29.
17. Соболева Е.Л., Потин В.В., Тарасова М.А. Гирсутизм: пособие для врачей. СПб, Изд-во Н-Л., 2007, 52 с.

18.Фаталиева Л.М., Алиева Э.М. Особенности ультразвукового исследования органов репродуктивной системы у девочек в периоде полового созревания в условиях города Баку // J.Sağlamlıq, 2007, №2, с.151-155.

19.Alsamarai S., Adams J.M., Murphy M.K., Post M.D., Hayden D.L. Criteria for polycystic ovarian morphology in polycystic ovary syndrome as a function of age// J.Clin.Endocrin.Metabol., 2009, №94, p.4961-4970.

20.Amalfi S., Velez L.M., Heber M.F. Prenatal hyperandrogenization induces metabolic and endocrine alterations which depends on the level of testosterone exposure // PloS One, 2012, v.7, №5, p.37658.

21.Blume-Peytavi U., Atkin S., Shapiro J. Skin Academy. European Consensus on the evaluation of women presenting with excessive hair growth // Eur.J.Dermatol, 2009, v.19, №6, p.597-602.

22.Bode D. Hirsutism in Women // Am.Fam.Physician, 2012, v.85, №4, p.373-380.

Резюме

Клиническая характеристика девочек с ГА в период полового созревания

Н.Э. Ахундова, Э.М. Алиева, Р.М. Мамедгасанов, Ш.Э.Алиева

Целью исследования явилось изучение клинической характеристики девочек с гиперандрогенией в период полового созревания и выяснение причин гиперандрогении. Было обследовано 82 девочки в пубертатном периоде. Изучены анализ, менструальный цикл, антропометрические данные, а также гирсутное число этих девочек по шкале Ферриман-Голвея. В проведенном исследовании были изучены причины ГА у девочек подростков. Во время обследования у 20 (24,39%) из 82-х девочек был выявлен синдром поликистозных яичников (СПКЯ), у 17 (20,73%) гиперпролактинемия, у 11 (13,41%) ожирения, у 10 (12,2%) опухолевидные образования яичников, у 9 (10,98%) гипогонадотропный гипогонадизм, у 8 (9,76%) патология надпочечников, у 4 (4,88%) гипергонадотропный гипогонадизм, у 3 (3,66%) гипотиреоз. У 71 (86,5%) обследованных девочек из 82-х менархе наступило в 12,72±0,2 (10-16) лет, у 11 (13,4%) девочек на момент исследования менструальный цикл сформировался. 30,5% девочек родилось с массой тела меньше 2500 гр и свыше 4000 гр, а это дает основание отнести новорожденных, родившихся преждевременно, с задержкой внутриутробного развития, с массой тела свыше 4000 гр в группу высокого риска по возникновению гиперандрогении в пубертатном периоде. У девочек с ГА частота встречаемости детских инфекционных болезней составила 43,85%. Следует отметить, что частота хирургических вмешательств у обследованных девочек составила 10,8%, хронических соматических заболеваний 9,2%. У девочек с ГА синдромом с высокой частотой встречались нарушения менструального цикла (11,86%), из кожных проявлений гиперандрогении себорея (10,3%), acnae vulgaris (5,86%), выпадение волос (10,8%), повышение нервной возбудимости (1,2%), бессонница (8%), головные боли и головокружение (7,8%). Необходимо отметить, что частота болей внизу живота составила 6%, слабость, недомогание 4,3%, снижение работоспособности 4,7%, снижение памяти 4,3%, выделение из молочных желез 3,2%. У 61% девочек с гиперандрогенией выявлена средняя тяжесть гирсутизма по шкале Ферриман-Голвея.

Summary

Clinical characteristics of girls with GA during puberty

N.E. Akhundova, Aliyeva E.M., R.M. Mamedgasanov, Sh.E.Aliyeva

The aim of the study was to study the clinical characteristics of girls with hyperandrogenism during puberty and to find out the causes of hyperandrogenism. 82 girls in the puberty period were examined. The analysis, menstrual cycle, anthropometric data, as well as the hirsut number of these girls on the Ferriman-Galway scale were studied. In the study, the causes of GA in adolescent girls were studied. During the examination, 20 (24.39%) of 82 girls had polycystic ovary syndrome (PCOS), 17 (20.73%) hyperprolactinemia, 11 (13.41%) obesity, 10 (12, 2%) tumor-like ovarian formations, 9 (10.98%) hypogonadotropic hypogonadism, 8 (9.76%) adrenal pathology, 4 (4.88%) hypergonadotropic hypogonadism, and 3 (3.66%) hypothyroidism. 71 (86.5%) of the girls surveyed from the 82 menarche came in 12.72 ± 0.2 (10-16) years, 11 (13.4%) girls at the time of the study, the menstrual cycle was formed. 30.5% of the girls were born with a body weight of less than 2500 gr and over 4000 gr, and this gives grounds for attributing prematurely born babies with a delay in prenatal development, with a body weight of more than 4000g in the high risk group for the onset of hyperandrogenism in the puberty period. In girls with HA, the incidence of childhood infectious diseases was 43.85%. It should be noted that the frequency of surgical interventions in the examined girls was 10.8%, chronic somatic diseases 9.2%. Girls with HA syndrome had a high frequency of violations of the menstrual cycle (11.86%), of skin manifestations of hyperandrogenia seborrhea (10.3%), acnae vulgaris (5.86%), hair loss (10.8%), nervous excitability (1.2%),

insomnia (8%), headaches and dizziness (7.8%). It should be noted that the incidence of lower abdominal pain was 6%, weakness, malaise 4.3%, decreased efficiency 4.7%, decreased memory 4.3%, and mammary gland 3.2%. 61% of girls with hyperandrogenia have an average severity of hirsutism on the Ferriman-Galway scale.

Daxil olub: 23.11. 2017

КАТЕЛЛИЦИДЫ И КАЛЬПРОТЕКТИН, КАК БИОМАРКЕРЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

А.Г. Гаджиев, Г.И. Азизова, Н.Ш.Байрамова
Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку

Açar sözlər: kalprotektin, katellisid, antmikrob peptidlər
Ключевые слова: кателлициды, калпротектин, антимикробные пептиды
Key words: catelliside, calprotectine, antimicrobial peptides

В настоящее время в медицинской биохимии и иммунологии большое внимание уделяется веществам, имеющим антибактериальные свойства. Одной из групп таких веществ являются антимикробные пептиды (АМП) – низкомолекулярные соединения, построенные из аминокислот и имеющие катионную или амфипатическую природу, которые синтезируются в организме большинства эукариот в ответ на внедрение чужеродных микроорганизмов [1].

АМП являются неспецифическими факторами резистентности организма, обладают эндотоксин-нейтрализующей и иммуномодулирующей активностью, а также обеспечивают защиту против широкого спектра микроорганизмов: грамотрицательных и грамположительных бактерий, грибов, вирусов и простейших [2].

У человека обнаружено три семейства таких пептидов: дефензины, кателлицидины и гистатины. Дефензины – это катионные амфипатические пептиды длиной от 30 до 42 аминокислот с трехнитевой β-пластинчатой структурой, содержащей три дисульфидные связи. На основе способа дисульфидного связывания дефензины разделяют на три семейства- α-, β- и θ-дефензины. В организме человека присутствуют два вида: α- и β-дефензины. Они синтезируются только нейтрофилами, что позволяет считать их специфическими клеточными маркерами этих клеток. α-Дефензины – классические «нейтрофильные» дефензины (HNP), были идентифицированы в азурофильных гранулах нейтрофилов. Гранулы нейтрофилов являются основным депо для α-дефензинов Секретируемые нейтрофилами α-дефензины можно обнаружить в биологических жидкостях.

Активация нейтрофилов при инфекционных и воспалительных процессах приводит к быстрому высвобождению дефензинов, которые затем обнаруживаются в плазме и других жидкостях организма. В нормальной плазме обнаруживается очень низкий уровень дефензинов (от неопределяемых величин до 50-100 нг/мл), однако в условиях сепсиса содержание их может возрасти до 10 мг/мл и даже выше. К примеру, нарушение активации цитокинов и дефензинов на поверхностном эпителии репродуктивного тракта влечет за собой внедрение возбудителя даже при малом его количестве [3].

Кателлицидины – группа пептидов, выявленных в лимфоцитах и моноцитах, а также в эпителиальных клетках. Человеческий катионный антимикробный пептид кателлицид (hCAP18) является положительно заряженным пептидным фрагментом с β-слоисто-складчатой структурой. Было показано, что антибактериальный С-концевой фрагмент hCAP18- состоящий из 37 аминокислот, проявляет антимикробную активность как против грамм-отрицательных, так и против грамм-положительных бактерий, грибов, вирусов и простейших. Этот пептид является важным фактором реэпителизации ран, также была показана его ангиогенная активность in vivo и in vitro. Более того, этот пептид (обозначается как LL-37) функционирует в качестве хемотаксического агента для нейтрофилов, моноцитов и Т-клеток [4,5].

Значительное повышение содержания с концевого фрагмента кателлицида отмечено в семенной плазме и на поверхности сперматозоидов у здоровых доноров. Считается, что LL37 предотвращает поражение сперматозоида микроорганизмами на пути к яйцеклетке и во время оплодотворения. Недостаточность LL37 в слюне согласуется с наличием заболевания периодонта у пациентов с болезнью Костманна. Известно, что больные атопическим дерматитом с дефицитом экспрессии LL37 чаще страдают вакцинальной экземой. LL37 устойчив к протеолитическому разрушению и, в ограниченной степени, цитотоксичен по отношению к клеткам млекопитающих. Установлено, что нормальное содержание LL37 в плазме составляет 1,2-1,8 мкг/мл. Во время инфекционных заболеваний концентрация этого белка повышается [6,7,8].

Другим интересным эндогенным пептидом является кальпротектин. Кальпротектин относится кателлицидам – это пептид, связывающий кальций и цинк, молекулярная массса составляет 36 кДа. Относится к Са-связывающим белкам семейства S100 и состоит из молекул S100A8 (кальгранулин А) и S100A9 (кальгранулин В). Примерно 60% от всех белков цитозоля нейтрофильных гранулоцитов составляет кальпротектин. При бактериальной инфекции и воспалении соответствующих внутренних органов, кальпротектин выделяется активированными лейкоцитами, что приводит к повышению его уровня в сыворотке крови, спинномозговой жидкости, моче, слюне или фекалиях. Производимые нейтрофилами белки указывают на воспаление в стенке кишки. В их число входят лактоферрин, лизоцим, эластаза, миелоперокисдаза, кальпротектин [9-12].

Концентрация кальпротектина в кале прямо пропорциональна интенсивности нейтрофильного инфильтрата в слизистой кишки. Было установлено, что концентрация кальпротектина коррелирует с признаками активности воспалительного процесса. Повышенное количество кальпротектина в плазме найдено при воспалительных хронических заболеваниях, таких как РА, ювенильный идиопатический артрит, воспалительные болезни кишечника, рассеянный склероз, системный фиброз и СКВ. При этих заболеваниях сывороточный кальпротектин коррелировал с активностью болезни и лабораторными показателями воспаления, такими как СРБ и СОЭ. Синтез кальпротектина в кале отражает приток нейтрофилов в просвет кишки, что подтверждается высокой корреляцией между концентрацией фекального кальпротектина и экскрецией гранулоцитов, меченных индием-111. Кровотечение из стенки кишки незначительно отражается на концентрации кальпротектина в стуле, и увеличивает его концентрацию не более чем на 10 мкг/гр. Повышение концентрации фекального кальпротектина более 120 мкг/гр отмечаются более чем у 90% больных с воспалительными заболеваниями кишечника на этапе первичной диагностики [13-14].

Фекальный кальпротектин является простым, неинвазивным и чувствительным маркером активности заболевания и ответа на терапию у тех пациентов, у которых имеется подтвержденный диагноз воспалительных заболеваний кишки. Преимуществом исследования фекального кальпротектина при болезни Крона является то, что повышенные концентрации могут отражать сегментарные поражение тонкой кишки, которая недоступна для эндоскопического и гисто-логического исследования [15].

В научной лаборатории кафедры биохимии ведутся исследования по изучению уровня секреции специфических эндогенных пептидов (дефензины, элафины, кальпротектин и т.д.) при различных патологиях. Например, было показано, что уровень дефензина заметно повышается при сахарном диабетеЮ при талассемии и т.д.

Таким образом, структурно-функциональное изучение антимикробных пептидов является перспективным направлением современной клинической биохимии, микробиологии и иммунологии, которое может внести существенный вклад в понимание механизмов развития различных патологий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абатуров А.Е. Катионные антимикробные пептиды системы неспецифической защиты респираторного тракта: дефензины и кателицидины. Дефензины- молекулы, переживающие ренессанс (часть 2) // Здоровье ребенка. 2011, т. 7, № 3, с.34-42.

2. Алешина Г.М., Кокряков В.Н., Шамова О.В., Орлов Д.С. и др. Современная концепция об антимикробных пептидах как молекулярных факторах иммунитета // Медицинский академический журнал. 2010, № 4, с. 149-160.

3. Будихина А.С., Пинегин Б.В. Дефензины - мультифункциональные катионные пептиды человека // Иммунопатология, аллергология, инфектология. 2008, № 2, с.31-39.

4. Окороченков С.А., Желтухина Г.А., Небольсин В.Е. Антимикробные пептиды: механизмы действия и перспективы практического применения // Биомедицинская химия. 2012, № 2, с. 131-143.

5. Kris De Smet, Roland Contreras. Human antimicrobial peptides: defensins, cathelicidins and histatins // Biotechnology Letters. 2005, т. 27, с. 1337-1347.

6. Мамчур В.И., Левых А.Э. Дефензины- эндогенные пептиды с антиинфекционными и противоопухолевыми свойствами (обзор литературы) // Таврический медико-биологический вестник, 2012, т. 15, № 2, с. 315-322.

7. Нашкевич Н.Н. Альфа-дефензины - мультифункциональные молекулы нейтрофилов: роль в воспалении и инфекционной патологии человека // Соврем. пробл. инфекц. патол. человека. 2013, № 6, с. 221-226

8. Oppenheim J.J., Biragyn A., Kwak L.W. et al. Roles of antimicrobial peptides such as defensins in innate and adaptive immunity // Annals of the Rheumatic Diseases, 2003, v.62, p. 17-21.

9. Philpott M. Defensins and acne // Mol. Immunol., 2003, v.40 (7), p.457-462.

10. Schneider J.J. et al. Human defensins // J. Mol. Med., 2005, v.83, № 8, p. 587-595.

11. Simms L.A., Doecke J.D., Walsh M.D., Huang N., Fowler E.V. et al. Reduced alpha-defensin expression is associated with inflammation and not NOD2 mutation status in ileal Crohn's disease // Gut 2008, №. 57, p. 903-10.

12. Soto E., Espinoza J., Nien J.K., Kusanovic J.P. et al. Human beta-defensin-2: a natural antimicrobial peptide present in amniotic fluid participates in the host response to microbial invasion of the amniotic cavity // Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 2007, v.20, p. 15-22.

13. Wehkamp J., Schauber J., Stange E.F. Defensins and cathelicidins in gastrointestinal infections // Curr. Opin. Gastroenterol. 2007, № 3, p. 32-38.

14. Wehkmp J., Fellerman K., Herrlinger K.R. et al. Human B-defensin 2 but not B-defensin-1 is expressec preferentially in colonic mucosa of inflammatory bowel disease // Eur J.GastecukoI Herbol. 2007, № 14, p. 745-752 ‘

15. Yamaguchi N, Isomoto H, Mukae H, Ishimoto H, Ohnita K, Shikuwa S, Mizuta Y, Nakazato M, Kohno S. Concentrations of alpha- and beta-defensins in plasma of patients with inflammatory bowel disease // Inflamm Res 2009, v.58, p. 192-197.

Xülasə.

Katellisid və kalprotektin – iltihabi prosesin biomarkerləri kimi

A.H. Hacıyev, G.İ. Əzizova, N.Ş. Bayramova

Məqalədə endogen antmikrob peptidlərin (AMP) struktur-funksional xüsusiyyətləri işıqlandırılmışdır. Defenzinlər, katellisidlər, histatinlər neytrofillər tətrəfindən sintez olunur. Defenzinlər tərkibində sistein qalıqları olan peptidlər, iltihabi proseslər zamanı sekresiya olunur, katellisidlər isə müsbət yüklü aminturşularla zəngin olan, β quruluşa malik peptidlərdir. Kalprotektin – Ca^{2+}-birləşdirici peptid olub, iltihabi proseslər, xüsusən də bağırsağın iltihabi xəstəlikləri zamanı artır. Katellisidlər güclü antibakterial və antivirus effektə malik peptid olub, artritlər və xüsusən də, Kron xəstəliyi zamanı artır. AMP-lərin tədqiqi daha effektiv antibakterial agentlərin tətbiqi üçün yeni imkanlar açır.

Summary

Catelliside and calprotectine as biomarker in infammatorry prosess

A.Q. Hajiyev, G.İ. Azizova, N.Şh. Bayramova

This article is dedicated to the structural-function features of endogenous antimicrobial peptides (AMP). 3 classes of AMP are knowen- defensines, catellisides, histatines. Calprotectin is Ca^{2+}-binding peptide, increase in infammatorry prosess, mainly in infammatorry of intestine. Catelliside – AMP with strong antibacterial and antiviral effect, increase in arthritis, in Kron's decease. Investigates of AMP give opportunity for the research new effective antibacterial agsents.

Daxil olub: 12.02.2018

PREEKLAMPSİYANIN ETİOPATOGENEZİNİN MÜASİR ASPEKTLƏRİ

A.X. Babayeva, L.M. Rzaquliyeva
Ə. Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: preeklampsiya, hamiləlik, oksidativ stress
Ключевые слова: преэклампсия, беременность, оксидативный стресс
Key words: pre-eclampsia, pregnancy, oxidative stress

Ana ölümünün əsas səbəblərindən olan hamiləlik hipertenziyasının letal nəticələri çox yüksəkdir. Ədəbiyyat göstəricilərinə əsasən hamiləlik hiretenziyası nəticəsində ana ölümlərinin rast gəlmə tezliyi 14,5-66%-ə qədər təşkil edir. Ana və perinatal ağırlaşmaların qarşısının alınmasında hamiləlik hipertenziyasının ağır formalarının erkən diaqnoz və profilaktikasının böyük əhəmiyyəti var.

Hamiləlik hipertenziyası inkişafının riski skrininq-testlərin təyini ilə proqnozlaşdırılır: adheziv molekulun konsentrasiyası, trombositopeniya, uşaqlıq- cift qan dövranının dopplerometrik göstəriciləri, antifosfolipid autoantitellərin təyini. Lakin bu markerlər hamiləliyin sonunda əhəmiyyət kəsb edir.

Müasir dövrdə hamiləlik hipertenziyasının yüksək risk qrupları ayırd olunmuş və əsaslandırılmışdır. Bunlara müxtəlif ekstragernital xəstəlikləri olanlar: böyrək xəstəlikləri, revmatik ürək qüsurları, hipertoniya xəstəliyi, qaraciyər xəstəlikləri, orqanizmin hamiləliyə qarşı dezadaptasiyası, neyroendokrinopatiya, piylənmə, psixo-sosial stress, anamnezdə hamiləlik hipertenziyasının olması, gənc ilk doğan; fəsadlı mamalıq-ginekoloji anamnezli qadınlar, xroniki intoksikasiya (siqaret çəkmə və s.), ekoloji faktorlar (xroniki hipoksiya, pis qidalanma) və s. aiddir. Konstitusional bədən qruluşu, trombofiliya, ailədə preeklampsiya hallarının olması hamiləliklə əlaqədar hipeertenziv vəziyyətlərin rast gəlmə riskini artırır [1,2]. Lakin risk qrupunun ayırd olunması həmişə özünü doğrultmur [3,4]. Demək olar ki, bütün ölkələrdə hamiləlik hipertenziyasının rast gəlmə tezliyi çox yüksəkdir. Bu patologiyanın əsas xüsusiyyəti katabolizm, hipoproteinemiya, proteinuriya, anemiya, poliorqan və polisistem pozğunluğu ilə nəticələnən metabolik gərginlikdir. Müasir dövrdə hamiləlik hipertenziyasının inkişafının əsasında perooksidant-antioksidant müvazinətinin pozulmasının da rolu inkar olunmur. Belə ki, hamiləlik hipertenziyasının bütün klinik formalarında alfa- tokoferol və retinolun konsentrasiyasında dəyişkənliyin olması qeyd olunur. Bəzi tədqiqatlarda hamiləlik hipertenziyası olan qadınların qan plazmasında vitamin-A və vitarnin-E-nin konsentrasiyasının azalmasının göstərilməsinə baxmayaraq, bu mülahizəyə əks olaraq hamiləlik hipertenziyası zamanı qan plazmasında vitamin-A və vitamin-E-nin konsenrasiyasının yüksək olduğunu göstərən nəticələr mövcuddur.

Müasir dövrdə preeklampsiya hamiləlik zamanı adaptasiya mexanizmlərinin pozğunluğu, o cümlədən, cift qan dövranının çatmamazlığına səbəb olan cift-döl qan dövranında nəzərə çaıpan perfuzion-diffuzion və uşaqlığın spiralabənzər arteiolaların çatmamazlığının nəticəsi kimi qiymətləndirilir [5,6].

Müasir dövrdə preeklamsiyanın patogenezində patogenetik elementlərindən asılı olaraq bir-neçə növü olan immun nəzəriyyə aktualdır. Preeklamsiyanın inkişafında HLA-D17, HLA-D7, HLB Da4 izoantigen qruplarına əhəmiyyət verilir. Belə güman olunur ki, preeklamsiyanın inkişafında HLA- homoziqotluğun müştərəkləşməsi və immun cavabın ressesiv genində defektin olması vacibdir. Beləliklə, ana orqanizminin hamiləliyə qarşı tolerantlığını təmin edən mexanizmlərin çatmamazlığı inkişaf edir, bu da, öz növbəsində ana ilə döl arasındakı immun uyğunsuzluq və hamilənin immun, genetik xüsusiyyətləri plasentasiyanın pozğunluğu ilə nəticələnir. Bununla əlaqədar olaraq hamilələrdə preeklampsiyanın inkişafı hestasiyanın erkən mərhələlərində trofoblastın arteriyalara miqrasiya etmə qabiliyyətinin pozulması ilə baş verir. Bunun nəticəsində spiralabənzər uşaqlıq arteriyaları hamilələrə məxsus olmayan morfoloji şəkildə qaldığı üçün arteriolalarda spasm, xovlararası qan dövranının pozulması və hipoksiya hamiləlik proqressivləşdikcə dərinləşir. Sonralar preeklamsiya inkişaf edən hamilələrdə bu göstərici hamiləliyin erkən mərhələlərində (9-10 həftə) uşaqlıq və spiralabənzər arteriyalarda qan dövranı pozğunluğunun yaranmasını aparılan ultrasəs müayinə üsullarının nəticələri təsdiq edir. Ana-cift toxuma kompleksində qan dövranı pozğunluğu nəticəsində yaranan hipoksiya sonralar generalizə olunmuş xarakter daşıyan endotelinin lokal zədələnməsinə səbəb olur [1]. Müasir dövrdə preeklamsiyanın inkişafında endotelin zədələnməsi əsas patogenetik səbəb sayılır [3]. Xəstəliyin erkən mərhələlərində endotelidə distrofik dəyişkənliklərlə əlaqədar endotel üçün toksik olan endotelin, sirkulyasiya edən eklamsiya faktorunun sekresiyasının artması və eyni zamanda vazodilatatorların, hüceyrə dezaqreqantlarının (bradikinin, prostasiklin) səviyyəsinin azalması baş verir. Endotelin zədələnməsi hestozun əsasını təşkil edən dəyişkənliklərin-damarların keçiriciliyinin və onların vazoaktiv maddələrə qarşı həssaslığının artması, hiperkoaqulyasiyanın formalaşması generalizə olunmuş vazospazmın inkişafı üçün şəraitin yaranmasına səbəb olur. Generalizə olunmuş vazospazm həyatı vacıb

orqan və toxumalarda işemik, hipoksik dəyişkənliyin ərnələ gəlməsinə, onların funksiyalarnın pozulmasına gətirib çıxarır. Spazm fonunda qanın özlülük xüsusiyyəti dəyişir, eritrosit və trombositlərin aqreqasiyasının artması nətieəsində hüceyrə aqreqatlarının əmələ gəlməsi, qanın hüceyrə elementlərinin depolaşması, stazın dərinləşməsi ilə nəticələnir. Qanın koaqulyasion xüsiyyətinin dəyişməsi xroniki D.D.L.S-nun inkişafına səbəb olur. D.D.L.S-nun inkişafında hestozun ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq endogen heparin və antitrombin III-ün defisiti əsas səbəblərdəndir. Orqanlarda hipoperfuziyanın inkişafında vazospazm, qanın reoloji, koaqulyasion xüsiyyətləri ilə yanaşı sirkulyasiya edən qan plazmasının həcminin də azalmasının əsas rolu var. Damar və damardan xaric səbəblər toxuma perfuziyasının azalması, toxumalarda hipoksik dəyişkənliklərin əmələ gəlməsinə gətirib çıxarır. Hestozlar zamanı mikrosyrkulyasiya pozğunluğu metabolizmdə nəzərə çarpan ciddi dəyişkənliyin yaranmasına səbəb olur. Hüceyrələrdə toksiki radikalların yaranması ilə yanaşı lipidlərin, fosfolipazların peroksidləşməsinin aktivasiyası, xəstəliyin ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq zərdabın antioksidant aktivliyinin aşağı düşməsi və əvəz olunmaz yarımdoymamış yağ turşularının defisiti ilə nəticələnir. Toksiki radikalların yaranması, yarımdoymamış yağ turşularının defisiti hüceyrə membranının baryer və matriç funksiyasının pozulmasına səbəb olur. Xəstəliyin ağırlıq dərəsindən asılı olaraq membran hidrofobluğunun azalması, keçiriciliyin artması ilə nəticələnir [5]. Preeklamsiyanın ağır formasının əsasən qaraciyərin zədələnməsi ilə müşayiət olunması seqmentar vazospazm, qaraciyər sinusoidlərində qan dövranının pozulması, qlison kapsulasının gərilməsi (qarnın yuxarı hissəsində ağrı), hepatoselyulyar nekroz və transaminazaların aktivliyinin yüksəlməsi ilə xarakterizə olunan patofizioloji dəyişkənliklər inkişaf edir [7,8].

C.Redman və onun həmfikirləri preeklampsiyanın patogenezində iki mərhələli pozğunluğun baş verməsini söyləmişlər: birinci mərhələdə uşalığın spiralabənzər arteriyaların divarlarında natamam fizioloji transformasiya baş verir, bu da damarların pressor faktorlara həssaslığını artırır. İkinci mərhələdə endotelin generəlizə olunmuş zədələnməsi ana orqanizmində sistem dəyişkənliyin baş verməsinə səbəb olur. Peeklampsiyanın patogenezində ciftdə baş verən oksidativ stress əsas amil sayılır. Plasentasiya səthidir, arteriyaların tam transformasıyası üçün invaziya qeyri-qənaətbəxşdir. İşemiya-reperfuziya fenomeninə gətirib çıxardan uşaqlıq-cift qan dövranının inkişafına səbəb olur. Spiralabənzər arteriyaların zədələnmə konversiyası və ya aterotik dəyişkənliklər damarların kalibrinin azalması fasiləli qan dövranının yaranmasına səbəb olur [9,10,11].

Preeklampsiya zamanı ana qranulositləri və monositləində NADPH-oksidaza hiperaktivdir. Hamilələrin limfositlərində də NADPH-oksidazanrn aktivliyi yüksəkdir. Oksigenin aktiv fomasının produksiyasının preeklamsiya zamanı yüksəlməsi endotelinin disfunksiyası ilə əlaqəlidir [12,13,14].

E. Jauniaux və onun həmfikirləri preeklampsiyanı üç mərhələli pozğunluq kimi qiymətləndirib, birincili olaraq ana orqanizminin immun sisteminin atipik reaksiyası ilə səciyyələndirilir. Plasentasiyanın pozulması ciftdə xroniki oksidativ stressin yaranması, iltihabi sitokinlərin induksiyası və apoptik detritin inkişafına səbəb olur. Bu da öz növbəsində ana endotelisinin aktivasiyası, endotel hüceyrələrinin disfunksiyası ilə nəticələnir [13].

Ciftin apoptozu oksidativ stressin əsasında inkişaf edib onun işemiyası və reperfuziyası ilə növbələşir. Oksigenin reaktiv növlərinin və antioksidant sisteminin konsentrasiyasındakı disbalans sitoplazmatik kalsium ionlarının yüksəlməsinə apoptik stimulyasiyaya səbəb olur. Bu da trofoblast hüceyrələrində ATF-in azalmasına gətirib çıxarır. Əgər ATF kritik səviyyədə azalarsa hüceyrə nekroz nəticəsində tələf olur. Hipoksiya-reoksigenasiya trofoblastda apoptik dəyişkənlikləri stimulyasiya edib nekrozun induksiyasına səbəb olur. Ciftin histoloji müayinəsi zamanı cift xovlarmın tələf olması yolları qeyd olunarkən L. Formigli və həmfikirləri tərəfindən həm nekroz, həm də apoptoz əlamətlərini birləşdirən aralıq növ aponekroz adlandırılmışdır. Fizioloji hamiləliyin gedişatında , ciftin formalaşmasında trofoblast və desidual qişada apoptoz prosesinin böyük əhəmiyyəti var. Onun intensivliyi hamiləliyin proqressivləşməsi və əsasən də preeklamsiya zamanı artır [15,16,17].

S. Sankaralingam və onun həmfikirləri preeklamsiyanın inkişafında damarların prosesə qoşulması, funksiyasının pozulmasında molekulyar mexanizmlərin rolu barədə məlumat vermişlər. Endoteial disfunksiya əsas etioloji səbəb kimi qiymətləndirilir. Preeklampsiya və B.D.L. trofoblast xovlarında apoptozun yüksəlməsi ilə assosiasiya olunur. Oksigen gərginliyi nəticəsində zülal expressiyasının səviyyəsinin yüksəlməsi, hüceyrə siklinin pozulmasına gətirib çıxarır [18,19,20].

Preeklamsiya zamanı apoptoz və nekroz proseslərinin sürətlənməsi ana qan dövranına trofoblast hüceyrələrinin parçalanması məhsulları və hətta onun deportasiya olunmuş plast növlərinin daxil olmaının artması ilə xarakterizə olunur. Belə ki, bu hissəciklərin sərbəst radikal birləşmələr, iltihab əleyhinə sitokinlərlə zəngin olması ilə əlaqədar deportasiya sistem iltihab elementlərinin və oksidativ stresin endotelin generəlizə oluıımuş zədələnməsi ilə nəticələnir [21,22,23].

Trofoblast deportasiyasının iki mexanizmi mövcuddur. Birincinin həcminin böyüməsi ilə əlaqədar çoxdöllü hamiləlik, dölün makrosomiyası, trofoblast xəstəliyi nəticəsində inkişaf edib hamiləliyin III trimestrində maksimuma çatır, bununla əlaqədar preeklampsiya məhz bu mərhələdə daha çox inkişaf edir. İkinci mexanizm isə ciftin işemiyası, reperfuziyası və oksidativ stresin generasiyası ilə əlaqədardır. Sistem iltihabi, oksidativ stresin markerləri və apaptoz nəinki preeklampsiya, həmçinin sağlam qadınlar üçün xas olan xüsisiyyətdir. Norma ilə patologiya arasındakı fərq bu göstəricilərin intensivliyindən asılıdır [24,25,26]. Preeklampsiyanın inkişafında hipertoniya xəstəliyi, şəkərli diabet, piylənmə, hiperhomosisteinemiyanın epidemioloji səbəb olaraq rolu sübut olunmuşdur. Bu patologiyalar hamiləlikdən əvvəl oksidativ stress və sistem iltihabi xəstəliyin yaranması ilə müşayiət olunub orıun gedişatının daha da ağırlaşmasına səbəb olur [14]. Bütün bunlardan başqa döldən cift perfuziyasının pozulmasına qarşı ana orqanizminin patoloji cavab reaksiyası nəticəsində də preeklampsiyanın inkişafı mümkündür.

Müasir dövrdə preeklamsiyanın inkişaf mexatnizmləri arasında fetal DNT-nın ana qanında konsetrasiyasının əhəmiyyəti barədə yeniliklərə ümid bəslənilir. Məlum olmuşdur ki, onun konsentrasiyasının artması apoptoz zamanı baş verir. Hamiləliyin son 8 həftəsində fetal DNT-nın konsentrasiyası fetoplasentar baryerin keçiriciliyinin və apoptozun intensivliyinin artması nəticəsində yüksəlir. Preeklampsiya zamanı isə sirkulyasiya edən fetal DNT fızioloji inkişaf edən hamiləlikdən fərqli olaraq 5 dəfə çox artmış olur [21].

Preeklampsiya iltihabi xəstəliklər qrupuna aid olub, immun disftunksiya ilə assosiasiya olunur. Hamiləliyin fiziloji gedişatından fərqli olaraq preeklamsiyalı xəstələrin damar mənfəziərində endoteliyə külli miqdarda neytrofillərin fiksasiyası xarakterikdir. Preeklampsiyanın patogenezi neytrofillərin aktivasiyası, damar sisteminin neytrofil infiltrasiyası, oksidativ stress, plazmada linol, araxidon turşusu və onun metabolitlərinin yüksəiməsi ilə əlaqəlidir [2].

Oksidativ stress və sistem iltihabi reaksiya bir çox ümumi effektor mexanizmlərə malikdir. Bununla əlaqədar bir prosesin aktivasiyası digərinin aktivasiyası ilə müşayiət olunur. Sistem iltihabi reaksiya-immun sistemin generəlizə olunmuş aktivasiyasıdır. Bura qanın laxtalanma, komplement sistemi, endotel, leykosit və trombositlərin aktivasiyası aiddir [4].

Oksidativ stresin yaranma səbəblərinə aşağı sıxlıqlı lipoproteinlərin səviyyəsi, hiperhomosisteinemiya, oksidativ stresə qarşı genetik olaraq rezistentliyin dözümsüzlüyü, qidada antioksidantların defisiti aiddir [27,28,29].

Beləliklə, preeklampsiyanın patogenezi mürəkkəb proses olub ana, döl, cift tərəfindən çoxsaylı səbəblərin nəticəsidir.

ƏDƏBİYYAT

1.Abrahams V.M., Kim Y.M., Straszewski S.L., Romero R., Mor G. Macrophages and apoptotic cell clearance during pregnancy // Am. J. Reprod. Immunol, 2004, v.51, p. 275-282.

2.Agarwai A., Gupta S., Sharma R. K. Role of oxidative stress in female reproduction. // Reprod. Biol. Endokrinol,- 2005- Vol. 3.-P.28.

3.Biondi C. Pavan B., Linghi L. et al. The role and modulation of the oxidative balance in pregnancy.// Curr. Pharrn. Des.-2000, v.11, p.2075- 2089.

4.Burdon C., Mann C., Cindrova-Davies T. et al. Oxidative stress and the induction of cyclooxygenase enzymes and apoptosis in the murine placenta. // Placenta, 2007, v. 28, p.724-733

5.Cadden K.A., Walsh S.W. Neutrophils, but not lymphocytes or monocytes, infiltrate maternal systemic vasculature in women with preeclampsia // Hypertens. Pregnancy, 2008. v.27, p.396- 405.

6.Caniggia L., Winter J., Lye S. J., Post M. Oxygen and placental development during the first trimester: implications for the pathophysiology of pre-eclampsia. // Plasenta, 2000, v. 21. p.25-30.

7. Cindrova - Davies T., Spasic- Boskovic O., Jauniaux E. et. al. Nuclear factor-kappa B, p38, and stress-activated protein kinase mitogen-activated protein kinase signaling pathways regulate proinflammatory cytokines and apoptosis in human placental explants in response to oxidative stress: effects of antioxidant vitamins // Am. J. Pathol,2007, v.170, p.1511- 1520.

8. Cui X.L., Brockman D., Canrpos B., Myatt L. Expression of NADPH oxidase isoform 1 (Nox1) in human placenta: involvement in preeclampsia.// Placenta 2006, v.27, p.422-431

9. Dechend R,, Viedt C., Müiler D. N. et. al. AT- receptor agonistic antibodies from preeclamptic patients stimulate NADPH oxidase // Circulation. 2003, v. 107, p.1632-1539.

10. Founds S.A., Conley Y.P., Lyons- Weiler J.F. et al. Altered global gene expression in first trimester placentas of women destined to develop preeclampsia // Placenta, 2009, v. 30, p.15-24.

11. Fujino G., Nogychi T., Takeda K., Ichijo H. Thioredoxin and protein kinases in redox signaling// Semin. Cancer. Biol, 2006, v.16, p.427-435

12. Fukushima K., Miyamoto S., Tsukimori K. et. al. Tumor necrosis factor and vascular endothelial growth factor induce endothelial integrin repertories, regulating endovascular differentiation and apoptosis in a human extravillous trophoblast cell line.// Biol. Reprod, 2005, v.73, p.172-179.

13. Gervasi M.T., Chaiworopongsa T., Pacora P. et al. Phenotypic and metabolic characteristics of monocytes and granulocytes in preeclampsia// Am. J. Obstetr. Gynecol,2001, v. 185, p.792- 797.

14. Halliweil B., Whiteman M. Measuring reactive species and oxidative damage in vivo and in cell culture: how should you do it and what do the results mean? // Br. J. Pharmacol, 2004, v. 142, p.231- 255

15. Hearzell A. E., Lacey H. A., Jones C. J. et al. Effects of oxygen on cell turnover and expression of regulators of apoptosis in human placental trophoblast. // Placenta. 2008, v. 29, p.175-186.

16. Jauniaux E., Burton G. J. Placental-related diseases of pregnancy: involvement of oxidative stress and implications in human evolution. // Hum. Reprod. Update, 2006, v.12, p.747-755.

17. Kilburn B A., Wang L., Duniec - Dmuchowski Z. M. et. el. Extracellular matrix composition and hypoxia regulate the expression of HLA-G and integrins in a human trophoblast cell line. // Biol. Reprod, 2000, v.62, p.739- 747.

18. Kressig P., Beinder N., Schweer H. et. al. Post-delivery oxidative stress in women with preeclampsia or IUGR. // J. Perinat Med,2008, v.36, p. 310-315.

19. Lee V.M., Quinn K.A., Jennings S.C., Ng L.L. NADPH oxidase activity in preeclampsia with immortalized lymphoblasts used as models. // Hypertens,2003, v. 2, p.395-402

20. Lunghi L., FeiTetti M. E., Medici S. et. al Control of human trophoblast function // Reprod. Biol. Endocrinol, 2007, v.5, P. 6.

21. Shimoya K., Zhang Q. Fractalkin (FRK) levels in amniotic fluid and its production during pregnancy //Mol.Hum.Reprod. 2003, v.9, p.97-101

22. Formigli L., Papucci L., Tani A. et. al. Aponecrosis: morphological and biochemical exploration of a syncretic process of cell death sharing apoptosis and necrosis.// J. Cell. Physiol, 2000, v, p. 41-42.

23 Rogers B.B., Bloom S.L., Leveno K.J. Pregnancy induced hypertension: genesis of and response to endothelial injury and the role of endothelin-1 // Obstetr. And Gynecol. 1999, v.54, p.189.

23. Baker P.N., Kenny L.C., Brockelsby J. Differential mechanisms of endothelium-dependent vasodilator responses in human myometrial. // Contemp. Rev. Obstetr. Gynecol., 1999, v. 12, p.251-256.

24. Davisoıı J. M., Homut V., Jeyabalan A. et. al. New aspects in the pathophysiology of preeclamsia // J Am SocNephrol., 2004, v.15, p.2440-2448.

25. Egbor M. Preeclampcia and fetal growth restriction; how morphornetrically different is the placenta? //Placenta 2006, v.27, p.727-734. 4

26. Toy E.C., Yeomans E.R., Fonseca L., Ernest J.M. Case Files High-Risk Obstetrics. www. **ebookee.mrunlock.trade**-2011-P 194.

28. Chappell L.C., Bramhan K., Sherman A.H. Short- term prediction of preeclamsia // Biomarkersin Medicine 2014, v.8, p.455-458.

29. Bushnell Ch., Chirean M. Preeclampsia and stroke: Risk during and after pregnancy. Stroke research and treatment 2011, v.1, p.1-9.

30. Boutet M., Ronald L., Thomas N., et. al. Spesific systemic antioxidant response to preeclamsia in late pregnancy: the study of intracellular glutation peroxidase in maternal and fetal blood // American Journal of obstetrics and Gynecology 2009, v.200, p.530 e1-530 e7.

Резюме

Современные аспекты этиопатогенеза прееклампсии

А.Х.Бабаева, Л.М.Рзакулиева

Показатели летальности гипертензии беременности, являющейся основной причиной материнской смертности, очень высоки. Согласно литературным показателям, в результате гипертензии беременности частота встречаемости материнской смертности составляет до 14,5-66%. Ранняя диагностика и профилактика гипертензии беременности имеет важное значение для предотвращения тяжелых форм материнской и перинатальной осложнений. Патогенез преэклампсии, будучи сложным процессом, является результатом многочисленных причин со стороны матери, плода, плаценты. Настоящая статья раскрывает роль преэклампсии в материнской смертности.

Summary
Modern aspects of etiopathogenesis of preamplace
A.Kh. Babayeva, L.M.Rzakuliyeva
The rates of mortality of hypertension of pregnancy, which is the main cause of maternal mortality, are very high. According to the literature, as a result of pregnancy hypertension, the incidence of maternal mortality is up to 14.5-66%. Early diagnosis and prevention of pregnancy hypertension is essential to prevent severe maternal and perinatal complications. The pathogenesis of pre-eclampsia, being a complex process, is the result of numerous causes from the mother, fetus, placenta. This article reveals the role of preeclampsia in maternal mortality.

Daxil olub: 05.12.2017

HƏKİM-STOMATOLOQLARIN MÜXTƏLİF MÜAYİNƏ ÜSULLARINA MÜRACİƏTLƏRİ

C.R.Əhmədbəyli
Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: stomatoloji xəstəliklər, müayinə metodları
Ключевые слова: стоматологические заболевания, методы обследования
Key words: dental diseases, research methods

Stomatoloji praktikada həkim bir sıra mühüm müayinə üsullarından istifadə etməli olur. Bu üsulların yardımı ilə stomatoloji xidmət daha effektiv təşkil edilir. Bundan başqa, ənənəvi stomatoloji profilaktika-müalicə üsulları ilə birlikdə son onillikdə implantologiya sahəsinin də inkişafı köməkçi müayinə üsullarının tətbiq edilməsi hallarında yüksəlişə səbəb olmuşdur. Ağız boşluğunun kliniki müayinəsi orqanizmin ümumi müayinəsinin tərkib hissəsi olub, məqsədi müalicə işini müvəffəqiyyətlə aparmaq üçün diaqnozu düzgün qoymaqdan ibarətdir [1]. Stomatoloji praktikada aşağıdaki müayinə metodları tətbiq edilir; kliniki müayinələr (xəstənin anemnezi, baxış, palpasiya) rentgen müayinəsi, fiziki metodlar (elektroodontometriya, transillyüminasiya, reoqrafiya, polyaroqrafiya və s.) və laborator müayinələr (qanın kliniki müayinəsi, biokimyəvi, histoloji, allerqoloji, sitoloji, mikrobioloji tədqiqatlar və s.) [2,3,4].

Laborator metodlar köməkçi müayinə metodlarına aid olub, diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün ümumi kliniki, biokimyəvi və morfoloji metodları özündə birləşdirir. Diaqnozun qoyulmasında yalnızca klinikada aparılan sorğu-sual və bir sıra obyektiv müayinələr bəzən kifayət etmir. Anamnez və baxışdan sonra çox az hallarda köməkçi müayinə metodları olmadan diaqnoz qoyulur. Diaqnozun qoyulmasında həkim xəstəliyin xüsusiyyəti haqqında öz fikrini əsaslandırır və hansı köməkçi muayinə metodunun aparılmasına ehtiyac olduğunu dəqiqləşdirməlidir. Bir sıra hallarda laborator müayinə metodu diaqnozun qoyulmasında və ya dəqiqləşdirilməsində müstəsna rol oynayır. Diaqnostik vasitə və metodlar daima inkişafdadır [1,5].

Stomatologiya müxtəlif obyektivli mikroskoplar vasitəsilə ilə patoloji dəuişikliklərin hüceyrə tərkibini, selikli qişa hüceyrələrində gedən keyfiyyət dəyişikliklərini və ümumiyyətlə normal və ya patoloji zonaların bakterial tərkibini öyrənmək mümkündür. Məqsədindən asılı olaraq mikroskopla sitoloji (patoloji zonadan yaxmalar, punksiya), biopsiya və bakterioloji tədqiqat işləri aparılır [6,7,8].

Tədqiqatın məqsədi həkim-stomatoloqların rentgenoloji, histoloji, sitoloji və mikrobioloji tədqiqat üsullarına müraciətlərinin öyrənilməsindən ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodları. Bu məqsədlə tərəfimizdən 130-u dövlət, 45-i isə özəl sektorda fəaliyyət göstərən olmaqla ümumilikdə 175 nəfər stomatoloq tədqiqatatımıza cəlb edilmiş, onların doldurduqları xəstə kartlarından retrospektiv araşdırma məqsədilə istifadə edilmişdir. Tədqiqata sənədləri daxil edilmiş stomatoloqların il 2015-2017-ci illər ərzində retgenoloji, histoloji, sitoloji və mikrobioloji müayinə və analizlərə müraciət etmələri tezlikləri öyrənilmişdir. Burada müraciət tezliyi dedikdə özümüz tərəfindən şərti olaraq, müəyyən edilmiş, ay üzrə 20-dən çox hallarda müraciət- "həmişə", müraciət halları 10-20 sayda olduqda "tez-tez", 5-10 arasında olduqda "hərdənbir", 5-dən az olduqda isə "az hallarda" qəbul edilmişdir. Alınmış göstəricilərin hər biri say və faiz olmaqla hesablanmışdır.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Tədqiqat nəticəsində fəaliyyətini tədqiq etdiyimiz 175 həkim-stomatoloqdan 146-sı yəni ümumi sayı 83,6% -i rentgonoloji müayinə üsullarına "həmişə" müraciət etmişlər. Rentgenoloji üsulla diaqnozun qoyulması stomatologiyada aparıcı yeri tutur. Bu metod vasitəsilə kliniki müəyyən edilməyən patoloji proseslər aşkar edilir, icra edilmiş müalicə tədbirlərinin keyfiyyəti qiymətləndirilir, mümkün gözlənilən ağırlaşmalar vaxtında üzə çıxarılır. Rentgenoqrafiyanın ağızdaxili və ağızxarici metodları vardır. Ambulator şəraitdə ən geniş istifadə edilən üsul ağızdaxili təmas-rentgenoqrafiya metodudur. Diş kanallarında işləyən zaman onların istiqamətini, keçilməsini, dişi əhatə edən toxumaların vəziyyətini, çənə sümüklərinin strukturunda dəyişiklikləri müəyyən etmək üçün rentgenoqrafiya xüsusilə vacibdir. Rentgenoqrafiyanın iş prinsipi rentgen şüalarının üz-çənə nahiyyəsinin müxtəlif toxumalarının sıxılığından asılı olaraq, müxtəlif sürətlə keçməsidir. Daha sıx toxumalar şüaları udduğu üçün plyonkada açıq, seyrək tərkibli toxumalar isə zəif udduqları üçün tünd əks olunurlar. Hamilələr üçün rentgenoloji üsul əks-göstəriş, uşaqlar üçün isə tətbiqi məhdudiyyətlidir. Tədqiqatımız zamanı 175 nəfər stomatoloqdan 25 nəfəri öz praktiki fəaliyyəti zamanı hər ay ortalama 10-20 dəfə xəstələrini rentgenoloji müayinələrə göndərmişlər, onların sayı ümumi stomatoloq sayının 14,3%-ni təşkil etmişdir. Stomatoloqlardan 4 nəfəri yaxud ümumi stomatoloqların 2,3%-i təcrübi fəaliyyətləri zamanı rentgenoloji müayinələrə ayda 5-10 dəfə olmaqla, hərdənbir müraciət etməli olmuşlar. Rentgenoloji müayinə stomatologiyada geniş tətbiq edildiyindən tədqiqatımıza cəlb edilmiş bütün stomatoloqlar (n=175) öz praktiki fəaliyyətləri zamanı bu üsula müraciət etməli olmuşlar, onlar arasında rentgenoloji müayinəyə "az hallarda" yəni ay üzrə ortalama 5 dəfədən az müraciət edənlər olmamışdır.

Stomatoloqların 24 nəfəri histoloji müayinələrə "həmişə" müraciət etmişlər ki, bu göstərici ümumi həkimlərin 13,7%-ni əhatə etmişdir. Sitoloji müayinələrə isə həkim stomatoloqlardan 2 nəfəri yəni 1,1%-i tərəfindən "həmişə", 61 nəfəri yəni 34,9%-i tərəfindən "tez-tez", 58 nəfəri yəni 33,1%-i "hərdənbir" müraciət etsə də, ümumi həkimlərin 54 nəfəri yəni, 30,9%-i tərəfindən isə "az hallarda" müraciət edilmişdir (cədvəl 1). Sitoloji metod hüceyrə elementlərinin və konqlomeratlarının (məsələn: kapsulası, sporları, qamçıları, volyutin dənəcikləri və s.) öyrənilməsinə əsaslanır. Bu metod yerinə yetirilməsinə görə asan olub, ambulatoriya şəraitində də aparıla bilər. Metod xəstə üçün təhlükəsizdir və nəticəsi kifayət qədər etibarlıdır. Nəticələrin alınmasına çox vaxt sərf edilmir və lazım gəlirsə tədqiqat təkrarən aparıla bilir. Bütün hallarda bir neçə preparat (3-4 ədəd) hazırlanmalıdır. Sitoloji preparatlar Nikiforov məhlulunda fiksə edilir və May-Qryunvald, Romanovski-Gimza, Papanikolay metodlarından istifadə edilməklə rənglənirlər. Fiksasiya edilməmiş materialı 2-3 gündən artıq saxlamaq mümkün deyil. Sitoloji metod iltihabi prosesin bütün mərhələləində keçərlidir. Ancaq material xəstəliyin çiçəklənmə və ya qızğın çağında götürülürsə, o daha çox informativ olur. Dinamik sitoloji cavablara əsasən aparılmış müalicənin effektivliyinə nəzarət etmək mümkündür. Bu əsaslarla sitoloji metod stomatologiyada geniş edilməyə başlamışdır. Sitoloji tədqiqat materialı kimi izgötürmə yaxmaları, qazıma materialları, qarqara yaxantısı, punktat və ya punksiya materialı istifadə oluna bilər.

İz-yaxmaların götürülməsinin iki yolu vardır. Birinci yol ilə material belə götürülür: steril, yağı təmizlənmiş əşya şüşəsi tədqiq olunan sahəyə qoyulur və iz-yaxması götürülür. Ancaq unutmaq lazım deyil ki, həmin sahə yaxma götürmək üçün münasib yerdə olmaya da bilər. Belə olan hallarda möhür-iz yaxması adlandırıla biləcəyimiz üsuldan istifadə etmək mümkündür. Bunun üçün adi şağird pozanından 5x5 mm ölçülü uzunsov sütuncuqlar doğranır, qaynatma yolu ilə sterilləşdirilir, qurudulur və əvvəlcə toxumanın sahəsinə, sonra isə əşya şüşəsinin üzərinə qoyulur. Bu hərəkəti bir neçə dəfə təkrar etmək tövsiyə olunur. Bu üsulların tətbiqi zamanı sınaq şüşəsinin üzərinə ya kifayət qədər material yapışmır, ya da müayinə sahəsinin üst səthində olan nekrotik hüceyrələr yapışır. Bu isə çox vaxt patoloji dəyişikliyin hüceyrə tərkibi haqqında tam məlumat vermir. Bu mənada qaşıma yolu ilə alınmış sıyrıntı-yaxma üsulu daha təkmil olub, zədələnmiş toxumanın istənilən sahəsindən hüceyrə tərkibini götürməyə imkan verir. Bu diaqnozun dəqiqləşdirilməsi üçün mühüm əhəmiyyətə malikdir. Sıyrıntı götürmək üçün əvvəlcə stomatoloji şpatel və ya hamarlayıcı vasitəsilə tədqiq olunan sahə nekrotik kütlədən təmizlənir və sonra küretaj qaşıqcığı ilə material götürülür. Material almaq üçün yerin düzgün seçilməsi zəruridir. Sıyrıntı xoranın dibindən və ya bərkimiş kənarından götürülür. Bütün hallarda material səthdən deyil, dərin qatdan götürülməlidir. Qanaxma olan sahələrdən tədqiqat materialının götürülməsi məsləhət görülmür. Çünki, materialda eritrositlərin sıx olması epitel hüceyrələrinin tərkibinin mikroskop altında öyrənilməsinə mane olur. Ağız boşluğunun generalizə olunmuş zədələnmələrində (gingivit, parodontit, kataral stomatit və s.) və həmçinin retikuloendotelial sistemin elementlərinin reaktivliyini təyin etmək üçün qarqara yaxantısından (Yasinovski sınağı) material kimi preparat hazırlanılır və tədqiq edilir.

Retrospektiv tədqiqatımız zamanı tədqiqata cəlb etdiyimiz 175 stomatoloqdan 58 nəfəri öz praktiki fəaliyyəti zamanı tez-tez hallarda, yəni ortalama hər ay ərzində 10-20 dəfə öz xəstələrini histoloji analizlərə

göndərmişdir ki, bu həkimlərin sayı ümumi tədqiqata cəlb edilmiş sayının 33,1%-ni təşkil etmişdir. Həkimlərdən 40 nəfəri isə histoloji tədqiqatlara öz təcrübi fəaliyyəti zamanı ay üzrə ortalama 5-10 dəfə olmaqla, hərdənbir müraciət etmişdir və bu say ümumi respondentlərin 22,9%-ni təşkil etmişdir. Tədqiqat zamanı bizimlə işləməyə razılıq vermiş 175 stomatoloqdan 53 nəfəri yaxud onların 30,3%-i öz təcrübi fəaliyyətləri zamanı histoloji müayinələrə ay ərzində ortalama 5 dəfədən az olmaqla "az hallarda" müayinələrə müraciət etmişlər.

Cədvəl 1

Həkim-stomatoloqların rentgenoloji, histoloji, sitoloji və mikrobioloji tədqiqat üsullarına müraciətləri.

Əlavə müayinə üsulları	Əlavə müayinə üsullarına müraciət edən həkimlərin sayı (n=175)							
	"Həmişə" (ayda 20 dəfədən çox)		"Tez-tez" (ayda 10-20 dəfə)		"Hərdənbir" (ayda 5-10 dəfə)		"Az hallarda" (ayda 5 dəfədən az)	
	Sayla	%	Sayla	%	Sayla	%	Sayla	%
Rentgenoloji	146	83,4	25	14,3	4	2,3	-	-
Histoloji	24	13,7	58	33,1	40	22,9	53	30,3
Sitoloji	2	1,1	61	34,9	58	33,1	54	30,9
Mikrobioloji	1	0,6	39	22,3	47	26,9	88	50,3

Tədqiqat zamanı tərtib etdikləri xəstə kartları araşdırılmış 175 nəfər həkim stomatoloqdan cəmi 1 nəfəri yaxud ümumi stomatoloq sayının 0,6%-i mikrobioloji tədqiqatlara "həmişə", yəni ayda 20 dəfədən çox müraciət etmişdir. Mikrobioloji tədqiqat ağız suyundan, karies boşluğundan, diş kanalı daxilindən və ağız boşluğunun selikli qişasında mövcud olan patmorfoloji elementlərdən götürülmüş materialların mikroskop vasitəsilə bakterioloji tədqiqinə deyilir. Ağız boşluğunda mikroorqanizmlərin növ sayının həddindən çox olması səbəbindən, qeyri-spesifik törədiciləri olan xəstəliklərin diaqnozunda çox vaxt çətinliklərlə rastlaşılır və hətta mümkün olmur.

Sifilis, vərəm, aktinomikoz, qonoreya zədələnmələri, göbələk və s. kimi spesifik törədicilərə malik xəstəliklərin diaqnozunda isə bakterioloji tədqiqat müstəsna rol oynayır. Stomatoloji praktikada əsasən fiksasiya edilmiş preparatlar bakterioskopiya edilir. Bunun üçün əşya şüşəsi 1 mm qalınlığında, şəffaf, yağsızlaşdırılmış və steril olmalıdır. O, 95%-li etil spirti məhlulunda saxlanılmalıdır.

Kanal daxilindən material götürmək üçün kök iynəsinə steril pambıq dolanır, kanala yerləşdirilməmişdən fizioloji məhlulla zəif isladılır və kanala yerləşdirilir. Geri çıxarıldıqdan sonra steril pinsetlə iynədən ayrılır və qidalı mühitə yerləşdirilir. Pulpitlər zamanı isə 1,5 sm uzunluğunda yaxşı hopduruculuq qabiliyyəti olan steril süzgəc kağızından istifadə edilir. Süzgəc kağızını fizioloji məhlulda islatmaq məsləhət deyil. Süzgəc kağızı ilə bioloji material götürüldükdən sonra qida mühitinə qoyulur və bakterioloji texnikalara riayət edilməklə əkilir.

Ağız suyunun mikrobioloji tədqiqatı dişlərin kariesi, parodont xəstəlikləri və disbakteriozlar zamanı ağız boşluğunun mikrob tərkibinin dəyişməsini təyin etmək üçün aparılır. Sınaq məqsədilə ağız suyu ya səhər tezdən, ac qarına, ya da yemək qəbulundan 4 saat sonra götürülməlidir. Xəstə həmin gün dişlərini təmizləməməli və qaraqara etməməlidir. Ağız suyu ifrazını artırmaq üçün xəstəyə 3 dqəqiqə ərzində steril mum və ya parafin çeynəməsi məsləhət görülür. Tədqiqat məqdilə 5-6 ml ağız suyu mayesi götürülməli, dondurulmamaq və 4 saatdan çox olmamaq şərtilə soyuducuda saxlanılmalıdır. Göbələk xəstəliklərini, xüsusilə parazitlik edən Candida növünü aşkara çıxarmaq üçün material səhər tezdən, acqarına, dişlərə gigiyenik qulluq edilmədən götürülməlidir. Bu mümkün olmadıqda, yeməkdən 4 saat sonra material götürülə bilər. Bakterioskopik material götürülən zaman aşağıdakı qaydalara əməl etmək lazımdır: yaxma götürülməmişdən əvvəl heç bir dərmanla qarqara etmək olmaz; yaxma götürülməmişdən əvvəl xəstə ağzını isti su ilə yaxalanmalıdır; yara səthi steril tənzif yastıqcıqla silinməlidir; material yaranın dərinliyindən götürülməlidir; alınmış material vaxt itirilmədən laboratoriyaya göndərilməlidir; xüsusi mühitə əkilmə kliniki kabinetdə də aparıla bilər. Bu qaydalara əməl edilmədiyi halda laboratoriyadan aldadıcı cavab gələ bilər.

Materialı qiymətləndirərkən göbələklərin miqdarı mühüm əhəmiyyətə malikdir. Preparatda hətta tumurcuqlanma mərhələsində olan tək-tək maya göbələyinin aşkar edilməsi, xəstəni göbələk daşıyıcısı kimi qiymətləndirməyə əsas verir. Çoxlu miqdarda göbələk elementlərinin və tumurcuqlanmalarının aşkara çıxarılması, mitselilərin və ya yalançı mitselilərin olması, göbələyin parazit xarakterli olmasını göstərir. Kandidamikozun müalicəsi prosesinə nəzarət məqsədilə təkrar bakterioskopik tədqiqat aparılması məqsədəuyğundur. Məsələn, mikroskop altında qara fonda solğun spiroxetlərin aşkara çıxarılması sifilisin etibarlı diaqnozunu təsdiqləyir. Bu metod seroloji metoddan əvvəl sifilisin diaqnozunu qoymağa imkan verir. Çünki seroloji reaksiyanın müsbət cavabı birincili sifilomadan və ya bərk şankrdan 2-3 həftə sonra alınır.

Vensanın xoralı-nekrotik gingivostomatiti zamanı 100% hallarda bakterioloji materialda fuzospiroxetlərə rast gəlinir.

Araşdırmamız zamanı ümumi tədqiqata cəlb etdiyimiz 175 həkim-stomatoloqlardan 39 nəfəri, yəni ümumi həkimlərin 22,3%-i mikrobioloji analizlərə ayda 10-20 dəfə olmaqla müraciət etməli olmuşdur ki, bu da tədqiqatımızın material və metodlar bölməsinə uyğun olaraq, "tez-tez" göstəricilərinə uyğundur. Həkimlərdən 47 nəfəri öz praktiki fəaliyyəti zamanı mikrobioloji analizlərə ehtiyac ay ərzində ortalama 5-10 dəfə olmuşdur ki, bu həkimlərin sayı ümumi həkimlərin 26,9% -ni təşkil etmişdir. 88 nəfər stomatoloq yəni, ümumi həkimlərin 50,3%-i isə təcrübi fəaliyyəti zamanı mikrobioloji analizlərə ay ərzində 5 dəfədən az olmaqla ehtiyaclarının olduğu müəyyən edilmişdir, bu onların müvafiq analizlərə ehtiyaclarının "az hallarda" olduğunu göstərir. Stomatoloji praktikada həkim bir sıra mühüm müayinə üsullarından istifadə etməli olur. Bu üsulların yardımı ilə stomatoloji xidmət daha effektiv təşkil edilir. Bundan başqa, ənənəvi stomatoloji profilaktika-müalicə üsulları ilə birlikdə son onillikdə implantologiya sahəsinin də inkişafı köməkçi müayinə üsullarının tətbiq edilməsi hallarında yüksəlişə səbəb olmuşdur. Həkim-stomatoloqların rentgenoloji, histoloji, sitoloji və mikrobioloji tədqiqat üsullarına müraciətlərinin öyrənilməsi məqsədilə tərəfimizdən tədqiqat aparılmışdır. Tədqiqat nəticəsində həkim stomatoloqlar arasında ən çox müraciət edilən əlavə müayinə üsulunun rentgenoloji müayinə, ən az hallarda isə mikrobioloji analizlərə müraciət edildiyi müəyyən edilmişdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Armitage G.C., Svanberg, G.K.,Loe H. Microscopic evaluation of clinical measurements of connective tissue attachment level // Journal of Clinical Periodontology, 2007, N4, p.173-190.
2. Həsənov V.M. Terapevtik Stomatologiya-Təməl Biliklər, dərs vəsaiti. Bakı, 2010, s.162-184.
3. Беляков Ю.А. Стоматологические проявления наследственных болезней и синдромов. М.: Медицина, 2009, 256 с.
4. Magnusson I., Listgarten, M.A. Histological evaluation of probing depth following periodontal treatment // Journal of Clinical Periodontology, 2010, N7, p.26-31.
5. Торсуев Н.А. Распознавание и дифференциальная диагностика лепры. М.: Медицина, 2011.
6. Урбанович Л.И. Воспалительные заболевания красной каймы губ. К.: Здоров'я, 2014.
7. Poison A.M., Caton, J.G., Yeaple,R.N., Zander H.A. Histological determination of probe tip penetration into gingival sulcus of humans using an electronic pressure-sensitive probe // Journal of Clinical Periodontology, 2002, v. 7, p.479-488.
8. Spray, J.R., Garnick, J.J., Doles, L.R., Klawitter J.J. Microscopic demonstration of the position of periodontal probes // Journal of Periodontology, 2008, v. 49, p.148-152.

Резюме

Методы обследования в стоматологической практике

Д.Р.Ахмедбейли

Для оценки частоты обращаемости стоматологов к рентгенологическим, гистологическим, цитологическим и микробиологическим методам были проведены данные исследования. Были использованы карты больных для ретроспективного анализа решения поставленной задачи. Среди стоматологов в течении 2015-2017 года была выявлена частота использования различных диагностических методов. По результатам исследований среди методик исследований врачи чаще обращались к рентгенологическим и сравнительно реже к микробиологическим методам исследований.

Summary

Methods of examination in dental practice

D.R.Ahmedbeyli

To assess the frequency of dentists' access to radiographic, histological, cytological and microbiological methods, the research data were carried out. Patient maps were used to retrospectively analyze the solution of the task. Among dentists during 2015-2017 the frequency of use of various diagnostic methods was revealed. According to the results of the research among the research methods, doctors often turned to radiographic and comparatively less to microbiological methods of research.

Daxil olub:24.11.2017

DƏRİNİN MÜXTƏLİF ZƏDƏLƏNMƏLƏRİ ZAMANI YARANAN NOZOKOMİAL İNFEKSİYALARIN AŞKAR EDİLMƏ TEZLİYİ

H.T.Mansurova
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: nozokomial infeksiyalar, dərinin tamlığının pozulması, molekulyar- bioloji müayinələr
Ключевые слова: нозокомиальные инфекции, нарушении целостности кожи, молекулярно-эпидемиологический исследования
Key words: nosocomial infections, malnutrition of the skin, molecular-epidemiological research

Dəri mikroflorası tərəfindən baş verən nozokomial infeksiyalar (Nİ) hospitalizasiyadan 48 saat sonra baş verən ikincili infeksion xəstəliklərdir. Nİ əsas xəstəliklərin gedişini ağırlaşdırır, çox vaxt xəstənin həyatı üçün təhlükə yaradır, xəstələrin stasionarda qalma muddətini uzadır və əlavə iqtisadi ziyana səbəb olur. Dəri mikroflorası tərəfindən baş verən nozokomial infeksiyaların etioloji strukturunun öyrənilməsinə, onun diaqnostika, müalicə və profilaktika prinsiplərinin müasir klinik təbabətin nailiyyətlərindən istifadə etməklə səmərələşdirilməsi üçün təkliflərin hazırlanmasına respublikamızda ehtiyac vardır. Hazırda müxtəlif infeksion xəstəliklərin öyrənilməsində əldə olunmuş nailiyyətlər klinisistləri qane etsə də, bunu nozokomial infeksiyalar sahəsindəki araşdırmalara aid etmək düzgün olmazdı [1.2,3].

Dəri mikroflorası tərəfindən əmələ gələn Nİ-nin yayılması bir çox hallarda çoxprofilli xəstəxana və poliklinikalardakı şəraitdən asılıdır. Törədicilərin hospital ştamlarının xəstələr, personal və ətraf mühit arasında aktiv sirkulyasiyası daşıyıcıların formalaşmasına səbəb olur. Nozokomial infeksiyaların baş vermə səbəbləri arasında xəstənin əsas xəstəliyi- yanıq, travma və cərrahi əməliyyatın ağırlığı, onun yaşı, bəzən əməliyyat otaqlarında əmələ gəlmiş qeyri-qənaətbəxş şərait, sarğı otaqları, reanimasiya şöbələri, xəstəxana palataları, xidmət şəraiti, qida, xüsusilə də xəstənin xəstəxanada qalma müddəti mühüm əhəmiyyət kəsb edir [4,5].

Nİ probleminin öyrənilməsi, epidemiologiya və profilaktikası XX əsrin 70-ci illərindən etibarən bütün dünyada həyata keçirilir. ABŞ-da xəstəliklərə nəzarət və profilaktika mərkəzlərinin mütəxəssislərinin məlumatına əsasən NI letallığın səbəbləri sırasında (ürək-damar sistemi, bədxassəli şişlər və insultdan sonra) 4-cü yerdədir. Dəri mikroflorası tərəfindən baş verən NI ümumi nozokomial infeksiyalar arasında 4-44% təşkil edir [1,6].

Tədqiqatın material və metodları. Müayinəyə müxtəlif invaziv müdaxilələrə (diaqnostika və müalicə) məruz qalmış yanıq, cərrahi əməliyyat, travma, müxtəlif yaralanmaları olan, zədə nahiyəsi infeksiyalaşmış və septik vəziyyətdə olan 48 saatdan artıq müddətdə stasionarda müalicə alan, ilkin həkim müayinəsindən keçmiş ağır xəstələr daxil edilmişdir.

Müayinə üçün irinli-septik ağırlaşması olan xəstələrdən irinli yara ifrazatı, ekssudat, nekrotik toxuma, qan kimi patoloji materiallardan istifadə olunmuşdur. Nümunələr aseptik şəraitdə götürülüb ATU-nun Mikrobiologiya və İmmunologiya kafedrasının elmi-tədqiqat laboratoriyasında bakterioloji, mikoloji, immunoloji (seroloji) və molekulyar-epidemioloji üsullarla tədqiq edilmişdir.

Bakterioloji üsul: patoloji materiallar kultivasiya edildikdən sonra aerob şəraitdə inkubasiya olunmuş və 24-48 saatdan sonra inkişaf etmiş mikroorqanizmlərin təmiz kulturası alınmışdır. Koloniyalar konvensional üsullarla identifikasiya edilmişdir. Patoloji materialda kritik miqdarda ($>10^5$ KƏV/q) olan ştamların antibiotiklərə həssaslığı disk-diffuziya üsulu ilə öyrənilmişdir. Bu zaman CLSİ standartlarına əməl olunmuşdur.

Molekulyar-epidemioliji üsul: GPFE-geldə puls fild elektroforez üsulunun köməyi ilə mikroorqanizmlərin DNT-si müxtəlif bucaqlardan ötürülən elektrik yüklərinin təsirindən ayrılaraq tipləndirilir. Bu markerlərə əsaslanaraq ştamların identifikasiyası aparılmış, infeksiya mənbəyi aşkar edilmişdir.

Bakı şəhərinin müxtəlif profilli xəstəxanalarında - 5 saylı klinik xəstəxananın yanıq şöbəsində, Mərkəzi Hərbi Klinik Hospitalın müxtəlif şöbələrində (intensiv terapiya və RİTŞ) stasionar şəraitində müalicə olunan xəstələr tədqiq olunmuşdur. Müayinəyə müxtəlif invaziv müdaxilələrə (diaqnostika və müalicə məqsədilə) məruz qalmış yanıq, cərrahiyyə əməliyyatı aparılan, müxtəlif travma və yaralanmalarla 48 saatdan artıq müddətdə xəstəxanada müalicə olunan zədə nahiyəsi infeksiyalaşmış və septik vəziyyətdə olan ilkin həkim müayinəsindən keçmiş ağır xəstələr daxil edilmişdir. 348 nəfər xəstə müayinə edilmişdir. Bunlardan 276-ı septik infeksiyalar, 34-ü yanıq, 17-i travmatik zədələnmə, 14-ü cərrahi əməliyyatdan sonra infeksiyalaşma, 7-i müxtəlif yaralanması olan xəstələr olmuşdur. 348 xəstədən 28-ində nozokomial infeksiya aşkar

edilmişdir. 28 nəfər xəstədən 84 nozokomial ştam alınmışdır. Cədvəl 1-də müxtəlif səbəblərdən dəri tamlığı pozulmuş və septk infeksiyalı xəstələrdən götürülmüş materiallarda nozokomial ştamların aşkar edilmə tezliyi göstərilmişdir.

Cədvəl 1

Müxtəlif qrup xəstələr arasında nozokomial infeksiyaların aşkar edilmə tezliyi

Dəri tamlığının zədələnmə səbəbi	Xəstələrin sayı	Nozokomial infeksiyaların sayı (%)
Yanıq	34	4 (13%)
Travma	17	1 (4%)
Cərrahi əməliyyat	14	1 (4%)
Müxtəlif yaralanma	7	1 (4%)
Septik infeksiyalar	276	21 (75%)
Cəmi	348	28 (100%)

Müayinə olunmuş xəstələr arasında nozokomial infeksion ağırlaşma, sepsis diaqnozu qoyulmuş xəstələr üstünlük təşkil etmişdir. 276 nəfər septik infeksiyalı xəstələrin 21-ində nozokomial infeksiya baş vermişdir. İkinci yüksək göstərici yanıq travmalarından sonra qeyd edilir. Tədqiqat aparılan dövrdə müayinə olunmuş 34 xəstədən 4 nozokomial infeksiya aşkar olunmuşdur. 17 travmatik zədələnmədən sonra cəmi 1, cərrahi əməliyyatdan sonra infeksiyalaşma baş vermiş 14 xəstədən 1-də nozokomial infeksiya baş vermişdir. Cədvəl 2-də müxtəlif patoloji vəziyyətlərdən sonra əmələ gəlmiş nozokomial infeksiya törədiciləri verilmişdir.

Cədvəl 2

Nozokomial infeksiya törədiciləri

Müxtəlif patoloji vəziyyətlər		İzolə olunmuş nozokomial ştamlar					
	Cəmi	MRSA	P.aeruginosa	Acinetobacter	Klebsiella	E.coli	Enterococcus
Yanıq	13(14%)	2(2%)	5(6%)	3(4%)	2(2%)	1(1%)	-
Travma	2(3%)	1(1%)	1(1%)	-	-	-	-
Cərrahi əməliyyat	3(4%)	1(1%)	1(1%)	-	-	-	1(1%)
Müxtəlif yaralanma	3(4%)	1(1%)	-	1(1%)	1(1%)	-	-
Septik infeksiyalar	63(75%)	24(30 %)	15(17%)	9(10%)	9(10%)	3(4%)	3(4%)
Cəmi	84(100%)	29(35 %)	22(26%)	13(15%)	12(14%)	4(5%)	4(5%)

Cədvəl 3

İzolə edilmiş mikroorqanizm ştamlarının aşkar olunma tezliyi

İzolə edilmiş mikroorqanizm ştamları	Müxtəlif patologiyalar					
	Travma	Yanıq	Cərrahi əməliyyat	Yaralanma	Septik infeksiyalar	Cəmi
P.aeruginosa	5(22%)	30(44%)	5(18%)	8(35%)	5(3%)	53(17%)
Acinetobacter	1(4%)	17(25%)	1(4%)	2(9%)	4(2%)	25(8%)
S.aureus	6(26%)	2(3%)	8(29%)	4(17%)	48(28%)	68(22%)
E.coli	--	5(7%)	--	2(9%)	57(33%)	64(20%)
K.pneumoniae	2(8%)	10(15%)	10(36%)	6(26%)	22(13%)	50(16%)
Enterococcus	--	--	--	--	19(11%)	19(6%)
KNS	9(39%)	1(2%)	4(14%)	--	9(5%)	23(7%)
Proteus	--	3(4%)	--	1(4%)	--	4(1%)
Enterobacter	--	--	--	--	8(5%)	8(3%)
Cəmi	23(7%)	68(22%)	28(9%)	23(7%)	172(55%)	314(100%)

Müxtəlif profilli stasionarlarda müxtəlif qrup xəstələr arasında aparılmış tədqiqatlar nəticəsində aşkar edilmiş nozokomial törədicilər arasında 51(61%) Qram mənfi, bakteriyalardan 22 ştam(25%) P.aeruginosa, 13 ştam(15%) Acinetobacter, 12 ştam(14%) K.pneumoniae, 4 ştam (5%) E.coli təşkil etmişdir. Qram müsbət

bakteriyalar 33 ştam(39%) təşkil edərək, 29 ştam (35%) S.aureus, 4 ştam (5%) Enterococcus-dan ibarət olmuşdur. Mikst infeksiya törədiciləri olaraq 36 ştam(43%), monoinfeksiya törədiciləri 48 ştam (57%) aşkar edilmişdir.

Aparılan tədqiqatlar nəticəsində cəmi 314 mikroorqanizm ştamı əldə edilmişdir. Bu ştamlardan 172-si (55%) septik infeksiyalı xəstələrdən, 68-i (22%) yanıq, 28-i (9%) cərrahiyyə əməliyyatı, 23-ü (7%) travma, 23-ü (7%) yaralanmalardan izolə olunmuşdur.

Müxtəlif patoloji vəziyyətlərdə dəri mikroflorasının antibiotiklərə rezistentlik göstərən bakteriyalarının aşkar edilmə tezliyi cədvəl 3-də öz əksini tapmışdır.

Göründüyü kimi, törədicilərin aşkar edilmə tezliyi patoloji prosesin lokalizasiyasndan asılı olaraq dəyişir. Ümumi mikroorqanizm ştamları içərisində P.aeruginosa-ın rast gəlmə tezliyi yanıq travmalarından sonra infeksiyalaşmış zədə nahiyəsindən əldə edilmiş törədicilər arasında ən çox - 30(44%) müşahidə olunmuşdur; yaralanma - 8(35%), septik infeksiyalar - 5(3%), travma 5(22%) və cərrahi əməliyyatdan - 5(18%) sonra yaranmış infeksiyaların törədiciləri arasında rast gəlmə tezliyi nisbətən az olmuşdur.

Acinetobacter fermentasiya qabiliyyəti olmayan mikroorqanizmlərdəndir. Onun aşkar olunma tezliyi ən çox yanıq travmalarından sonra yaranan infeksiyalarda 17(25%) qeyd edilmişdir. Travma və cərrahi əməliyyatdan sonra Acinetobacterin rast gəlmə tezliyi az 1(4%) olmuşdur.

Septik infeksiyaların törədiciləri arasında Qram mənfi bakteriyalar 96(56%), Qram müsbət bakteriyalara 76(44%) nisbətən üstünlük təşkil etmişdir. Septik infeksiyalarda ən çox aşkar edilən bakteriya Enterobacteriasea fəsiləsinin nümayəndəsi E.coli olmuşdur, rast gəlmə tezliyi 57(33%), 2-ci yerdə S.aureus rast gəlmə tezliyi 48(28%) olmuşdur.

Tavmalardan sonrakı nozokomial infeksiyaların törədiciləri arasında koaqulaza neqativ stafilokokklar (KNS) 9(39%) təşkil edərək bütün bakteriyalardan çox aşkar edilmişdir.

Aparılmış tədqiqatlarda cərrahiyyə əməliyyatlarından sonra yaranan nozokomial infeksiyalarda ən çox aşkar edilən etioloji agent K.pneumoniae 10(36%)olmuşdur.

Bakteriyalarda antibiotiklərə qarşı formalaşan rezistentliyin öyrənilmə səbəbi nozokomial infeksiyların daha çox bu ştamlar tərəfindən yaranmasıdır. Çoxsaylı antibiotiklərə qarşı təbii rezistentliyə malik olan, yaxud həmin xüsusiyyəti müalicə prosesində formalaşdırmış nozokomial infeksiya törədicilərində rezistentlik mikroorqanizmlər tərəfindən antibiotikləri inaktivləşdirən müxtəlif fermentlər sintez etmək qabiliyyəti(məs, xromosomla idarə olunan GSBL –ın hiperproduksiyası), hüceyrə divarında antibiotik üçün keçiriciliyin zəifləməsi və preparatın hüceyrədən aktiv xaric edilməsi ilə əlaqədardır [6].

GSBL və C sinfindən olan xromosom ß laktamaza hazırlayan ştamlar tərəfindən yaranan Nİ-da letallıq yüksək olur. Enterobacteriacea fəsiləsi nümayəndələri arasında E.coli, K.pneumoniae, Proteus spp., Enteroobacter spp.-da xromosomla idarə olunan GSBL ilə əlaqəli, S.aureus-da isə metisillinə qarşı rezistentlik ß-laktam antibiotikləri ilə birləşmək qabiliyyətini itirmiş, (antibiotikin təsir etdiyi hədəfin modifikasiyası) penisillin birləşdirici zülalla əlaqədardır (PBZ2a). Bizim tədqiqatlarda izolə edilmiş ştamlarda rezistentlik səviyyəsini qiymətləndirmək üçün GSBL əmələ gətirmə qabiliyyəti götürülmüşdür

Xəstələrdən izolə edilmiş bakteriyalar sırasında GSBL əmələ gətirmək qabiliyyəti P.aeruginosanın 31ştamında (59%) ($p<0,01$) olmuşdur. Göy-yaşıl irin çöpləri eyni zamanda bir çox antimikrob preparatlara, o cümlədən karbapenemlərə rezistentlik göstərmişdir. İzolə edilmiş ştamların 8%-ində imipenemə rezistentlik aşkar edilmişdir. ß-laktam antibiotiklərinin P.aeruginosa-ya qarşı aktiivlikləri zəif olmuşdur. Yalnız sefalosporinlərdən sefepimə qarşı ştamların rezistentlik səviyyəsi 21%, seftazidimə qarşı isə 56% olmuşdur. P.aeruginosa ştamları aminoqlikozidlərə qarşı 24% rezistentlik göstərmişlər. Amikasində ona qarşı aktivlik saxlanılır (ştamların 76% də həssaslıq aşkar edilmişdir). Göy-yaşıl irin çöplərinin əksər ştamlarında ftorxinolonlara qarşı yüksək rezistentlik qeydə alınmışdır. 75% izolyatlar siprofloksasinə davamlı olmuşdur. İn vitro polimiksinin analoqu kolistinə rezistentlik göstəricisi aşağı olmuşdur. P.aeruginosa-nın antibiotiklərə rezistentlik dinamikasını izlədikdə III - IV nəsl sefalosporinlərə qarşı həddən artıq yüksək tezlikli rezistentliyin qazanılması müşahidə edildi. Eyni zamanda bu vəziyyət flüorxinolonlar və aminoqlikozidlərdə də təyin edildi. Bunun çox güman ki, səbəbi P.aeruginosa-ın hüceyrə divarının keçiriciliyinin bir çox antibiotiklər üçün genetik zəif olması və onun antibiotikləri inaktivləşdirici fermentlər(o cümlədən GSBL) sintez etməsi ilə bağlıdır.

Antibiotiklərə rezistentlik göstəricisi K.pneumoniae-da ß-laktam, göy-yaşıl irin çöpləri əleyhinə preparatlar, I - III nəsl (seftazidimə qarşı rezistentlik səviyyəsi 27% təşkil edərək ən yüksək olmuşdur.) sefalosporinlərə qarşı daha yüksək səviyyədə aşkar edilmişdir. Əldə edilmiş ştamların 23%-i sefepimə rezistentlik göstərmışdir. Ən çox aminoqlikozid (amikasin) və karbapenemlərə (imipenem) həssaslıq qeyd edilmişdir. Davamlılığın səbəbi yəqin ki, K.pneumoniae tərəfindən GSBL sintez etmək qabiliyyəti və

nozokomial infeksiyaların empirik müalicəsində III nəsl sefalosporinlərdən geniş istifadə olunması ilə əlaqəlidir.

Nozokomial infeksiyaların aşkar olunma tezliyi yüksək olan bakteriyalardan Enterobacteriacea fəsiləsinin nümayəndəsi E.coli karbapenemlər, aminoqlikozidlər, II, III, IV nəsl sefalosporinlər və siprofloksasinə qarşı zəif rezistentlik göstərmişdir. Alınmış ştamların hamısı imipenemə həssaslıq göstərmişdir. Qorunmayan penisillinlərdən III nəsl sefalosporinlərə(seftazidim) ştamlarda 13% rezistentlik müəyyən edilmişdir. E.coli ştamlarında ən yüksək rezistentlik sefepimə (21%) qarşı aşkar edilmişdir.

GSBL əmələ gətirən ştamlar sırasında E.coli 59 (92%), K.pneumoniae 42(84%), Acinetobacter spp. 14(56%) aşkar edilmişdir. GSBL sintez edərək antibiotikləri hidroliz etmək qabiliyyəti ən yüksək səviyyədə Enterobacteriacea fəsiləsinə daxil olan E.coli-də və K.pneumoniae-də mövcuddur. Ona görə də bu bakteriyalar polirezistent sayılırlar. Qeyd etmək istərdik ki, GSBL plazmiddə yerləşir və əksər ß-laktam antibiotiklərini hidroliz edir. Bu antibiotiklər penisillinlər, I, II, III nəsl sefalosporinləri (hissəvi IV nəsl) inaktivləşdirir. Göstərilən səbəblərə görə adlları çəkilən antibiotiklərin nozokomial infeksiyaların empirik müalicəsində istifadəsi məsləhət olunmur [3,7,8].

Qram müsbət nozokomial ştamların antibiotiklərə rezistentliyinin öyrənilməsi zamanı qan dövranı infeksiyalarından izolə olunmuş koaqulaza pozitiv Staphylococcus aureus ştamlarında metisillinə rezistentlik (MRSA) göstəricisi 41ştamda (60%) ($p<0,01$) olduğu aşkar edilmişdir. MRSA ştamlarının vankomisinə həssaslığı yüksək səviyyədə -100% olmuşdur. Qeyd etmək lazımdır ki, metisillinə rezistentlik digər qrup antibakterial preparatlarla (aminoqlikozidlər, ftorxinolonlar, tetrasiklin) assosiaysiyalı olmuşdur.

Qram müsbət mikroorqanizmlərin nümayəndələrindən Enterococcus spp.-in ən yüksək davamlılıq göstərdiyi antibiotik III nəsl sefalosporinlərin nümayəndəsi sefdazidim (100%) olmuşdur. Linezolid və vankomisinə qarşı isə əksinə 100% həssaslıq müşahidə edilmişdir. Bununla belə metisillinə rezistent ştamlar 70 % təşkil etmişdir. KNS ştamlarının rezistentlik göstəricisi seftazidimə qarşı 100%, amikasinə qarşı (80%) təşkil edərək ən yüksək, linezolid və vankomisinə qarşı ən zəif olmuşdur.

Dərinin rezistent mikroflorası tərəfindən yaranan nozokomial infeksiyaların törədicisi aşkar olunduqdan sonra mikroorqanizmin həssaslıq göstərdiyi antibiotiklərdən asılı olaraq empirik antibakterial müalicə rejimi daha məhdud təsir spektrli preparatlarla əvəz olunması məsləhətdir.

Aparılmış ilkin tədqiqatlarda Nİ törədicisi olaraq əsasən Qram mənfi bakteriyalar aşkar olunmuşdur. Bakterioloji müayinə nəticəsində xəstələrdən başlıca olaraq Pseudomonas, Acinetobacter, Proteus, Escherichia cinsindən olan mikroorqanizmlər aşkar olunmuşdur. Nozokomial monoinfeksiya törədicisi kimi başlıca olaraq xəstələrdən Pseudomonas (57%) və Acinetobacter (43%) bakteriyalar izolə olunmuşdur. Polimikrob etiologiyalı infeksiyaların törədiciləri isə bu bakteriyaların bir-biri ilə (31%), Proteus (13%) cinsli bakteriyalarla, həmçinin Klebsiella və E.coli-nin birlikdə (13%) assosasiyasından ibarət olmuşdur.

Ümumiyyətlə, xəstələrin 20 nəfərində Pseudomonas, 13 nəfərində Acinetobacter, 3 nəfərində E.coli, 6 nəfərində Klebsiella, 2 nəfərində Proteus cinsli bakteriyalar aşkar olunmuşdur. Göründüyü kimi, istər monoinfeksiyalarda, istərsə də mikst infeksiyaların törədiciləri sırasında dominantlığı Pseudomonas və Acinetobacter cinsli bakteriyalar təşkil edir. Mikrofloranın kəmiyyət xarakteriktikası da (1ml yara möhtəviyyatında olan mikroorqanizmlərin sayı) Pseudomonas (15,1±0,5 KƏV/ml) və Acinetobacter (13,6±0,5 KƏV/vl) cinsli qeyri-fermentativ bakteriyaların yanıq yaralarında daha sürətlə disseminasiya olduğunu göstərir. İdentifikasiya zamanı müəyyən olunan kultural və biokimyəvi xassələrinə görə xəstələrdən alınan ştamlar az fərqənmişlər.

Bununla belə, tədqiqatların nəticələri göstərir ki, yanıq xəstəliyinin patogenezində bakterial faktor əsas yer tutur. Həmçinin aparılmış tədqiqatların nəticələrinin ədəbiyyatda olan bir çox tədqiqatçıların nəticələrinə uyğunluğu müəyyən edilir [2,9]. Çoxsaylı preparatlara davamlı qeyri-fermentativ P.aeruginosa və Acinetobacter spp. xəstəxanadaxili infeksiyaların törədiciləri olaraq ciddi problemlərə səbəb olan, sıx rast gəlinən bakteriyalardır [5].

Mikroorqanizmlərin antibiotiklərə davamlılığı adətən fərqli mexanizmlərlə formalaşır [19]. A.Endimiani və digərlərinin apardıqları tədqiqatlar göstərir ki, PER-1 və ya digər GSBL(Genişlənmiş spektrli ß-laktamaza) əmələ gətirən ştamlarla törədilən infeksiyalarda müalicəvi nailiyyətlərin effektivliyi aşağıdır [2]. Aparılmış tədqiqatlardan yanıq şöbəsində də P.aeruginosa və Acinetobacter ştamları arasında GSBL əmələ gətirənlərin mövcudluğu bu barədə düşünməyə vadar edir. Belə ki, müalicə müddətində ikincili davamlılığın inkişaf etməsi də mümkündür [10,11].

Fermentativ enterobakteriyalar (E.coli, K.pneumoniae, Enterobacter spp.) arasında da son zamanlar çoxsaylı dərmanlara davamlı ştamların sayı getdikcə artmaqdadır [12]. Göründüyü kimi, yanıq şöbələrində nozokomial ştamların geniş yayılması səhiyyə idarələri qarşısında duran ən mühüm problemlərdəndir.

Nozokomial infeksiyaların doğurduğu problem təkcə müalicəni çətinləşdirməsi, yüksək letallıqla müşaiyət olunması ilə yekunlaşmır [3].

Aparılmış bakterioloji müayinələr nəticəsində xəstələrdən fermentasiya qabiliyyəti olmayan Pseudomonas və Acinetobacter, Enterobacteriaceae fəsiləsinə daxil olan Klebsiella, Escherichia, Proteus cinsli Qram mənfi bakteriyalar aşkar edilmişdir.

Etioloji agentlər mono- və poliinfeksiya xarakterli infeksiyon fəsadlaşma nahiyəsində aşkar olunmuşlar. Xəstələrin (cədvəl 1) 48%-də (n=20) mono-, 52%-də isə mikst infeksiya müəyyənləşdirilmişdir. Monoinfeksiya törədicilərini Pseudomonas (60%) və Klebsiella (40%) cinsinə daxil olan bakteriyalar təşkil etmişlər. Mikst infeksiyalarda bu bakteriyaların bir-biri ilə (45%), Acinetobacter (18%) cinsli bakteryialarla, o cümlədən E.coli və Proteus (9%) qarışığından ibarət olaraq müəyyənləşdirildi.

Xəstələrin 28 nəfərində Pseudomonas, 22-də Klebsiella, 8-də Acinetobacter, 4-də E.coli, 2-də Proteus cinsli bakteriyalar aşkar olunmuşdur. Alınmış nəticələrdən məlum olmuşdur ki, həm monoinfeksiya, həm də qarışıq infeksiya törədiciləri arasında domnantlıq Pseudomonas, Klebsiella və Acinetobacter cinsli Qram mənfi bakteriyalara məxsusdur. Mikrofloranın kəmiyyət və keyfiyyət xarakteristikası aparıldıqdan sonra Pseudomonas və Klebsiella cinsli bakteriyaların yanıq, travma və cərrahi əməliyyatlardan sonrakı infeksion fəsadlaşmada daha sürətlə kolonizasiya etmələri müəyyənləşdirildi. Xəstələrdən alınmış nozokomial mikroorqanizm ştamları identifikasiya zamanı kultural və biokimyəvi xassələrinə görə eyni olmuşdur.

ƏDƏBİYYAT

1. Фокин А.А., Галкин Д.В., Мищенко В.М. и др. Уроки епидемиологических исследований нозокомиальных инфекции в России // Клиничеслая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2008, №10, с.4-14

2. Kalafat Hasan. Cerrahlar hastane infeksiyalarının neresinde? // Ankem Dergisi 2010, №24(Ek2), p.123-129.

3. Bantar C, Sartori B, Vesco E. et al. A hospital intervention program to optimize the quality of antibiotic use: impact on prescribing practice, antibiotic consumption, cost saving, and bacterial resistance. Clinical Infection Diseases 2008, №7, p.180-186

4. Chaing WC Predictive model of antimicrobial-resistant gran-negative bacteremia at the ED.Am J Emerq Med. 2007, №25(6), p.597-607.

5. Garza-Gonzalez E., Llaca-Diaz J.M., Bosques-Padilla F.J. Prevalence of multidrug-resistant bacteria at a tertiary-care teaching hospital in Mexico: special focus on Acinetobacter baumannii // Chemotherapy. 2010, №56(4), p.275-279

6. Osih R.B. McGregor JC. Rich SE . et al. İmpact of empiric antibiotic therapy on outcomes in patients with Pseudomonas aeruginosa bacteremia.Antimicrob Agents Chemother. 2008, №51(3), p.839-44.

7. Эйдельштейн М.В. Выявление бета-лактамаз расширенного спектра у грамотрицательных бактерий с помощью фенотипических методов. Клиническая микробиология антимикробная химиотерапия 2007, №2, с.183-189.

8. Cartolano G.L., Cheron M., Benabid D. et al; Association of Hospital Bacteriologists, Virologists and Hygiene Professionals. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) with reduced susceptibility to glycopeptides (GISA) in 63 French general hospitals // Clin. Microbiol. Infect. 2008. №10. p.448-451.

9. Centers for Diesease Control and prevention National Nosokomial infections Surveillanse (NNIS)System Report. Data summary from Yanuary 1992 through yune 2003 issered Auqust 2003, Am.J.Infect Control. 2009, №31, p.481-498

10. Alvarez-lerma F., Palimar M., Olaechea p. et al. Grupo de Estudio de Vigilacia de Infection Nosocomial en UCI. // Med Intensiva. 2007, №31(1), p.6-17.

11. Clark N.M., Hershberger E., Zervosc M.J., Lynch J.P. III. Antimicrobial resistance among gram-positive organisms in the intensive care unit // Curr. Opin. Crit Care.,2008, №9, p.403-412.

12. Dipersio J.R., Dowzicky M.J. Regional variations in multidrug resistance among Enterobacteriaceae in the USA and comparative activity of tigecycline, a new glycylcycline antimicrobial // Int J Antimicrob Agents 2007, №29(5), p.518-27.

Резюме

Частота выявления нозокомиальных инфекций, вызванных различными поражениями кожи

Х.Т.Мансурова

В статье представлены результаты микробиологического изучения, а также определения чувствительности к антибиотикам микроорганизмов выделенных от больных, получавших лечение в отделениях интенсивной терапии по поводу открытой травмы кожи, ожоги, хирургические вмешательства и последующими инфекционными осложнениями. В результате бактериологического

исследования от больных были выделены не обладающие ферментативной активности Pseudomonas и Acinetobacter, и входящие в семейство Enterobacteraceae Klebsiella, Escherichia и род Proteus, а также коагулаза негативные и позитивные Staphylococcus. Был установлен нозокомиальный характер инфекций, вызванных у больных микроорганизмами с помощью молекулярно-эпидемиологическим методом (PFGE). Во многих стационарах города Баку после диагностических и лечебных шнвазивных манипуляцияций при нарушении целостности кожи отмечается увеличение количества нозокомиальных инфекций.

Summary

The frequency of detection of nosocomial infections caused by various skin lesions

H.T.Mansurova

İn the article is presented the results of microbiological detection, as well as the definition of sensitivity to antibiotic microorganisms detected by inflammatory diseases received by intensive care in the separation of traumatic injuries, diseases, surgical interventions and subsequent infectious infections. In the result of the bacteriological research, Pseudomonas and Acinetobacter were introduced into the enzymatic activity and Enterobacteraceae Klebsiella, Escherichia and Rhod Proteus, and coagulase negatively and positive Staphylococcus. There has been a nosocomial characteristic of infections detected by viral microorganisms with the help of molecular-epidemiological method (PFGE). Scientific innovation can be In nosocomial infections for helping patients, reducing the death, it is necessary to improve infection supervision and their care, to make the diagnostic methods effective and to add the medicine new antimicrobial solutions in the clinical practice.

Daxil olub:23.01.2018

ƏCZAÇILIQ YARDIMININ KEYFİYYƏTİNİN TƏKMİLLƏŞDİRMƏ PERSPEKTİVLƏRİ

L.N. Mansurova, K.İ. Cəlilova, N.S.Zülfüqarova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: əczaçılıq yardımı, tibbi sığorta, formulyar sistemi

Ключевые слова: фармакологический помощь, медицинское старзование, формулярная система

Keywords: pharmacological help, medical insurance, formulary system

Müasir dövrdə mövcud xəstəliklərin sayının artması, yeni xəstəliklərin meydana çıxması insanların həyat tərzində dəyişikliklər (oturaq həyat, zərərli vərdişlər, informasiya texnologiyalarından asılılıq və s.) kimi tibbi və sosial risklər yaradır [10]. Bu problemlər təkcə ayrı-ayrı vətəndaşların deyil, bütün cəmiyyətin problemi olduğundan, onların həlli hər bir ölkənin prioritet məsələləri hesab edilir.

Eyni zamanda tibb elmi inkişaf etdikcə bir çox xəstəliklərin müalicəsinə müasir yanaşmalar tətbiq olunmuş, bir sıra yeni nəsil dərman vasitələri hesabına xəstə insanların əmək qabiliyyəti bərpa edilmiş, həyat keyfiyyəti artmışdır. Yəni düzgün seçilmiş və təyin olunmuş dərman vasitələrinin istifadəsi cəmiyyətin sağlamlığına birbaşa təsir göstərən amillərdən olub, "sağlam millət" konsepsiyasının təməllərindən biridir. Bu konsepsiyanın həyata keçməsi üçün məhdud resurslardan səmərəli və optimal istifadə edilməsi, onların düzgün və ədalətli bölüşdürülməsi səhiyyə sistemi qarşısında duran əsas vəzifələrdən biridir [3,4,13].

Statistik məlumatlara əsasən müxtəlif ölkələrdə büdcədən səhiyyə sisteminə ayrılan məbləğ hər bir ölkə üçün fərqlidir (cədvəl 1).

Əhaliyə yüksək keyfiyyətli tibbi yardımın həyata keçirilməsinin əsas şərtlərdinən biri də vaxtında, əlverişli, ixtisaslaşdırılmış əczaçılıq yardımının göstərilməsidir [12]. Əczaçılıq xidməti tibbi yardımın və ümumiyyətlə səhiyyə sisteminin ayrılmaz hissəsi olduğu üçün səhiyyənin digər seqmentləri ilə sıx əlaqədə olmalı və harmonik fəaliyyət göstərməlidir.

Səhiyyənin təşkili sahəsində aparılmış statistik tədqiqatlar nəticəsində məlum olmuşdur ki, tibbi və əczaçılıq xidmətinin iştirakçılarının payı aşağıdakı kimi seqmentləşdirilmişdir: xəstəxanalar – 71%, əczaçılıq müəssisələri (topdan və pərakəndə satış) – 13%, tibbi avadanlıq – 9%, diaqnostika – 4%, tibbi sığorta – 3% (şək.1). Bu bölgü özündə maliyyə resursları ilə yanaşı, hər bir seqmentə cəlb edilmiş maddi (fiziki), qeyri-

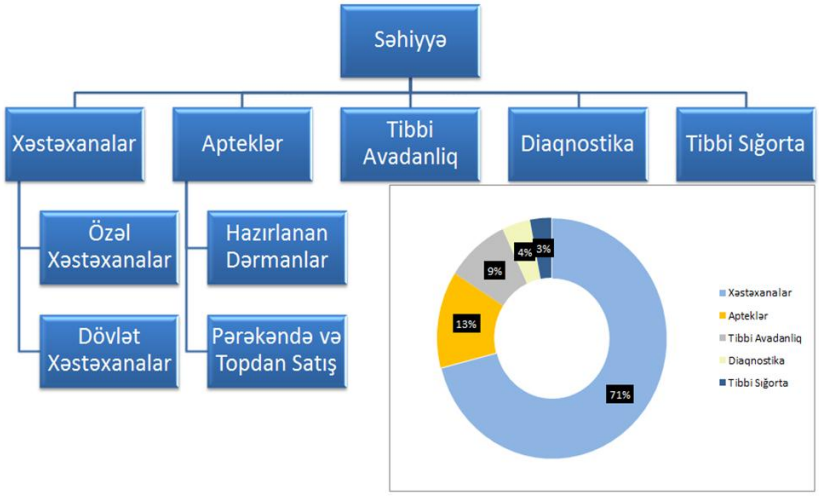
maddi, informasiya, insan və digər resursları nəzərdə tutur. Buraya həm dövlət, həm özəl sektorlarda fəaliyyət göstərən müəssisələr daxildir.

ÜST-ün təklif etdiyi terminologiyaya görə dərmanların səmərəli istifadəsi kliniki göstərişlərə əsasən lazımi dozada, xəstənin fərdi ehtiyacına görə, müvafiq dövr ərzində, xəstə və cəmiyyət üçün minimal xərclə dərman vasitələrinin isifadə edilməsidir [16]. Lakin, məlumatlara görə, dünyada 50%-dən çox dərman vasitələri lazımi şərtə əməl olunmadan təyin olunur və satılır, 50%-dən çox əhali isə dərman vasitələrinin düzgün istifadə qaydalarına riayət etmir [10].

Cədvəl 1

Müxtəlif ölkələrdə il ərzində səhiyyə sisteminə büdcədən ayrılan maliyyə (%)

ABŞ	16% - 18%
Almaniya	12% - 14%
Fransa	12%
Moldaviya	5,4%
Belarusiya	4,2%
Rusiya	3,5% - 3,7%
Ukrayna	2,9% - 3,2%
Azərbaycan	0,8% - 1%



Şək. 1. Səhiyyə sisteminin seqmentləri

ÜST-ün expertləri tərəfindən aparılmış tədqiqatların nəticəsində məlum olmuşdur ki, dərman vasitələrinin səmərəsiz istifadəsi bir çox ölkələrdə tibbi və əczaçılıq yardımının göstərilməsində problemlər yaradır [4,8,17,19]. Bu problemlərə səbəb olan amillər öz kliniki, sosial-iqtisadi və etik xarakterinə görə aşağıda verilən cədvəldə öz əksini tapmışdır (cədvəl 2.).

Tibbi və əczaçılıq yardımının təşkilində yaranan bir çox problemlər formulyar sisteminin tətbiq olunması hesabına öz həllini tapır. Formulyar sistem kompleks şəkildə ölkə, region, müalicə-profilaktika müəssisəsi (MPM) səviyyəsində dərman vasitələrindən səmərəli istifadəyə nəzarət edir və əhalini yüksək keyfiyyətli, müasir tibbi və əczaçılıq yardımı ilə təmin edir [6,14]. Formulyarların tərtibatı prosesi dərman vasitələrinin mütəmadi qiymətləndirilməsi, seçilməsi və monitorinqindən ibarətdir.

Formulyar sistemin əsas şərti dərman vasitələrinin xərclərinin azaldılması deyil, standart xərclər daxilində dərman preparatlarından rasional istifadə və farmakoterapevtik effektivliyin, təhlükəsizliyin yüksəldilməsidir.

Formulyar sistem ÜST-ün "Həyati vacib" dərman vasitələri konsepsiyasına əsaslanır və onun əhəmiyyəti bir çox ölkələrin uğurlu təcrübələri ilə təsdiq olunmuşdur. İnkişaf etmiş ölkələrdə (ABŞ, Kanada, Böyük Britaniya, Avstraliya və s.) formulyar sistemin məqsədyönlü istifadəsi qeyri-effektiv və keyfiyyətsiz dərman

vasitələrinin əczaçılıq bazarından çıxarılmasına, inhisarçılığın (monopoliyanın) müəyyən dərəcədə aradan qaldırılmasına və səmərəli müalicə sxemlərinin tətbiqinə səbəb olmuşdur [11,23].

Formulyar sistemin əsas tətbiqi prinsipi - "aşağıdan-yuxarı"prinsipidir: ölkə üzrə dərman formulyarı regional formulyarlar, regional formulyar isə mərkəzi tibbi təşkilatların dərman formulyarı əsasında formalaşır.

Cədvəl 2

Əczaçılıq yardımının göstərilməsində DV-in səmərəsiz istifadəsi nəticəsində yaranan problemlər

Aspektlər / Problemlər	Kliniki	Sosial-iqtisadi	Etik
Polipraqmaziya (bir xəstənin müalicəsində eyni vaxtda əsassız çoxlu sayda DV istifadə)	DV arzuolunmaz mənfi reaksiyaları (toksiki, allergik və s.), dərmanların qarşılıqlı əks təsiri xəstəliyin ağırlaşmasına səbəb ola bilər, dərmanlardan asılılığın yaranması	Xəstənin və ailə üzvlərinin büdcəsindən əsassız xərclərin artması, gündəlik rejiminin DV-nin qəbulundan asılı olması, həyat keyfiyyətinin aşağa düşməsi	DV-in səmərəsiz istifadəsi zamanı uğursuz terapiya nəticəsində xəstələrdə rəsmi tibbi müalicəyə, bütün səhiyyə sisteminə inamsızlığın yaranması, pasiyent-lərin həkim köməyin-dən imtina edərək adekvat farmako-terapevtik müalicə almaması səbəbindən özünümüalicəyə üstünlük verirməsi və s. Əczaçılıq şirkətləri tərəfindən aparılan aqressiv reklam kampaniyaları və irəlilədilmə metodlarının tətbiqi.
İnyeksion dərman formalarından (DF) əsassız istifadə edilməsi	Peroral DF-ın mövcud olduğu halda inyeksion dərmanların istifadəsi, sterilliyin təmin olunmasının vacibliyi, qan vasitəsilə yayılan hepatit, HİV kimi infeksion xəstəliklərin yayılma təhlükəsi	Müalicəyə ayrılan maliyyə vəsaitlərinin (dövlət, sığorta şirkəti, ailə səviyyəsində) artması, DV-nin istifadəsində çətinliklərin yaranması	
Antibioklərin əsassız istifadəsi	Mikrob əleyhinə preparatlara qarşı davamlılığın artması, gələcəkdə bir çox DV infeksion xəstəlikləri-nin müalicəsində qey-ri-effektiv olması	Xəstənin sağalma dövrünün uzanması, çox zaman xəstəxanada qal-ması, və bununla əlaqədar xərclərin artması	
DV-in dozalarının və müalicə müddətinin düzgün seçilməməsi	Çox sayda neqativ yan təsirlərin yaranması: farmakodinamik, toksik, allergik və psevdoallergik, ikincili reaksiyalar, ləğv olun-ma sindromu, xəstəliyin kliniki əlamətlərinin gizlənməsi, simptom-ların maskalanması və s.	Xəstəliyin xroniki vəziyyətə çevrilmə ehtimalının yaranması, müalicə alma müddətinin uzanması, resursla-rın effektiv müali-cəyə yox simpto-matik və ya tama-milə yararsız dərman vasitələrinə sərf olunması	

Xəstəxana səviyyəsində dərman vasitələrinin siyahısının hazırlanmasına cavabdeh olan formulyar komissiya təşkil edilir. Belə siyahı xəstəliklərin strukturunun dəqiq təhlili (nozoloji qruplara görə), dərman vasitələrinin istehlak səviyyəsi və hər bir xəstəliyin müalicə dəyəri əsasında tərtib olunur.

Formulyar siyahı sabit siyahı deyil. Komissiya müntəzəm olaraq formulyara daxil olmayan, amma sorğuya görə yüksək tələbata malik olan bütün preparatlara baxmalı, təhlil etməli, siyahılara əlavə etməlidir. Eyni zamanda özünü doğrultmayan, qeyri-effektiv, tibbi və iqtisadi baxımdan əlverişsiz dərmanlar siyahıdan çıxarılmalıdır [7,18].

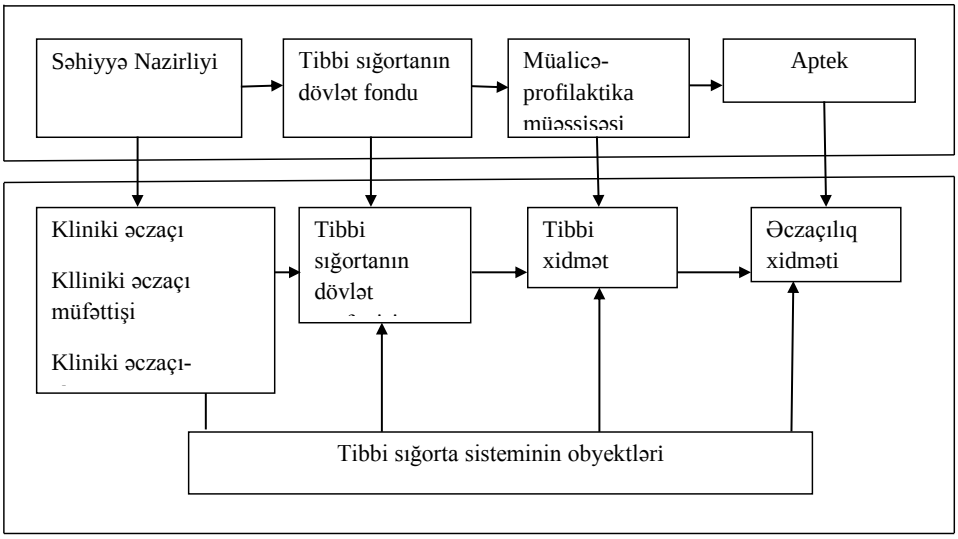
Səhiyyə büdcəsinin mühüm hissəsini dərman vasitələrinin alınması üçün ayrılan xərclər təşkil edir. Formulyar sistemin tətbiqi dərman vasitələrinə olan xərcləri əhəmiyyətli dərəcədə azaldır, onların keyfiyyətinə nəzarəti yüksəldir, və göstərilən əczaçılıq yardımının səviyyəsini artırır [5,20,23].

Tibbi sığorta da keyfiyyətli tibbi və əczaçılıq yardımın göstərilməsində prioritet istiqamətlərdən biridir. Tibbi sığorta sağlamlığın qorunması sahəsində əhalinin sosial müdafiə forması olmaqla, sığorta hadisəsi baş verdikdə xəstəyə tibbi və dərman yardımı almasına təminat verir. Tibbi sığorta icbari və könüllü formada həyata keçirilir.

İcbari tibbi sığorta dövlət sosial sığortasının tərkib hissəsi olduğu üçün, icbari tibbi sığorta proqramına müvafiq həcmdə əhalinin tibbi və əczaçılıq yardımı almasını təmin edir. Könüllü tibbi sığorta icbari tibbi sığorta proqramında müəyyənləşdirildiyindən əlavə müqavilə əsasında əhalinin tibbi və digər xidmətlər almasına zəmanət verir [1,2].

Tibbi sığortanın bir çox ölkələrdə uzun illər ərzində müvəffəqiyyətlə inkişaf etməsinə baxmayaraq, digər ölkələrdə bu sistem hələki geniş tətbiq olunmayıb. Bəzi ölkələrdə isə sığorta sistemi tibbi yardımı əhatə edir, lakin dərman təminatını ödəmir [9].

Tibbi yardımın göstərilməsi prosesində dərman təchizatı müxtəlif formalarda həyata keçirilir. Ən inkişaf etmiş və effektiv yanaşmalardan biri Hollandiyada tətbiq olunan ailə əczaçılıq sistemidir. Bu sistemin uğurlu tətbiqi ölkədə əczaçılıq yardımının istehlakçıya bağlılıq prinsipi üzərində qurulması ilə izah olunur. Ədəbiyyat mənbələrinə əsasən bir aptek orta hesabla 8000 pasiyentə xidmət göstərir, hər pasiyent aptekin informasiya sistemində qeydiyyata alınır. Beləliklə əczaçılıq yardımı istehlakçıya fərdi ünvanlanmış şəkildə realizə olunur. Hər bir əczaçıda sığorta ilə təmin olunan dərman vasitələrinin siyahısı var və bu siyahı əsasında dərman vasitələri əhaliyə buraxılır [21,22].



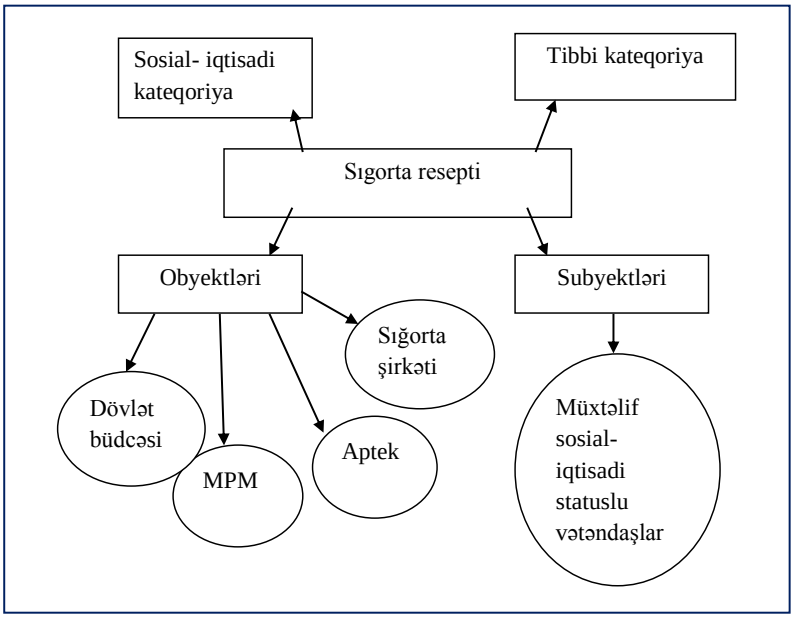
Şək.2. Tibbi sığorta sisteminin obyekt və subyektləri

Bir çox inkişaf etmiş ölkələrdə əczaçılıq yardımı həkimlər tərəfindən müalicəvi, diaqnostik və ya profilaktik məqsəd ilə təyin olunan pulsuz və ya güzəştlə verilən dərman vasitələrindən ibarətdir. Stasionar şəraitdə müalicə alan xəstələrin dərman təminatının xərcləri xəstəxana xidmətlərinin dəyərinə əlavə edilir və eyni mənbədən ödənilir. Ambulator şəraitdə müalicə alan xəstələrin dərman təminatı isə həkim ziyarəti qiymətinə daxil edilmir, adətən əlavə ödənilir [15].

Göründüyü kimi, dərman vasitələrinin istehlakının tənzimlənməsi, yəni lazım olandan artıq dərman vasitəsinin istifadəsi probleminin həlli müxtəlif yollarla həyata keçirilir.

Dərman vasitəsinin istifadəsinin tənzimlənməsinin ən effektiv üsulları – dərman təminatında xəstələrin franşiza ödəməsi (sığorta hadisəsi zamanı sığorta şirkəti tərəfindən ödənilən və ödənilməyən məbləğlərin müəyyən edilməsi) və məhdudlaşdırılmış siyahılarının tətbiqi hesab olunur [19].

Bir çox ölkələrdə sığorta tərəfindən ödənilməyən bahalı dərman vasitələrinin müəyyən siyahıları mövcuddur. Bura həmçinin "özünümüalicə"də istifadə edilən dərman vasitələri (OTC preparatlar), qidaya bioloji-aktiv əlavələr (BAƏ), immunostimulyatorlar, homeopatik preparatlar aiddir. Məhdudlaşdırılmış siyahılar adətən ambulator şəraitdə müalicə alan xəstələrə aiddir [18,23]. Xəstəxanalar kliniki (effektiv, təhlükəsiz, sübutlu təbabətə əsaslanan) və iqtisadi (əlverişli qiymət) meyarlara cavab verən dərman vasitələrini istifadə edə bilər [13,16]. Adətən böyük xəstəxanalar özünə məxsus formulyar tərtib edir və bu siyahılar əsasında dərman təchizatı həyata keçirilir.Tibbi sığortada əczaçılıq yardımının payı böyükdür, onların obyekt və subyektlərinin strukturunun qısa şərhi şəkil 2.- də, tibbi sığortada obyekt və subyektlər arasında qarşılıqlı əlaqələr isə Şəkil 3.-də verilmişdir.



Şək. 3. Tibbi sığortada obyekt və subyektlər arasında qarşılıqlı əlaqələr

Tibbi sıgortanın əsas elementini sığorta resepti təşkil edir. Yüksək dərman təminatı məqsədilə seçilmiş dərman vasitələrinin model siyahısının olması vacib şərtdir. Bu siyahının tərtib olunmasında və bütöv dərman təminatı prosesində bir çox ölkələr formulyar sistemindən bir bələdçi kimi istifadə edir.

Formulyar sisteminin tətbiqi, icbari və könüllü tibbi sığorta proqramlarının həyata keçirilməsi yalnız dərman vasitələrinin düzgün seçilməsi şəraitində mümkündür, bu isə məhdud resurslardan səmərəli istifadəsi ilə yanaşı göstərilən xidmətlərin səviyyəsinin artırılmasına səbəb olur. Belə yanaşma büdcə xərclərinin optimallaşdırılmasına, tibbi və əczaçılıq yardımının yaxşılaşdırılmasına kömək edir və, nəticə olaraq, bütövlüklə insanların həyat keyfiyyətinin yüksəlməsinə, "sağlam millət" konsepsiyasının realizasiyasına gətirib çıxarır.

ƏDƏBİYYAT

1. Əyyubova N.S., Cəlilova N.R. Azərbaycanda sığorta bazarının inkişaf istiqamətlərinin statistik təhlili // Bakı universitetinin xəbərləri, sosial-siyasi elmlər seriyası, 2010, N2, s.99-106
2. Xankişiyev B.A. Sığorta fəaliyyətinin əsasları. Bakı, 2006, s.161-176
3. Багирова В.Л, Иванова О.А., Терентьева Е.М. Определение направлений исследований по экономике фармации на основе наукометрических методов //Ремедиум, 2003, №7-8, с.14-16

4. Зиганшина Л.Е., Титаренко А.Ф., Ниязов Р.Р.Анализ потребления лекарств и рациональности расходования бюджетных средств в рамках программы дополнительного лекарственного обеспечения // Клин.фармакол. и терап., 2011, №2. с.44-48
5. Зырянов С.К. Формулярная система //Лечебное дело, 2004, №4, с.30-35
6. Луговкина Т.К. Система формуляров программ государственных гарантий бесплатной медицинской помощи // Система интеграции в здравоохранении, 2013, № 1(19), с.34-45
7. Шпигель А.С., Галкин Р.А. и др. Как разработать формуляр: Научные основы разработки формулярной системы региона (руководство для врачей). Самара, 2011, 65с.
8. Almarsdottir A.B., Traulsen J.M. Rational use of medicines-an important issue in pharmaceutical policy. Pharmacy World Science, PWS, 2005, N27, p.76–80
9. Carrin G. et al. Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. Tropical medicine and international health, 2005, v.10, p.799-811
10. Chaudhury R.R. et al. Quality medicines for the poor: experience of the Delhi program on rational use of drugs // Health Policy and Planning, 2005, v.20(2), p.124–136
11. Covington T. The health professional's role in formulary management of Medicare: Part D, Benefits, NCPA, 2010, 45p.
12. Desselle Shane P., Zgarric David P., Alston Gregory L. Pharmacy management: Essentials for all practice settings, 3rd edition, 2012, 715p
13. DiMasi J.A., Hansen R.W., Grabowski H.G.: The price of innovation: new estimates of drug development costs // Journal of Health Economics, 2003, v.22, p.151-185
14. Grissinger M. The truth about hospital formularies, part 1: we've come a long way or have we? P T.2008, 33, p.441.
15. Mil J.W., Schulz M. A review of pharmaceutical care in community pharmacy in Europe // Harvard health policy review, Spring 2006, v.7, N1, p.155-168
16. Ofori-Asenso R. A closer look at the World Health Organization's prescribing indicators // Journal of Pharmacology and Pharmacotherapy, 2016, N7, p.51–54
17. Ofori-Assenso R., Agyeman A. İrrational use of medicines - a summary of key concepts // Pharmacy (Basel), 2016, N4, p.35-49
18. Roebuck M.C. Medical cost offsets from prescription drug utilization among Medicare beneficiaries // Journal of Managed care spec pharm, 2014, v.10, p.994-995
19. Rotar A.M., Preda A. et al. Rationalizing the introduction and use of pharmaceutical products: The role of managed entry agreements in Central and Eastern European countries // Health Policy, 2018, v.10 (18), p.112-118
20. Tangcharoensathien V., Patcharanarumol W., Panichkriangkrai W., Sommanustweechai A. Policy choices for progressive realization of universal health coverage: Comment on "Ethical perspective: five unacceptable trade-offs on the path to universal health coverage" // International Journal of Health Policy Management, 2017, v.6(2), p.107-110
21. Teichert m., Skhoenmakers T., Kylstra N. et al. Quality indicators for pharmaceutical care: a comprehensive set with national scores for Dutch community pharmacies // International Journal for clinical pharmacy, 2016, v .38, p. 870-879
22. Weel C., Schers H., Timmermans A. Health care in the Netherlands. Journal of the American Board of Family Medicine, 2012, v.25, p.12-17
23. Wynn B.O., Buttorff C., Meza E. et al. Implementing a drug formulary for California workers' compensation program // Rand health quarterly, 2017, v.9, p. 3-4

Резюме

Перспективы усовершенствования качества фармацевтической помощи

Л.Н. Мансурова, К.И. Джалилова, Н.С.Зульфугарова

Фармацевтическая помощь является важнейшей составной частью системы оказания медицинской помощи. В современных условиях необходимо решить ряд глобальных проблем, касающихся рационального распределения финансовых, человеческих и информационных ресурсов, поисков новых подходов к улучшению качества фармацевтической помощи. Ряд недостатков, связанных с нерациональным использованием лекарственных средств, в ряде стран успешно решается с помощью применения лекарственных формуляров как на региональном и государственном, так и на уровне конкретного лечебного учреждения. Особый интерес представляет организация фармацевтической помощи при реализации программы обязательного и добровольного медицинского страхования, а

именно гармонизация взаимодействия всех участников данной системы. Усовершенствование оказания медицинской и фармацевтической помощи, в том числе внедрение обязательного медицинского страхования, лекарственных формуляров, рациональное использование ресурсов способствует как повышению уровня оказываемых услуг, так и улучшению качества жизни населения, реализации концепции «здоровой нации».

Summary

The perspective of improvement of quality of pharmaceutical care

L.N. Mansurova, K.I. Jalilova, N.S. Zulfugarova

Pharmaceutical care is the important part of system of provision of medical care. In present time, it is vital to solve several global problems related to rational distribution of financial, information, human resources, and determination of new approaches to improvement of quality of pharmaceutical care delivery. Some problems, such as irrational prescribing and usage of medicines, in many countries were solved with the help of Drug Formulary on both national (regional) level, and on the level of medical institution. It is important to study organization of provision of pharmaceutical care during realization of programs of compulsory and voluntary medical insurance, and harmonization of action of all participants of the system. Improvement of quality of pharmaceutical and medical care, implementation of medical insurance programs, Drug Formulary system, and rational usage of resources allow increase the level of quality of care, improve quality of life, and realize conception of "Healthy nation".

Daxil olub: 28.09.2017

HAŞİMOTO XƏSTƏLİYİNİN PATOLOJİ ƏSASLARI

N.Ə.Məmmədova, A.T.Bərdəli

Ege Universiteti, Tibb Fakültəsi Daxili xəstəliklər kafedrası, İzmir

Açar sözlər: qalxanvari vəzi, Haşimoto xəstəliyi, autoimmun xəstəliklər, histoloji müayinələr

Ключевые слова: щитовидная железа, болезнь Хошимото, аутоиммунные болезни, гистологические исследования

Keywords: thyroid gland, Hashimoto's disease, autoimmune diseases, histological studies

Autoimmun tiroid xəstəlikləri (ATX) kliniki və morfoloji xüsusiyyətlərinə görə biri-birilə əlaqəli və autoimmun etiologiyalı geniş xəstəlik qrupunu təşkil edir. Bu qrupa daxil olan xəstələliklər spektrinin bir ucunda hipertiroidizmlə müşayiət olunan Graves xəstəliyi, digər ucunda isə hipotiroidizmlə müşayiət olunan Haşimoto xəstəliyi durur [2].

Autoimmun tiroid xəstəlikləri zamanı antigenə spesifik T-hüceyrə funksiyası pozulur. Tiroid toxuması daxilində limfositlərin mövcudluğu mümkün immunoloji pozğunluğun göstəricisidir [10].

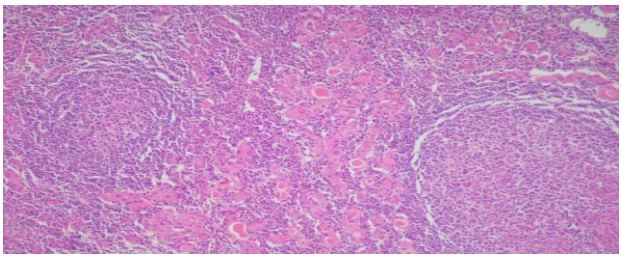
Haşimoto tiroiditində vəzi sərt və simmetrik olaraq böyüyür. Ağırlığı 25-250 qr arasında dəyişilir. Normal tiroid lobulasiyası interlobulyar fibrozla birlikdə nəzərə çarpır. Tiroid toxuması sıx limfositar infiltrasiya ilə əlaqədar olaraq sarı-dəri rəngini alır [14].

Tiroid follikulları kiçik və atrofik olur. Kolloid sıxdır yaxud yox olmuş vəziyyətdə olur. Follikul hücrələrində onkositar (Hürtle) hüceyrələr, şəffaf və ya skvamoz metaplaziya vardır (Şəkil 1). Stromada atrofik follikullar, limfoplazmatik infiltrasiya və germinal mərkəzin əmələ gəldiyi müşahidə olunur.

Follikulun epitelində nüvələrdə nüklear şəffaflaşma, üst-üstə toplaşma müşahidə edilə bilər. Bu reaktiv dəyişikliklər papilyar tiroid karsinoması mərkəzi kimi qəbul edilir. Limfosit infiltrasiyası bərabər səviyyədə T və B fenotiplərindədir. Tiroid daxilində T-limfositlərin çoxu supressor T hüceyrələridir, B hüceyrələri (Ig) G-k alt qrupdadır. Haşimoto tiroiditi olan xəstələrdə maliqnizasiya riski yüksək olub, ən tez-tez hallarda B-hüceyrəli qeyri-Hoçkin limfoma inkişaf edir [5].

Bu təsnifat vəzi daxilində autoimmun xəstəliklə əlaqəsi olmayan infiltrasiyanın da müəyyən edilməsi baxımından əhəmiyyət daşıyır:

1. Xroniki tiroidit, oksifil:: Klassiki Haşimoto tiroiditi histoloji mənzərəsi
2. Xroniki tiroidit, qarışıq forma: oksifil tiroiditdən limfosit infiltrasiyasının az olması ilə fərqlənir, minimal fibroz proses
3. Xroniki tiroidit, hiperplastik: Qlandulyar hiperplaziya, zəif limfositar reaksiya
4. Xroniki tiroidit, fokal: Yalnızca fokal limfositar infiltrasiya [4].



Şək. 1. Haşimoto tiroiditi. Germinal mərkəzli limfoid follikullar və follikulun epitel hüceyrələrində qeydə alınan onkositar dəyişikliklər (Tədqiqatımız zamanı Ege Universitetində əldə edilmiş histoloji preparat, Hemotoksilin-eozin üsulu, 100 dəfə böyüdülmə)

Haşimoto xəstələrinin təxminən 10% -ni xəstəliyin fibroz variant təşkil edir. Morfoloji olaraq, destruksiyaya uğramış tiroid strukturu, follikulyar atrofiya, sıx kolloidəbənzər fibroz və follikul epitelində nəzərəçarpan skvamoz metaplaziya müşahidə olunur. Dəyişikliklər vəzdaxili məhdudlaşır [7]

Makroskopik olaraq tiroid vəzi öz normal halı ilə müqayisədə daha bərk konsistensiyada olur. Ancaq bu, sümük bərkliyində deyildir. Xəstəliyin ilk mərhələlərində vəzin bərkliyi bütün vəzi boyu eyni olmur, müxtəlif vəzi sahələrində bərkimiş və normal sahələr biri-birini əvəz edir, daha sonra zaman keçdikcə yəni, xəstəlik inkişaf etdikcə vəzi ümumilikdə bərkiyir. Bu zaman vəzin payları arasında da fərq ola bilər, yəni paycığın biri digəri ilə müqayisədə nisbətən daha bərk ola bilər. Vəzin üzəri nahamar da ola bilər. Quvatr dərəcəsinormala yaxın böyüklükdən (1/b) daha böyük (2 və ya 3), intratorakal böyüməyə çata bilər. Adətən vəzin böyüməsi diffuz xarakter daşısa da, bəzən düyünlü (nodulyar) böyümə də müşahidə oluna bilər [9].

Histopatoloji olaraq, destruksiyaya uğramış follikullarla birlikdə, yeni regenerasiya olunmuş, kolloid olmayan yetkinləşməmiş follikullar və normal follikullar da müşahidə edilə bilər. Follikullar adətən kolloidlə zəngin olmur. Vəzin hüceyrələrarası sahəsində olduqca bol miqdarda limfositlər müşahidə olunur. Bu limfositlərin çoxu T-limfositlərdir. Nisbətən az miqdarda B-limfosit və plazmositlərə də rast gəlinir. Limfoid çöküntülər meydana gəlir ki, bu xüsusilə venaların ətrafında müşahidə edilir. Hürtle hüceyrələri dəyişik səviyyələrdə artır. Bu hüceyrələr bəzi xəstələrdə daha çox miqdarda arta bilər (əsasən oksifil formada). Adətən fibroz qeydə alınır. Fibroz toxumanın artması müxtəlif səviyyələrdə təzahür oluna bilər. Bu zaman baş verən fibroz dəyişikliklər yüngül fibroz prosesdən tutmuş, ağır fibrozlaşmaya qədər qeydə alına bilər. Xəstəliyin erkən mərhələrində fibroz da az müşahidə edilir [11].

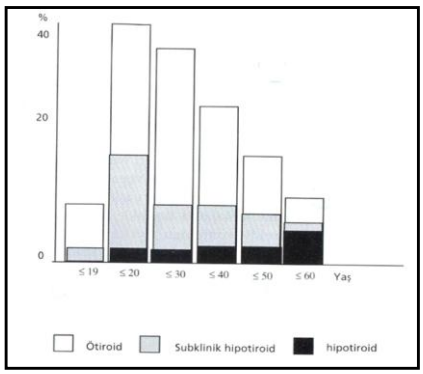
Haşimoto xəstəliyi üçün xarakterik olan dəyişikliklər adətən bütün vəzini əhatə edir. Bəzən xəstəlik məhəlli xüsusiyyət kəsb edir ki, bu vəziyyətdə fokal tiroidit haqqında düşünmək olar. Ancaq buna baxmayaraq, xəstəlik adətən yayılmış formada olur. Bununla bərabər, vəzinin hər yerində xəstəlik eyni səviyyədə təzahür olunmur, vəzin müxtəlif sahələrində daha ağır, bəzi yerlərində isə nisbətən yüngül şəkildə Haşimoto xəstəliyi üçün xarakterik histopatoloji dəyişikliklər müşahidə olunur, qısa sözlə desək, xəstəliyin vəzidə törətdiyi histolomorfoloji dəyişikliklər heterogen xarakteri daşıyır. Digər tərəfdən tiroid hüceyrələrin destruksiyası, hər zaman bərabər sürətlə davam etmir. Müəyyən zaman kəsiyində follikulların destruksiyası intensivləşir, belə xəstələrdə silent tiroid və ya DE Quervaindəki kimi intensiv follikul destruksiyası və vəzin hüceyrələrarası sahəsində daha sıx kolloid müşahidə edilir. Bu hallar klinikada tirotoksikoz kimi də adlandırılır [7].

Xəstələr klinikaya adətən qalxanabənzər vəzilərinin şişməsilə əlaqədar müraciət edirlər. Ancaq icra edilən ümumi biokimyəvi analiz və ya tiroid ultrasəs müayinəsilə tiroid vəzinin patoloji halı aşkar edilir. Biokimyəvi müayinədə subkliniki tirotoksikoz, ultrasəs müayinədə isə tiroid vəzinin böyüklüyü və düyünlərin mövcudluğu müəyyən edilə bilər [13].

Müayinə zamanı ümumi xüsusiyyət, tiroid vəzinin rahatca palpasiya ediləcək şəkildə bərkimiş halda olmasıdır. Bu bərkimə bir qədər elastiki olduğu üçün yayılır, bərkimə ilə əlaqədar olaraq, Haşimoto tiroiditi daha zərəçarpan olur, uzunboylu xəstə şəxslərdə vəzin sərhədləri müayinələrdə rahat şəkildə ayırd edilə bilir. Bəzi xəstələrdə tiroid vəzi çox böyüməmiş, normala ölçülərə yaxın ola bilər. Bu xüsusiyyət yuvenil və ya gənc xəstələrdə daha tez-tez müşahidə edilir. Böyüklük baxımından daha çox xəstələrdə ikinci dərəcəli böyüməyə rast gəlinir ki, bu da 40-60 qr böyüməyə uyğundur. Daha az hallarda vəzi daha böyük ola bilər ki, bu zaman böyümə intratorakal və çənənin kökünə qədər ola bilər. Bu tipdə böyümə həm yalnızca Haşimoto xəstəliyinin patogenezi ilə, həm də tez-tez hallarda yod çatışmazlığı da patogenetik olaraq yardımçı ola bilər. Belə həddindən artıq böyümələrə digər səbəb də tirotoksiki formalarda xəstələrin propiltiourasil (PTU) və ya trimetazidin (TMZ) istifadə etmələridir. PTU və TMZ ilə müalicəsinin Haşimoto toksikozunda istifadəsi yolverilməzdir. Buna baxmayaraq, uzun müddət ətraflı müayinə edilmədən səhv müalicəsi zamanı xəstənin dərmanın təsirilə qiqant tiroid vəzilərinə malik olduğu kliniki hallar da az deyildir [6, 16].

Gənc və orta yaşlarda tirotoksikoza meyllilik daha çox olduğu halda, yuxarı yaşlarda hipotiroidizmə meyllilik daha çox olur. Haşimoto xəstəliyi ilə əlaqədar inkişaf edəm tirotoksikoza Haşitoksitoz deyilir. Haşitoksikoz səbəbi bilinməyən amillə əlaqədar olaraq, vəzin follikullarının destruksiyasının intensivləşməsidir. Çoxsaylı follikulların birdən destruksiyası çoxlu miqdarda hormonun nəzarətsiz olaraq, qana keçməsinə səbəb olur. Çox hallarda subkliniki, daha az hallarda da zəif kliniki şiddətli tirotoksikoz müşahidə edilir. Tirotoksik hallar səssiz tiroiditlə qarışa bilər. Xəstəlik azalan şiddətlə 8-12 həftəyə qədər davam edir, bəzən subkliniki səviyyədə daha uzun müddət davam edə bilər (6 ay-1 il). Xəstəlik adətən nəzərəçarpan şikayətlərə səbəb olmur. Bununla bərabər, bəzi xəstələrdə əsəbilik, ürəkdöyünmə, isti fəsillərdə isə istiyə qarşı dözümsüzlüklə müşayiət oluna bilər [8].

Tiroid xəstələrində xəstənin şikayəti və diqqətli onun boynunda "vəziyə" yönəlmiş olur. Bəzi xəstələrdə şikayətlər depressiv səbəblə əlaqədar ola bilər [12]. Haşimoto tiroiditindən əziyyət çəkən şəxslərdə depressiya hallarının ümumi əhalidə olan uyğun hallarla müqayisədə daha yüksək olduğunu göstərən tədqiqatlar mövcuddur. Haşimoto xəstəliyi zamanı hipotiroidizm hər yaşda müşahidə oluna bilər, ancaq orta və yuxarıyaşlı şəxslərdə bu hala daha tez-tez rast gəlinir (Şəkil 2). Müayinə zamanı da adətən vəzidənkənar hər hansı fiziki dəyişikliklər qeydə alınmır. Ancaq buna baxmayaraq, həddindən artıq böyümüş, xüsusilə intratorakal böyümüş vəzilərə malik xəstələrdə bəzi şikayətlər ola bilər [3].



Şək.2. Haşimoto xəstəliyi zamanı yaşa görə tiroid funksiya pozğunluğunun yaşa görə paylanması (T.Kabalak Tiroid El Kitabı)

60 və daha yuxarı yaş qrupuna daxil olan xəstələrin demək olar ki, 20%-dən çoxu subkliniki və və klinik hipotiroiddir. Yuvenil və gənc yaşlı şəxslərdə də hipotiroidizm müşahidə edilir [1]. Gənc yaşlı qadın xəstələrdə xüsusilə, aybaşının pozulması və qeyri-müntəzəmliyi və hamiləlik zamanı hipotiroidizm xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Hipotiroidizm adətən təsadüfi icra edilən biokimyəvi analiz zamanı TSH-ın (Thyrotrophin-stimulating hormone) yüksək, Ft3 (triyodotironin) və Ft4-ün (tetrayodotironin) isə normal göstəricilər çərçivəsində olması ilə yəni, subkliniki hipotiroidizm şəklində aşkar edilir [15].

ƏDƏBİYYAT

1. Amino N. Hidaka Y. 2006. Chronic (Hashimoto's) thyroiditis. Leslie DeGroot J.Larry Jameson. Endocrinology. 5.ed.s: 2055.

2. Belfiore A. Fine needle aspiration biopsy of the thyroid .Endocrinol and Metab // Clinik of North America, 2001, v. 30 (2), p.361 .
3. Brain L, Jelinek EH, Ball K. Hashimoto disease and encephalopathy // Lancet, 1966, v.2, p.512-4.
4. Chaudhuri A., Behan P.O. The clinical spectrum, diagnosis, pathogenesis and treatment of Hashimoto's encephalopathy (recurrent acute disseminated encephalomyelitis) // Curr Med Chem., 2003, v.10, p.1945-53.
5. Chong J.Y., Rowland L.P., Utiger R.D. Hashimoto encephalopathy: syndrome or myth? // Arch Neurol., 2003, v.60, p.164-71
6. Ferlazzo E., Raffaele M., Mazzu I., ve ark. Recurrent status epilepticus as the main feature of Hashimoto's encephalopathy // Epilepsy & Behavior, 2006, v.8, p.328-30
7. Jacobs A., Root J., Van Garp W. Isolated global amnesia associated with autoimmune thyroid disease // Neurology, 2006, v.66, p.605.
8. Kumar V., Abbas A., Fausto N. Robbinson and Cotran,Pathologic Basis of Disease. 7. baskı. Philedelphia:Elsevier Saunders Company, 2005. (Tiroid el kitabı, Kabalak T.Güven Kitabevi 2009, Bölüm 6, Prof. Dr. Müge Tunçyürek, Yrd.Doç. Dr. Yeşim Ertan S:150-152, Otoimmun Tiroid Patolojisi.
9. Ozata M.Endokrinoloji 2011, s.157
10.Marshall G., Doyle J. Long term treatment of Hashimoto's encephalopathy // J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. 2006, v.18, p.14-20.
11.Meier D. ve ark. Radioiodine uptake and thyroid scintiscannin. Endocrinol and Metab //Clinics of North America, 2001, v.30 (2), p.339.
12.Pop V. ve ark. Are aotuimmune thyroid dysfunction and depression related. // J Clin Endocrinol Metab., 1998, v.83(9), p.3194.
13.Saravanan P. ve ark. Thyroid autoantibodies.Endocrinol and Metab //Clinic of North America, 2001. v.30(2), p.315.
14.Sawka A.M., Fatourechi V., Boeve V.H., ve ark. Rarity of encephalopathy associated with autoimmune thyroiditis: A series from Mayo Clinic from 1950 to 1996 // Thyroid., 2002, v.12, p.393-8.
15.Van der Pol W., Van der winkel J.G. IgG receptorpolymorphisms: risk factors for disease // İmmunogenetics, 1998, v.48 (3), p.222-32.
16.Van Sorge N.M., Van der Pol W.L., Van de Winkel J.G. FcγR polymorphisms: implication for function, disease susceptibity and immunotherapy // Tissue Antigens, 2003, v.61(3), p.189-202.

Резюме

Патологические основы болезни Хашимото

Н.А.Мамедова, А.Т.Бардали

Можно сказать, что более 20% больных, входящих в возрастную группу 60 лет и выше, субклинически и или клинически гипотироидные. Гипотироидизм наблюдается также у лиц ювенильного и молодого возраста. Гипотироидизм имеет особое значение у молодых больных женщин, особенно при нарушении и несистематической менструации или во время беременности. Обычно гипотироидизм выявляется в виде высокого TSH (Thyrotrophin-stimulating hormone), и при нормальных показателях Ft3 (triyodotironin) и Ft4 (tetrayodotironin), то есть в виде субклинического гипотироидизма, при случайно проводимом биохимическом анализе.

Summary

Pathological foundations of Hashimoto disease

N.A. Mamedova, A.T. Bardali

It can be said that more than 20% of patients entering the age group of 60 years and above are subclinical and or clinically hypothyroid. Hypothyroidism is also observed in juvenile and young adults. Hypothyroidism is of particular importance in young sick women, especially when abnormal and non-systematic menstruation or during pregnancy. Typically, hypothyroidism manifests itself as a high TSH (Thyrotrophin-stimulating hormone), and with normal Ft3 (triyodotironin) and Ft4 (tetrayodotironin), that is, in the form of subclinical hypothyroidism, with random biochemical analysis.

Daxil olub:23.01.2018

HEDYSARUM FORMOSUM BİTKİSİNİN BƏZİ FARMAKOQNOSTİK TƏDQİQİ

C.İ. İsayev, N.T. Babayeva, G.S.Cəfərova
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: Hedysarum formosum, flavonoidlər, mikroskopik analiz, spektrofotometrik analiz
Ключевые слова: Hedysarum formosum, флавоноиды, микроскопический анализ, спектрофотометрический анализ
Keywords: Hedysarum formosum, flavonoids, microscoic analysis, spectrophotometric analysis

Son illər yeni və daha effektli bitki mənşəli dərman vasitələrinin tədqiqinə xüsusi əhəmiyyət verilir. Bu baxımdan Azərbaycan florasında olan yabanı bitki növləri böyük əhəmiyyət kəsb edir. Ölkə florasında əhəmiyyət kəsb edən bitki cinslərindən biri də köpükotu – Hedysarum cinsidir. Köpükotu cinsinə aid 9 bitki növü Azərbaycanın müxtəlif ərazilərində: Böyük Qafqaz və Kiçik Qafqaz dağlarında, Naxçıvan dağlıq və Naxçıvan aran ərazilərində daha çox yayılmışdır. Bu bitkilərdən *H. atropatanum, H. ibericum, H. formosum, H. sericeum, H. caucasicum, H. vegetius, H. elegans* və *H. juncea* elmi araşdırmalar baxımından maraq kəsb edən bitki növləridir [1].

Köpükotu cinsinə aid bitkilər çoxdandır ki, ürək-damar sistemi xəstəliklərində, xroniki ağciyər xəstəliklərində, dərinin virus mənşəli xəstəliklərində və s. tətbiq olunur. Cinsə aid bitkilərin göstərdiyi müalicəvi effekt bilavasitə onların tərkibində olan müxtəlif qrup bioloji fəal maddələrlə - ksantonlar, flavonoidlər, aşı maddələri, polisaxaridlər, triterpen saponinlər və s. ilə bağlıdır. Son illər müxtəlif ölkə alimləri ksantonlara, xüsusən, mangiferinə xüsusi önəm verirlər. Müxtəlif köpükotu növlərindən mangiferin alınmışdır ki, bu birləşmə də yüksək bioloji fəallığı ilə seçilir. Köpükotu cinsinə aid müxtəlif bitki növlərindən ayrı-ayrı ölkə alimləri flavonoidlər, kumarinlər, ksantonlar, aşı maddələri, polisaxaridlər və s. biolofi fəal birləşmələr almışlar. Həmçinin bəzi köpükotu növlərinin mikroskopik analizi həyata keçirilmişdir [2-6].

Tədqiqatın məqsədi Azərbaycan florasından olan Hedysarum formosum bitkisinin otunda flavonoidlərin spektrofotometrik üsulla miqdarını təyin etmək, eləcə də bitkinin xammalının fərqli diaqnostik əlamətlərini müəyyən etməkdir.

Tədqiqatin material və metodları. İlkin fitokimyəvi tədqiqatlar nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, tədqiq edilən bitkinin tərkibində ksantonlar, flavonoidlər, kumarinlər vardır. Buna əsasən xammalda flavonoidlərin miqdari təyinatı həyata keçirilmişdir. Bioloji fəal maddələrin miqdari təyinatında spektrofotometrik üsuldan geniş istifadə olunur. Bu üsul alınan nəticələrin daha dürüst olması və prosesin tez başa gəlməsi ilə fərqlənir. Köpükotu xammalının tərkibində olan flavonoidlərin miqdarı təyinatını spektrofotometrik üsulla yerinə yetirdik [7].

Hedysarum formosum bitkisinin xammalının – otunun analitik nümunəsi o qədər xırdalanır ki, məsamələrinin diametri 1 mm olan ələkdən ələnsin. Xırdalanmış və ələnmiş xammaldan 1 qr (dəqiq çəki) həcmi 150 ml olan cilalanmış kolbaya tökülür və üzərinə 30 ml 50 %-li etil spirti əlavə edilir. Kolba əks soyuducuya birləşdirilir, qaynar su hamamı üzərində 30 dəq müddətində qızdırılır. Kolbanın divarlarına yapışmış xammal hissəciklərini islatmaq üçün aradabir çalxalanır. İsti çıxarış pambıqdan həcmi 100 ml olan ölçülü kolbaya elə süzülür ki, xammal hissəcikləri pambığın üzərinə tökülməsin. Süzmək üçün istifadə olunmuş pambıq ekstraksiya gedən kolbaya yerləşdirilir, üzərinə 30 ml 50 %-li etil spirti əlavə edilir. Ekstraksiya yuxarıda göstərilən qaydada daha 2 dəfə təkrarlanır və çıxarışlar ölçülü kolbaya süzülür. Soyuduqdan sonra çıxarışın həcmi 50 %-li etil spirti ilə ölçüyə çatdırılır və qarışdırılır (A məhlulu).

Həcmi 25 ml olan ölçülü kolbaya A məhlulundan 1 ml tökülür, üzərinə 2 ml alüminium-xloridin 95 %-li etil spirtindəki məhlulu əlavə edilir və kolbanın həcmi 95 %-li etil spirti ilə ölçüyə çatdırılır. 40 dəq-dən sonra məhlulun optiki sıxlığı spektrofotometrdə 415 nm dalğa uzunluğunda, qatının qalınlığı 10 mm olan küvetdə ölçülür. Müqayisə məhlulu kimi 25 ml-lik ölçülü kolbaya tökülmüş 1 ml çıxarışdan, 1 damcı duru sirkə turşusundan və həcmi 95 %-li etil spirti ilə ölçüyə çatdırılmış qarışıqdan istifadə olunur.

Paralel olaraq yuxarıda göstərilən qaydada hazırlanmış rutinin standart nümunə məhlulunun optiki sıxlığı da eyni şəraitdə ölçülür.

Mütləq quru xammalda flavonoidlərin rutinə nisbətən faizlə miqdarı aşağıdakı düsturla hesablanır:

$$\times = \frac{D \cdot m_0 \cdot 100 \cdot 100 \cdot 100}{D_0 \cdot m \cdot 100 \cdot (100 - W)} = \frac{0.129 \cdot 0.05 \cdot 100 \cdot 100 \cdot 100}{0.625 \cdot 1 \cdot 100 \cdot (100 - 12.4)}$$

Burada, D – tədqiq olunan məhlulun optiki sıxlığı;
D_0 – rutinin standart nümunə məhlulunun optiki sıxlığı;
m – xammalın çəkisi, qr-la;

m_0 – rutinin standart nümunəsinin çəkisi, qr-la;
W – xammalı qurutduqda çəkidə itki, %-lə (12,1 %).

Qeyd. Rutinin standart nümunə məhlulunun hazırlanması. 0,05 qr (dəqiq çəki) standart rutin nümunəsi qabaqcadan 130-135 ^{0}C temperaturda 3 saat müddətində qurudulur. Həcmi 100 ml olan ölçülü kolbada 85 ml 95 %-li etil spirtində qızdırmaqla həll edilir. Soyudulur, miqdari cəhətdən 100 ml-lik ölçülü kolbaya keçirilir, kolbanın həcmi 95 %-li etil spirti ilə ölçüyə çatdırılır və qarışdırılır.

Qeyd! Flavonoidlərin miqdari təyinatı 6 dəfədən az aparılmamalıdır.

Nəticələr və onların müzakirəsi. Yerinə yetirilmiş tədqiqatlar nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, göyçək köpükotu xammalında 3,24 % flavonoid məcmuyu vardır.

Cədvəl

Göyçək köpükotu xammalında flavonoidlərin miqdari təyini (n=6), (α=0,95).

Bitkinin xammalı	Flavonoidlərin miqdarı, %-lə	Metroloji xarakteristika
Out	3,25 3,23 3,23 3,25 3,26 3,25	X=3,24 % S=0,0134 S_x=0,0055 ε_α=0,014 A=±0,43%

Alınmış nəticələrin statistik işlənməsi həyata keçirilmişdir və cədvəldə verilmişdir.

Bitkinin makroskopik tədqiqatına əsasən müəyyən edilmişdir ki, Hedysarum formosum – göyçək köpükotu çoxillik, bozumtul rəngli ot bitkisidir, gövdələri qalın, düzqalxandır, üzəri sıx tükcüklərlə örtülmüşdür. Hündürlüyü 20-60 sm-dir.

Yuxarı yarpaqların yarpaqaltlıqları sərbəst və bizşəkilli olub, əsasları enlidir. Yarpaqcıqlar 6-10 cüt olub, uzunsov-ellipsşəkillidir, eni 10-20 mm, üstdən çılpaq, yaşıl rəngli, altdan isə boz rəngli olub, qısa sıx tükcüklərlə örtülmüşdür. Çiçək oxları əsasən yarpaqdan qısadır. Salxım içərisində çiçəklər sıx yerləşmişdir. Çiçəkyanlıqları qəhvəyi, nazik lansetşəkillidir və uzunluğu çiçək saplağının uzunluğuna bərabərdir. Kasacığın uzunluğu 8 mm-ə qədərdir. Dişicikləri bizvari olub, əsasları neştərşəkillidir. Tac 15 mm uzunluğunda, açıq sarımtıl rənglidir. Yelkəni nazikdir, qayıqcıqdan uzundur. Qayıqcıq düzbucaq şəklində əyilmiş formadadır. Qanadcıqlar qayıqdan qat-qat qısadır. Meyvələri paxladır. Paxlalar 2-5 ədəd olmaqla oval və ya ellipsvari formadadır, qısa narın tükcüklərlə örtülmüşdür ki, bunlar da çox kiçik üzvlərdən ibarətdir. Üzərində qabarşəkilli uzun tüklər vardır (şəkil 1, 2).

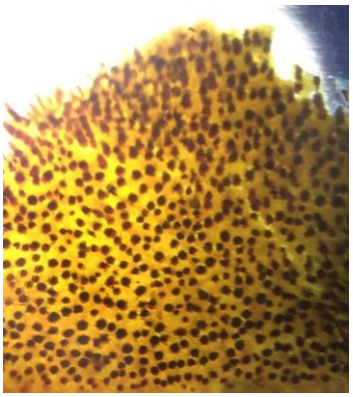


Şək. 1. H.formosum herbarisi

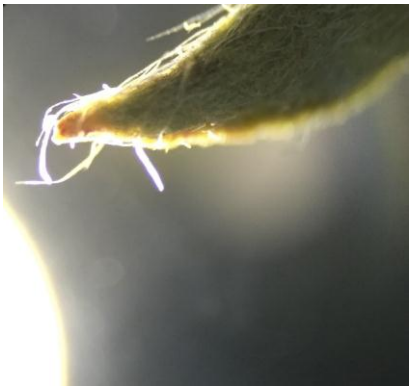


Şək. 2. H.formosum bitkisi

Bitkinin mikroskopik tədqiqatı zamanı yarpağın hər iki səthi tədqiq edilmişdir. Nəticədə ağızcıqlar, tükcüklər və piqmentlər aşkar edilmişdir. Bitkinin xammalında böyük miqdarda piqment müşahidə edilmişdir. Ağızcıqları tetrasid quruluşludur. Çoxbucaqlı parenxim tipli epidermis hüceyrələri aydın görünür. Yarpağın alt səthində sıx yerləşmiş çoxsaylı sadə təkhüceyrəli tükcüklər müşahidə olunur. Həmçinin ziyilli tükcüklərə də təsadüf olunur (şəkil 3-6).



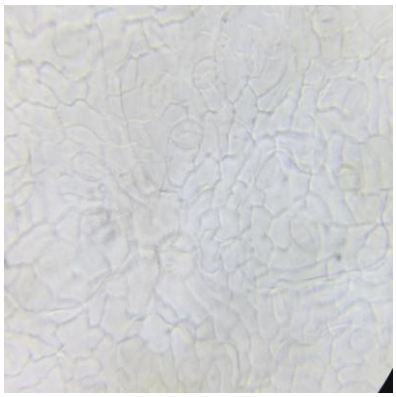
Şək. 3. Yarpaqda olan piqmentlər



Şək. 4. Sadə tükcüklər



Şək. 5. Yarpaqda olan ziyilli tükcüklər



Şək. 6. Ağızcıqlar

Yekun. Beləliklə, aparılmış spektrofotometrik analiz nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, Hedysarum formosum bitkisi flavonoid baxımından perspektivli bitkidir, tərkibində 3,24 % flavonoid müəyyən edilmişdir. Bitkidən fərdi flavonoidlərin alınması, eləcə də alınmış bioloji fəal maddələr əsasında daha effektli dərman vasitələrinin yaradılması aktual və perspektivli məsələdir. Bitkinin yarpaqlarının mikroskopik tədqiqatı zamanı yarpaqda çoxbucaqlı parenxim tipli epidermis hüceyrələri, ağızcıqlar, sadə tükcüklər, ziyilli tükcüklər və piqmentlər aşkar edilmişdir. Ağızcıqları tetrasid quruluşludur.

ƏDƏBİYYAT

1.Флора Азербайджана. Баку, Изд-во АН Аз ССР, в 8-х томах, т. 5, 1954, с. 451-458.

2.Коган Е.Г., Киселева А.Н., Елфгина Е.М. Анатомическое изучение листьев копеечника кустарникового //Фармация, 2016, № 4, с. 19-22.

3.Федорова Ю. С, Сравнительное фитохимическое исследование некоторых видов растений рода Hedysarum / автореф диссер. канд. фарм. наук, Самара, 2011, 23 с.

4.Dang Z.L., Liu X.H., Zhao A.N., Liang J.D., Liang J., Liu Z.H., Feng S.L. Chemical structural features and primary molecular conformation of polysaccharide HPS4-1A from Hedysarum polybotrys // Zhongcaoyao, 2013,vol. 44, p. 141-146.

5.Dural H., Yılmaz B., Morphology and anatomy of *Hedysarum pannosum* (Boiss.) Boiss. (Fabaceae) // Acta Bot. Croat., 2015, vol. 74 (1), p. 19-29.

6.Yi L., Qingving Z,, Hubiao C., Yuying Z. Structural determination of saponins from Hedysarum polybotrys // J. Magnetic Resonancetin Chemistry, 2016, v.4, p. 123-127.

7.Государственная Фармакопея СССР XI изд., Вып. 1, Общие методы анализа. МЗ СССР, Москва, 1987, 336 с.

Резюме

Некоторые фармакогностические исследования растения Hedysarum formosum

Д.И. Исаев, Н.Т. Бабаева, Г.С.Джафарова

Во флоре Азербайджана большое значение имеют растительные виды, произрастающие в диком виде. Одним из таких растений является копеечник красивый – Hedysarum formosum, из рода Hedysarum. Этот род включает 9 видов растений, которые произрастают в различных местностях Азербайджана. Целью исследований является изучение количественного определения флавоноидов спектрофотометрическим методом из травы растения Hedysarum formosum, а также определение отличительных диагностических особенностей в сырье. В результате спектрофотометрического анализа была выяснено, что в сырье копеечника красивого содержится 3,24% суммы флавоноидов. В результате микроскопических исследований листьев были обнаружены следующие особенности: клетки эпидермиса типа многоконечных паренхим, устьица, простые волоски, бородавчатые волоски и пигменты. Устьица тетрацидного строения. Растение Hedysarum formosum является перспективным флавоноидосодержащим растением так как, в составе обнаружено 3,24% флавоноидов. Получение флавоноидов из растения в индивидуальном виде, а также создание новых эффективных лекарственных средств на основе полученных биологически активных веществ является актуальным и перспективным.

Summary

Some pharmacognostic studies of the plant of Hedysarum formosum

C.I. Isayev, N.T. Babayeva, G.S.Cafarova

The wild plant species have great importance in flora of Azerbaijan. One of such plant genus is sweetvetch - Hedysarum. This genus includes 9 species of plants that grow in different places of Azerbaijan.The aim of the research is quantitative determination of flavonoids by spectrophotometric method from the herb of Hedysarum plant, as well as determination of distinctive diagnostic features in raw materials. As a result of spectrophotometric analysis it was found out that in the raw material of the purple sweetvetch contains 3,24% of the sum of flavonoids. As a result of microscopic examination of the leaves, the following features were found: epidermal cells such as multi-pointed parenchyma, stomata, simple hairs, warty hairs and pigments. The stomata hastetracide structure. Hedysarumformosum is the perspective flavonoid-containing plant, it contains 3,245% of flavonoid. The obtaining of flavonoids from the plant in an individual form, as well as the creation of new effective medicines based on the obtained biologically active substances is relevant and promising.

Daxil olub: 27.12. 2017

IRIS CAUCASICA BİTKİSİNİN BƏZİ FARMAKOQNOSTİK TƏDQİQİ

C.İ. İsayev, H.M. Qurbanov, Ə.N.Səfərova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: Iris causacica, flavonoidlər, mikroskopik analiz, spektrofotometrik analiz

Ключевые слова: Iris caucasica, флавоноиды, микроскопический анализ, спектрофотометрический анализ

Keywords: Caucasean Iris, flavonoids, microscopic analysis, spectrophotometric analysis

Liliopsidlər və ya birləpəlilər sinfinə daxil olan fəsilələrdən biri də süsənkimilər – *Iridaceae* fəsiləsidir. Fəsiləyə 80 cins və 1800-ə qədər bitki növləri daxildir. Süsən fəsiləsinə daxil olan cinslərdən biri də Iris-süsən cinsidir. Azərbaycan florasında süsən cinsinə daxil olan 20 bitki növü yayılmışdır. Bu cinsə daxil olan bitkilərin bir hissəsi kökümsovlu, bir hissəsi isə soğanaqlıdır. Son illər isə sistematiklər soğanaqlı süsən növlərini *Juno* cinsinə daxil etmişlər ki, Azərbaycan florasında da bu cinsə aid 3 bitki növü yayılmışdır: *Juno atropatana, J. caucasica, J. Schischkinii*. *Iris caucasica* və ya *Juno caucasica* bitkisi Azərbaycanda Naxçıvan MR-nın Şahbuz və Culfa rayonlarında, İsmayıllı, Şamaxı, Göygöl, Daşkəsən və d. rayonların dağlıq ərazilərində rast gəlinir [1]. Juno cinsinə daxil olan bitkilərdən iltihab əleyhinə, antioksidant,

şişəleyhinə, antibakterial, antifunqal, virus əleyhinə, allergiya əleyhinə, parazit əleyhinə və s. vasitə kimi bir çox xəstəliklərin müalicəsində istifadə edilir. Bu cinsə aid olan bitkilərin bu farmakoloji əhəmiyyəti tərkibində olan kumarin, ksanton, flavonoid və s. kimi bioloji aktiv maddələrin olması ilə əlaqədardır [2-9].

Tədqiqatın məqsədi Azərbaycan florasında olan qafqaz süsəni bitkisinin bəzi farmakoqnostik tədqiqatlarını həyata keçirməkdir.

Tədqiqatın material və metodları. Fitokimyəvi tədqiqatlar nəticəsində qafqaz süsəni bitkisinin tərkibində kumarinlər, ksantonlar və flavonoidlər aşkar edilmişdir. Ona görə də, bitkinin xammalında flavonoidlərin miqdari təyinatı həyata keçirilmişdir. Bioloji fəal maddələrin miqdari təyinatında spektrofotometrik üsuldan geniş istifadə olunur. Bu üsul alınan nəticələrin daha dürüst olması və prosesin tez başa gəlməsi ilə fərqlənir [10].

İşin gedişi. Tədqiq olunan Juno caucasica bitkisinin xammalının – yarpaqlarının analitik nümunəsi o qədər xırdalanır ki, məsamələrinin diametri 1 mm olan ələkdən ələnsin. Xırdalanmış və ələnmiş xammaldan 1 qr (dəqiq çəki) həcmi 150 ml olan cilalanmış kolbaya tökülür və üzərinə 30 ml 50 %-li etil spirti əlavə edilir. Kolba əks soyuducuya birləşdirilir, qaynar su hamamı üzərində 30 dəq müddətində qızdırılır. Kolbanın divarlarına yapışmış xammal hissəciklərini islatmaq üçün aradabir çalxalanır. İsti çıxarış pambıqdan həcmi 100 ml olan ölçülü kolbaya elə süzülür ki, xammal hissəcikləri pambığın üzərinə tökülməsin. Süzmək üçün istifadə olunmuş pambıq ekstraksiya gedən kolbaya yerləşdirilir, üzərinə 30 ml 50 %-li etil spirti əlavə edilir. Ekstraksiya yuxarıda göstərilən qaydada daha 2 dəfə təkrarlanır və çıxarışlar ölçülü kolbaya süzülür. Soyuduqdan sonra çıxarışın həcmi 50 %-li etil spirti ilə ölçüyə çatdırılır və qarışdırılır (A məhlulu).

Həcmi 25 ml olan ölçülü kolbaya A məhlulundan 1 ml tökülür, üzərinə 2 ml alüminium-xloridin 95 %-li etil spirtindəki məhlulu əlavə edilir və kolbanın həcmi 95 %-li etil spirti ilə ölçüyə çatdırılır. 40 dəq-dən sonra məhlulun optiki sıxlığı spektrofotometrdə 415 nm dalğa uzunluğunda, qatının qalınlığı 10 mm olan küvetdə ölçülür. Müqayisə məhlulu kimi 25 ml-lik ölçülü kolbaya tökülmüş 1 ml çıxarışdan, 1 damcı duru sirkə turşusundan və həcmi 95 %-li etil spirti ilə ölçüyə çatdırılmış qarışıqdan istifadə olunur.

Paralel olaraq yuxarıda göstərilən qaydada hazırlanmış rutinin standart nümunə məhlulunun optiki sıxlığı da eyni şəraitdə ölçülür.

Mütləq quru xammalda flavonoidlərin rutinə nisbətən faizlə miqdarı aşağıdakı düsturla hesablanır:

$$\times = \frac{D \cdot m_0 \cdot 100 \cdot 100 \cdot 100}{D_0 \cdot m \cdot 100 \cdot (100 - W)} = \frac{0.129 \cdot 0.05 \cdot 100 \cdot 100 \cdot 100}{0.625 \cdot 1 \cdot 100 \cdot (100 - 12.4)}$$

Burada, D – tədqiq olunan məhlulun optiki sıxlığı;

D_0 – rutinin standart nümunə məhlulunun optiki sıxlığı;

m – xammalın çəkisi, qr-la;

m_0 – rutinin standart nümunəsinin çəkisi, qr-la;

W – xammalı qurutduqda çəkidə itki, %-lə (12,4 %).

Qeyd. Rutinin standart nümunə məhlulunun hazırlanması. 0,05 qr (dəqiq çəki) standart rutin nümunəsi qabaqcadan 130-135 ^{0}C temperaturda 3 saat müddətində qurudulur. Həcmi 100 ml olan ölçülü kolbada 85 ml 95 %-li etil spirtində qızdırmaqla həll edilir. Soyudulur, miqdari cəhətdən 100 ml-lik ölçülü kolbaya keçirilir, kolbanın həcmi 95 %-li etil spirti ilə ölçüyə çatdırılır və qarışdırılır.

Qeyd! Flavonoidlərin miqdari təyinatı 6 dəfədən az aparılmamalıdır.

Cədvəl

Qafqaz süsəni yarpaqlarında flavonoidlərin miqdari təyini (n=6), (α=0,95).

Bitkinin xammalı	Flavonoidlərin miqdarı, %-lə	Metroloji xarakteristika
Yarpağı	2,98 2,99 2,97 2,99 2,98 2,98	X=2,98 % S=0,7746 S_x=0,031623 ε_α=0,81303 A=± 0,283%

Nəticələr və onların müzakirəsi. Yerinə yetirilmiş tədqiqatlar nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, qafqaz süsəni yarpaqlarında 2,98 % flavonoid məcmuyu vardır.

Aparılmış spektrofotometrik tədqiqat nəticəsində müəyyən edildi ki, Qafqaz süsəni bitkisinin yarpağının tərkibində 2,98 % flavonoid məcmuyu vardır. Alınmış nəticələrin statistik işlənməsi həyata keçirilmişdir [10].

Aparılmış makroskopik tədqiqat nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, qafqaz süsəni çoxillik bitkidir. Soğanaqları yumurtaşəkilli və ya uzunsovdur, 2-3,5 sm enində, üzərində tünd qəhvəyi-boz pərdəcikli qın vardır ki, o da boyuna qədər uzanır. Üzərində milşəkilli-iyşəkilli köklər vardır. Gövdəsi 7-20 sm uzunluğunda olub təpə hissəsinə qədər yarpaqlarla örtülmüşdür, üzərində 1-3 ədəd çiçək olur. Yarpaqları boz yaşıl, göyümtül olub,gövdə boyunca yerləşmişdir, qılıncvari formadadır, uc hissəsinə doğru getdikcə tədricən itiləşir, oraqvari əyilmiş, damarlarının üzəri kələ-kötürlü olub, kənarları ağ rəngli xəttlə haşiyələnmişdir, qısa və sıx formada kirpikcikvari örtülmüşdür. Çiçək yanlığının borucuğu yumurtalıqdan 4-5 dəfə uzundur. Çiçək yanlığı 3,5-5 sm uzuluğunda olub, yaşılımtıl və ya mavi-sarımtıl, solğun, qıfşəkillidir; xarici dilimləri enlidir, uzunsovdur, əsas hissəsindən pazvari formada daralmışdır, orta xətlə parlaq sarı dişcikli dar daraqla, əsası demək olar ki, yarımdairəvidir, eni dırnaqcığın eninə bərabərdir, uzunluğu isə onun 1/3-ə bərabərdir. Üfüqi əyilmişdir, daxili dilimlər kiçikdir, 15-20 mm uzunluğundadır, dilimlidir və ya əks-neştərşəkilli, nazik, aşağı əyilmiş dırnaqcıqları vardır. Sütuncuq dilimləri çiçək yanlığının xarici dilimlərindən azca qısadır, enlidir, küt ucludur. Meyvəsi qutucuqdur, 3 sm uzunluğundadır, uzunsov, silindrşəkillidir, qısa buruncuqları vardır. IV və V ayların ikinci yarısında çiçəkləyir.



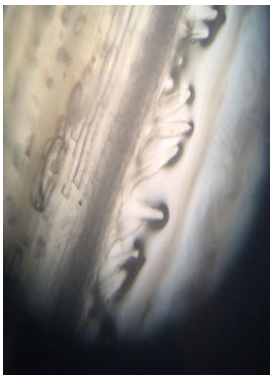
Şək.1. I.caucasica herbarisi



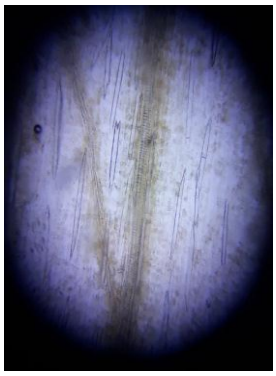
Şək.2. I.caucasica bitkisi

Azərbaycanda Böyük Qafqaz dağlarında, Kür-Araz ovalığında, Kiçik Qafqazın orta və şimal zonalarının bozqır torpaqlarında, Naxçıvanın dağlıq hissəsində, aşağı və orta qurşaqlarında, daşlıq və otluq yamaclarında rast gəlinir. Həmçinin, İranın şimalında da yayılmışdır (şəkil 1, 2).

Mikroskopik analiz zamanı qurudulmuş bitki xammalını yumşaltmaq üçün soyuq yumşaltma üsulundan istifadə edilmişdir. Bu üsul bitkinin bütün orqanlarının tədqiqində istifadə oluna bilər. Tədqiq olunan quru xammal kolbaya yerləşdirildikdən sonra onun üzərinə su-qliserin (2:1) və ya su-qliserin-96 %-li spirt (1:1:1) nisbətində olan məhlul tökülür. Fenol və ya digər konservant da əlavə edilə bilər. Kiçik toxumlar, meyvələr, yarpaq, ot, çiçək 1-2 sutka ərzində yumşaldılır. Tədqiq olunan xammal nümunəsindən mikropreparat hazırlanır. Mikropreparatın hazırlanma texnikası müxtəlifdir və xammalın vəziyyətindən, hansı morfoloji qrupa (yarpaq, qabıq, yeraltı orqanlar və s.) aid olmasından asılıdır. Bitkinin yarpağının mikroskopik analizi zamanı xammal sınaq şüşəsinə yerləşdirilir, üzərinə 3 ml 5 %-li NaOH məhlulu əlavə edilir. Spirt lampasında 2-3 dəq müddətində arabir qarışdırmaqla qaynadılır. Sonra sınaq şüşəsindəki yarpaq su ilə bir neçə dəfə yaxalanır. Əşya şüşəsinin üzərinə 2-3 damcı su damızdırılır, içərisinə Qafqaz süsəninin yarpağının bir hissəsi yerləşdirilir və mikroskopun müxtəlif böyütmə dərəcələrində müşahidə aparılır. Bitkinin yarpaqları üçün bu xüsusiyyətlər müəyyən edilmişdir. Yarpağın forması qılıncşəkillidir, tədricən itiləşmiş, oraqvari əyilmiş formadadır. Paralel damarlanmışdır.



Şək.3. Sadə tükcüklər



Şək.4. Kristatallar



Şək. 5. Ağızcıq

Səthi kirpikciklərlə örtülmüşdür. Ekskretor maddələrdən çoxsaylı tək-tək yerləşən kalsium-oksalat kristallarina malikdir. Yarpağın alt səthində diasid quruluşlu ağızcıqlar müşahidə olunmuşdur. Qafqaz süsəni bitkisinin yarpağı izolateral quruluşdadır. Epidermis hüceyrələri ox orqanı boyunca dartılmış formadadır. Mezofildə 2-3 qatlı çəpər parenximi və 1-2 qatlı süngər parenximi müşahidə edilir (şəkil 3-5).

Yekun. Yerinə yetirilmiş spektrofotometrik analiz nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, qafqaz süsəni bitkisinin yarpaqlarında 2,98 % flavonoid müəyyən edilmişdir. Bitkidən fərdi flavonoidlərin alınması, eləcə də alınmış bioloji fəal maddələr əsasında daha effektli dərman vasitələrinin yaradılması aktual və perspektivli məsələdir. Makroskopik və mikroskopik tədqiqatı zamanı bitkinin yarpaqları üçün bu xüsusiyyətlər müəyyən edilmişdir: yarpağın forması qılıncşəkillidir, tədricən itiləşmiş, oraqvari əyilmiş formadadır. Paralel damarlanmışdır. Səthi kirpikciklərlə örtülmüşdür. Ekskretor maddələrdən çoxsaylı tək-tək yerləşən kalsium-oksalat kristallarina malikdir. Yarpağı alt səthində diasid quruluşlu ağızcıqlar müşahidə olunmuşdur. Qafqaz süsəni bitkisinin yarpağı izolateral quruluşdadır. Epidermis hüceyrələri ox orqanı boyunca dartılmış formadadır. Mezofildə 2-3 qatlı çəpər parenximi və 1-2 qatlı süngər parenximi müşahidə edilir.

ƏDƏBİYYAT

1.Флора Азербайджана. Баку, Изд-во АН Аз ССР, в 8-х томах, т. 2, 1952, с. 214-236.

2.İsayev C.İ. Azərbaycan florasından olan bəzi yabanı dərman bitkilərinin farmakoqnostik tədqiqi və fitopreparatların istehsalında tətbiqi: Əczaçılıq elm. dok. ... dis. avtoref., Bakı, 2008, 39 s.

3.İsayev C.İ. Süsən cinsinə aid bitkilərin farmakoqnostik tədqiqi və tibbdə istifdəsi (icmal) // Azərbaycan əczaçılıq və farmakoterapiya jurnalı. 2012, № 1, səh. 17-23.

4.Затыльникова О.А., Ковалев В.Н., Ковалев С.В. Компонентный состав эфирных масел Iris pseudacorus (Iridaceae). //журнал Растительные ресурсы, 2013, том 49, вып. 2., с. 233-240.

5.Исаев Д.И., Керимов Ю.Б., Коволев С.В., Затыльникова О.А. Ксантоны корневищ Iris imbricata Lindl и Iiris pseudacorus L. //журнал Фармаком. 2009, №4, с. 24-28.

6. Исаев Д.И., Керимов Ю.Б., Коволев С.В., Затыльникова О.А. Изофлавоноиды корневищ Iris imbricata Lindl и Iiris pseudacorus L. //журнал Фармаком. 2010, №1, с. 38-42.

7.Ковалев В.Н., Затыльникова О.А., Ковалев С.В./Новый изофлавон из Iris pseudacorus / Химия природных соединений, 2013, № 1 с. 32-33.

8. Kassak P. Secondary metabolites of the choosen genus iris species. //Acta Univ. Agric. et Silvic. Mendel. Brun.,2012, vol. 60, № 8, p. 269-280.

9. Kassak P., Kuli M. Dyeing potential of the İris sibirica L. flowers // European Scientific Journal, 2014, v. 2, p. 372-380.

10. Государственная Фармакопея СССР XI изд., Вып. 1, Общие методы анализа. МЗ СССР. М., 1987, 336 с.

Резюме

Некоторые фармакогностическое исследования растений Iris caucasica

Д.И. Исаев, Г.М. Гурбанов, Э.Н.Сафарова

Одно из семейств, входящее в состав класса лилиопсидов или односеменных является семейство Iridaceae. В это семейство входит 80 родов и до 1800 растительных видов. Один из родов, входящих в семейство Iridaceae является род касатиковых. На территории Азербайджана распространено 20 видов растений из рода касатиковых. Целью исследований является изучение количественного определения флавоноидов спектрофотометрическим методом из листьев растения Iris caucasica, а также определение отличительных диагностических особенностей листьев. В результате спектрофотометрического анализа было выяснено, что в листьях касатика кавказского содержится 2,98% суммы флаваоноидов. В результате макроскопических и микроскопических исследований были обнаружены особенности для листьев: форма листа мечевидная, постепенно островидная, изогнутой серповидной формы, с параллельным жилкованием. Слой покрыт ресничками. Из экскреторных веществ имеются многочисленные расположенные в одиночке кристаллы оксалата кальция. На нижнем слое листа можно увидеть устьица диацидного строение. Лист растения касатика кавказского изолатерального строения. Клетки эпидермиса вдоль оси вытянутой формы. В мезофиле имеются 2-3 слойные столбчатые и 1-2 слойные губчатые паренхимы.

Summary

Some pharmacognostic studies of the plant of Iris caucasica

C.I. Isayev, H.M. Gurbanov, A.N.Safarova

One of the families belonging to the class of Liliopsida or Monocots is Iridaceae. 80 genera and 1800 plant species include in this family. One of the genera belonging to the family of Iris is Iris. On the territory of Azerbaijan, 20 plant species of the genus Iris are widespread. The aim of the research is to study the quantitative determination of flavonoids by the spectrophotometric method from the leaves of the Iris caucasica, as well as to determine the distinctive diagnostic features of the leaves. As a result of spectrophotometric analysis, it was found that in the leaves of the Caucasian Iris contains 2.98% of the sum of flavonoids. As a result of macroscopic and microscopic studies, following features for leaves were found: shape of the leaf is sword-shaped, gradually sharply prominent, curved cervical form, with parallel veining. The surface of leaf covers with cilia. There are numerous crystals of calcium oxalate located alone as the excretory substances. The stomata with the diacytic structure can be seen on the lower layer of the leaf. The leaf of Caucasian Iris has isolateral structure. The cells of the epidermis are located along the axis of the elongated shape. There are 2-3 layer columnar and 1-2 layered spongy parenchyma in the mesophile.

Daxil olub:23.01.2018

DEHELMİNTİZASİYANIN EFFEKTİVLİYİNİN MEYARI KİMİ İLTİHABƏLEYHİNƏ SİTOKİNLƏRİN SƏVİYYƏSİ

X.N.Xələfli

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: sitokinlər, iltihabəleyhinə sitokinlər, helmintozlar, askaridoz

Ключевые слова: цитокины, противовоспалительные цитокины, гельминтозы, аскоридоз

Key words: cytokines, anti-inflammatory cytokines, helminthiases, ascariasis

Helmintozlar əhalinin sağlamlıq vəziyyətini xeyli dərəcədə müəyyən edən çox geniş xəstəliklər qrupudur. Helmintozlar əhalinin, ilk növbədə isə uşaqların sağlamlıq vəziyyətinə müxtəlif patoloji təsir göstərir. Belə ki, onlar immunitetin zəifləməsi ilə müşayiət olunan kəskin allergiyalaşma törədir, ikincili infeksion və qeyri-infeksion xəstəliklərin inkişafına səbəb olurlar. Helmintoz fonunda kəskin bağırsaq və respirator xətəliklərlə 2-4 dəfə çox xəstələnirlər [1,2,3,4].

Məlumdur ki, bağırsaq helmintləri mədə-bağırsaq yolu mənfəzində ximizmi dəyişir ki, bu da bağırsağın normal mikroflorasının tərkibinin dəyişməsinə gətirib çıxara bilər. Ona görə də, çox vaxt bağırsaq disbakteriozunu qurd invaziyaları müşayiət edir və onlar mədə-bağırsaq yolu tərəfindən baş verən funksional

pozğunluqlarla bu vəziyyətlərin klinik mənzərəsini ağırlaşdırırlar. Mikroekoloji pozğunluqlar isə öz növbəsində, çox vaxt patoloji proseslərin baş verməsi, sonra isə davam etməsi üçün işə salma mexanizmi rolu oynayırlar [5,6,7]. Bununla əlaqədar olaraq, helmintozlarla invaziyalaşmış şəxslərdə bağırsaq mikrobiosenozunun öyrənilməsinin aktuallığı şübhə doğurmur.

Hazırkı tədqiqatın **məqsədi** dehelmintizasiyanın effektivliyinin qiymətləndiril-məsində iltihabəleyhinə sitokinlərin miqdarının əhəmiyyətinin öyrənilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Bizim müşahidəmiz altında askaridozun bağırsaq mərhələsi ilə 72 xəstə olmuşdur (əsas qrup). Kontrol qrupa 30 saqlam şəxs daxil edilmişdir. Xəstələrin tədqiqata qoşulmasının meyarı aşağıdakılardır: hər iki cinsdən olan böyük yaşlı xəstələr (18 yaşdan yuxarı). Tədqiqatdan çıxarılmanın meyarları: askaridozun bağırsaq mərhələsi olan xəstələrdə yanaşı gedən kəskin xəstəliklərin və ya xronik keçən somatik xəstəliklərin kəskinləşməsi hallarının olmasıdır. Askaridoz diaqnozu klinik-epidemioloji və laborator məlumatların əsasında qoyulmuşdur. Xəstələrin hamısında askaridoz diaqnozu nəcisdə yumurtaların nativ yaxma və Kato metodu ilə aşkar edilməsi yolu ilə təsdiq edilmişdir. Bağırsağın mikrobiosenozunu müayinə etdikdə bifido-və laktobakteriyaların, normal və aşağı fermentativ aktivliyə malik bağırsaq çöpünün, enterokokların, stafilokokların, hemolizə uğrayan bağırsaq çöpünün, şərti-patogen laktozoneqativ enterobakteriyaların (klebsiella, protey, enterobakter, sitrobakter və s.), mayayabənzər və Candida cinsi göbələklərinin miqdarı müəyyən edilmişdir. Müayinələr bağırsağın disbakteriozunun diaqnostika-sına dair metodik tövsiyələrdə təsvir edilmiş standart metodika üzrə həyata keçirilmişdir. Sitokin profili dinamikada qan zərdabının müayinəsi zamanı kəmiyyətcə bərk fazalı immunferment (İFA) metodu ilə qiymətləndirilmişdir [3]. Alınan nəticələr aşağıdakı biometrik metodlarla işlənmişdir: orta ədədi kəmiyyət və Styudent meyarları.

Nəticələr və müzakirə. Tədqiqat işinin aparılması zamanı biz yoğun bağırsağın mikroflorasının, qan zərdabında iltihabəleyhinə sitokinlərin miqdarının dinamikada müalicədən əvvəl və sonra müayinəsinin nəticələrinin müqayisə edilməsinin əsasında həyata keçirmişik. Cədvəl 1-də müalicə nəticəsində yoğun bağırsağın mikroflorasının vəziyyətinin dinamik göstəriciləri təqdim olunmuşdur.

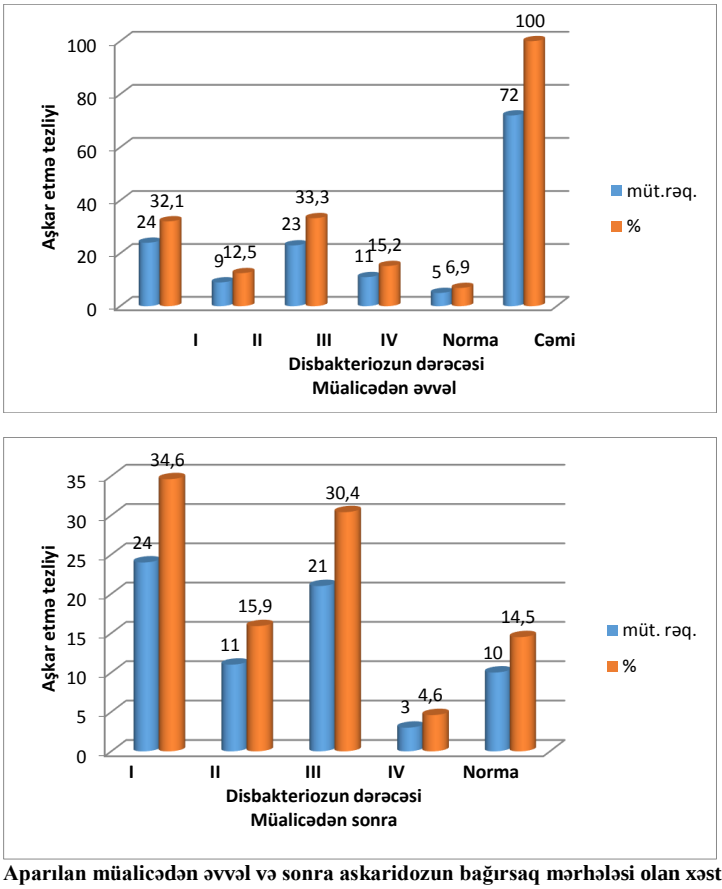
Cədvəl 1.

Askaridozun bağırsaq mərhələsi olan xəstələrdə müalicə kompleksinin tətbiqi nəticəsində yoğun bağırsağın mikroflorasının vəziyyətinin dinamik göstəriciləri (müalicədən əvvəl n=72, müalicədən sonra n=69)

Dəyişikliklərin xarakteri	Mikrofloranın müxtəlif dəyişikliklərinin aşkar edilməsi tezliyi			
	Müalicədən əvvəl (n=72)		Müalicədən sonra (n=69)	
	Müt.	%	Müt.	%
Tamdəyərli bağırsaq çöpü: - normal sayı - aşağı sayı - yüksək sayı	 45 19 8	 61,4±5,7 26,4±5,2 12,2±3,8	 59 10 -	 85,5±4,2 14,5±4,3 -
Şərti-patogen enterobakteriyaların xüsusi çəkisinin artması	9	12,5±3,8	6	8,7
Kokların xüsusi çəkisinin artması	23	31,9±5,4	5	7,3
Süd-turşu bakteriyaların sayının azalması	16	22,2±4,8	21	30,6±5,6
Fermentativ çatışmazlığı olan bağırsaq çöpü	14	19,5±4,7	8	11,2±3,7
Bifidofloranın azalması	33	45,8±5,8	21	35,6±5,7
Hemolitik stafilokokkun olması	27	37,5±5,7	19	27,5±5,4
Hemolitik bağırsaq çöpü	36	50,0±5,8	18	26,1±5,3
Psevdomonas cinsi mikrobları	5	6,9	-	-
Proteyin aşkar edilməsi	5	6,9	5	7,3
Kandida cinsi mayayabənzər göbələkləri	28	38,9±5,6	15	21,7±4,9

Cədvəl 1-də təqdim edilmiş göstəricilərin statistik işlənməsi zamanı biz askaridozun bağırsaq mərhələsi ilə xəstələrdə yoğun bağırsağın mikroflorasının vəziyyətinin yaxşılaşmasının aydın nəzərə çarpan meylliyini izləmişik. Bu məlumatların təhlili əsasında aşağıdakıları söyləmək olar: birincisi – tətbiq etdiyimiz müalicə

kompleksi yoğun bağırsağın mikroflorasının vəziyyətinə müsbət təsir göstərir. Diaqnostikanın və müalicənin effektivliyinin qiymətləndiril-məsində daha informativ məlumatları biz aparılan müalicədən əvvəl və sonra aşkar edilmiş disbakterioz hallarının müqayisəsi zamanı əldə etmişik (Sək. 1).



Şək.1. Aparılan müalicədən əvvəl və sonra askaridozun bağırsaq mərhələsi olan xəstələrdə disbakteriozun aşkar edilməsi tezliyi (müalicədən əvvəl n=72, müalicədən sonra n=69)

Şək.1-də təqdim edilmiş məlumatların təhlili belə söyləməyə əsas verir ki, dehelmintizasiyanın təsiri altında III-IV dərəcəli disbakteriozu olan xəstələrin sayı azalır, zəif nəzərə çarpan I-II dərəcəli disbakteriozu olan xəstələrin sayı, həmçinin disbakteriozu olmayan xəstələrin sayı artır. Lakin bu dəyişikliklər statistik cəhətdən dürüst xarakter daşımır.

Tamdəyərli bağırsaq çöpünün sayı təhlil edilən bütün xüsusiyyətlər üzrə bərpa olunmuş, bifidofloranın sayı aşağı olan xəstələrin sayı azalmış, protey, hemolitik stafilokok, Kandida cinsi mayayabənzər göbələklərin sayı azalmışdır. Müalicədən sonra Psevdomonas cinsi göbələkləri aşkar edilməmişdir. İkincisi - cədvəl 2-nin məlumatlarının əsasında qeyd etmək olar ki, yoğun bağırsağın mikroflorasının vəziyyətinin müayinəsi dehelmintizasiyanın effektivliyinin mühüm əlavə meyarı sayılır. Müxtəlif dərəcəli disbakteriozu və askaridozun bağırsaq mərhələsi olan xəstələrin və dinamik müşahidə (10 gün intervalla 3 dəfə) zamanı dehelmintizasiyadan sonra askarida yumurtaları aşkar edilməyən şəxslərin müayinəsi zamanı statistik əhəmiyyətli məlumatlar (disbakteriozun öyrənilməsinin xeyrinə olaraq müalicənin effektivliyinin meyarı kimi) əldə edilmişdir. Bizim fikrimizcə, aparılan müqayisə disbakteriozun ağırlıq dərəcələrinin dinamik təyin edilməsini askaridozun müalicəsinin effektivliyinin yeni diaqnostik meyarı hesab etməyə əsas verir. Cədvəl

2-də müalicənin nəticəsindən asılı olaraq iltihabəleyhinə sitokinlərin miqdarının dinamik dəyişiklikləri təqdim olunmuşdur.

Cədvəl 2

Helmintəlyehinə müalicənin effektivliyindən asılı olaraq askaridozun bağırsaq mərhələsi ilə xəstələrdə iltihabəleyhinə sitokinlərin miqdarı

Sitokinlər	M±m, pq/ml		p<
	Müalicədən əvvəl (n=72)	Müalicədən sonra (n=69)	
İL-1	104,7±12,2	88,4±11,4	0,05
İL-6	90,5±11,7	69,1±11,3	0,05
ŞNA-a	92,1±13,6	75,6±12,8	0,05
Kontrol qrup (n=30)			
İL-1	31,2±11,8		
İL-6	20,7±7,2		
ŞNA-a	25,9±10,2		

Qeyd: * - fərqlər statistik cəhətdən əhəmiyyətlidir. İL- interleykinŞNA- şiş nekroz amili

Cədvəl 2-də təqdim edilmiş məlumatların təhlili zamanı yüksək əminliklə söyləmək olar ki, xəstəliyin gedişi iltihabəleyhinə sitokinlərin səviyyəsinin xeyli yüksəlməsi ilə müşayiət olunmuşdur. Bütün 3 iltihabəleyhinə sitokinlərin miqdarı kontrol qrupla müqayisədə yüksək olmuşdur ($p<0,05$). Aparılmış müalicədən sonra sitokinlərin səviyyəsinin kontrol qrupla müqayisədə bir qədər artmasına baxmayaraq, iltihabəleyhinə sitokinlərin səviyyəsi azalmış və onların normallaşması meyli izlənmişdir, lakin fərqlər statistik cəhətdən əhəmiyyətsiz olmuşdur. Eyni zamanda biz 2 qrupda olan xəstələrdə iltihabəleyhinə sitokinlərin dinamikasında əhəmiyyətli fərqlərini aşkar etmişik. Müalicənin nəticələrinə əsasən 1-ci qrupda dinamikada iltihabəleyhinə sitokinlərin səviyyəsi həm kontrol qrupda, həm də 2-ci qrupun xəstələrində qeyd edilən müvafiq göstəricilərdən statistik cəhətdən dürüst yüksəkdir. Askaridozun bağırsaq mərhələsi ilə xəstələrdə iltihabəleyhinə sitokinlərin səviyyəsi və klinik gedişi arasında korrelyasiya əlaqələrinin təhlili onların müştərək dəyişdiyini göstərmişdir. İltihabəleyhinə sitokinlərin dinamikasının klinik əlamətlərlə korrelyasiya asılılığın şərhinə keçməzdən əvvəl qeyd edək ki, 91,8±5,3 % xəstələrdə intoksikasiya sindromu, 72,8±4,6 % xəstələrdə – mədə-bağırsaq yolunun disfunksiyası sindromu müşahidə edilmişdir. Biz aşağıdakılar arasında sıx korrelyasiya əlaqəsini aşkar etmişik: intoksikasiya sindromu və İL-1 ($r=0,76$); intoksikasiya sindromu və ŞNA-a ($r=0,82$); intoksikasiya sindromu və İL-6 ($r=0,68$).

Beləliklə, müalicənin nəticələrindən asılı olaraq iltihabəleyhinə sitokinlərin dinamikasının müayinəsi aparılmış dehelmintizasiyanın effektivliyinin əlavə meyarı kimi xidmət edə bilər. Həyata keçirilən müayinələr aşağıdakı nəticələri əldə etməyə imkan verir: yoğun bağırsağın mikroflorasının vəziyyətinin, iltihabəleyhinə sitokinlərin göstəricilərinin dinamikasının müayinəsi böyük yaşlı xəstələrdə askaridozun bağırsaq mərhələsinin dehelmintizasiyasının effektivliyinin qiymətləndirilməsinin əlavə meyarı kimi xidmət edə bilər.

ƏDƏBIYYAT

1. Елгандиева Н.К., Абдиев Т.А. Ситуация по паразитарным болезням в Узбекистане // Медицинская паразитология и паразитарные болезни, 2010, № 3, с.51-52
2. Горохов В.В. Региональный мониторинг гельминтозов в Московской области / Труды научно-практической конференции «Паразитарное загрязнение мегаполиса Москвы», 2010, с.39-45
3. Кузнецова К.Ю., Сергиев В.П. Автоматизация лабораторных гельминтологических исследований. Москва, Мед.лит., 2008, 254с.
4. Кузьмин СМ., Левин В.М. На пути к паразитологическому мониторингу воды / Материалы VIII Всероссийского Общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов, Москва, 2011, Т-1, с.347-349
5. Чобанов Р.Э., Джанахмедова Ш.Н. Особенности клинических проявлений энтеробиоза и эффективность его лечения среди детей / Материалы II Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням. М., 2010, с.362
6. Arruda L.K., Santos A.B. Immunologic responses to common antigens in helminthic infections and allergic disease // Curr Opin Allergy Clin Immunol., 2009, v. 5, p.399-402
7. Lynch N.R., Hagel I., Vargas V., Rotundo A. Comparable seropositiviti for ascariasis and toxocariasis in tropical slum children // Parasitol-Res, 2010, v.79, p.547-550

Резюме

Уровень провоспалительных цитокинов как критерий эффективности дегельминтизации

Х.Н.Халафли

Проведенными исследованиями показано, что динамика различных показателей уровня цитокинов и состояния микрофлоры кишечника, может служить дополнительным критерием при оценке значения эффективности проведенной дегельминтизации аскаридоза в кишечной стадии. Проведенный анализ связей корреляции между клиническими проявлениями и уровнями провоспалительных цитокинов при аскаридозе в кишечной стадии у больных показал их соответствие и с наибольшой достоверностью позволяет утверждать, что уровень всех изученных провоспалительных цитокинов выше в 3,5-4 раза таких же показателей у пациентов группы контроля ($p<0,05$). Существенных различий в содержании провоспалительных цитокинов у пациентов больных с кишечной стадией аскаридоза по половозрастному составу не выявлено.

Summary

The level of proinflammatory cytokins as a criterion for the effectiveness of degelinmization

Kh.N.Khalafli

The studies show that the dynamics of various cytokine levels and the state of the intestinal microflora can serve as an additional criterion in assessing the efficacy of the performed de-worming of ascariasis in the intestinal stage. The analysis of correlation links between clinical manifestations and levels of proinflammatory cytokines in ascariasis in the intestinal stage in patients showed their compliance and with the greatest reliability allows us to state that the level of all studied proinflammatory cytokines is 3.5-4 times higher in the same parameters in patients of the control group $p < 0.05$). There were no significant differences in the content of proinflammatory cytokines in patients with intestinal ascariasis by age and sex composition.

Daxil olub:20.12.2017

ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕМЕЙНОЙ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА СРЕДИ ГОРОДСКИХ ЖИТЕЛЕЙ

А.О.Бадалова

Азербайджанский медицинский университет, Баку

Açar sözlər: salmonelyoz, S.enteritidis, uşaqlar, qida zəhərlənmələri

Ключевые слова: городские жители, эмоциональный стресс, семейные стрессоры, копинг

Key words: salmonellosis, S.enteritidis, young age, food poisoning

Современные города характеризуются бурным ростом численности населения, ухудшением экологической обстановки, отставанием темпов градостроительства, санитарно-коммунального благоустройства, изменением традиционного уклада жизни людей, безработицей и многими другими особенностями, которые активизируют факторы риска, неблагоприятно воздействующих на здоровье городских жителей [1,2]. Наиболее распространенным и активным фактором риска, отягочающего здоровье городских жителей, снижающего их трудоспособность и качество жизни, является эмоциональный стресс (ЭС). Помимо этого под воздействием ЭС формируется почти 70 различных заболеваний [3,4,5,6].

Семья основная социальная ячейка общества и насколько благополучно она устроена зависит здоровье, трудоспособность и качество жизни его членов. Для гармоничного, динамического развития необходим ряд условой, связанных с трудовой занятностью, материальным благополучием, нормальными условиями жилья, оптимальной численностью семьи воспитанием и учебой детей, уважительными взаимоотношениями между членами семьи, вниманием к здоровью и прочими условиями. Нарушения этой гармонии негативно отражается на благополучии семьи и, как следствие, возникают проблемы со здоровьем ее членов [7,8]. Вклад семьи в глобальное бремя неинфекционных заболеваний очень велик, особенно в городах, подвергнутых процессам гиперурбанизации [9]. А как

известно в формировании многих заболеваний активное участие принимает ЭС [10,11]. В связи с этим изучение роли семьи в формировании ЭС представляет важное значение, так как позволяет выработать меры по коррекции стресс-преодолевающего поведения (копинга) людей на семейном уровне [12]. В аспекте сказанного целью настоящего сообщения явилось выявление и оценка «семейных» стрессоров, способствующих формированию ЭС, и самооценка здоровья городскими жителями с разным уровнем ЭС.

Материалы и методы исследования. Работу провели на базах 3 городских поликлиник (Сабаильский, Сабунчинский и Ясамальский районы) с охватом их пациентов, а также среди родителей в сопредельных детских учреждениях (3 школы, 4 детских садов и яслей) и работников 12 торговых объектов и офисов. На основе международного опросника SF-36 [13] разработали адаптированную к местным условиям анкету (на азербайджанском и русском языках), в которую были включены блоки вопросов, отражающие социально- гигиенические аспекты ЭС. К анкете был приложен опросник (шкала) Ридера [14] для диагностирования и определения уровня ЭС. Всего подготовлено и роздано 4000 анкет. В раздаче и сборе анкет принимали участие коллективы указанных объектов и студенты III и IV курсов АМУ. Отклик составил1787 полностью заполненных анкет (44,7±0,8%). Вопросы анкеты были закодированы, что облегчало и ускоряло их компьютерную обработку. Статистическую обработку полученных результатов проводили при помощи средней арифметической взвешенной, критерия Стьюдента и критерия Ван-дер-Вардена [15].

Результаты и обсуждение. Шкала Ридера при многочисленных использованиях на индивидуальном уровне показала высокую надежность не только в диагностировании ЭС, но и определении силы его проявления. Шкала состоит из 7 вопросов с 4 вариантами ответов на каждый из них. Ответы оцениваются в пределах от 1 до 4 баллов. При обработке данных, получаемых с помощью шкалы Ридера, подсчитывается сумма баллов по всем 7 пунктам, которая затем делится на 7. Далее полученный балл вычитается из 4. В результате получается показатель стресса по шкале психосоциального стресса Ридера, который может варьировать от 0 до 3 баллов. В зависимости от полученного балла ЭС каждого испытуемого можно отнести к группе с высоким, средним или низким уровнем ЭС. Для мужчин они составляют соответственно 2,00 - 3,00 баллов, 1,00-1,99 баллов и 0,00-0,99 баллов, для женщин - 2,18-3,00 баллов, 1,18-2,17 баллов и 0,00-1,17 баллов. Однако массовое использование опросника Ридера в местных условиях показывает, что количественные показатели уровней ЭС у мужчин и женщин очень часто перекрывают друг друга. По этому нами [16] выработаны общие показатели силы проявления ЭС для мужчин и женщин: слабый уровень - 0,00-1,08 баллов, средний уровень - 1,09-2,08 баллов, сильный уровень - 2,09-3,00 баллов.

В зависимости от выраженности ЭС может оказывать и положительное, мобилизующее, и отрицательное влияние на деятельность - дистресс, вплоть до полной дезорганизации. Слабый и в определенной мере средний уровни ЭС являются позитивными, защитными реакциями организма на воздействие внешних раздражителей (стрессоров). Тогда как сильный уровень ЭС является негативной, болезненной реакцией организма на воздействие стрессоров. По результатам анкетирования у 523 из 1787 городских жителей уровень ЭС был слабым (29,3±1,1%), поэтому эту группу можно использовать в качестве контроля, у 917 из них уровень ЭС был средним (51,3±1,2%; t=13,49; P<0,001), у 347 соответственно сильным (19,4±0,9%; t=20,09; P<0,001). Семья, как уже отмечалось, основная социально- экономическая к демографическая ячейка любого общества. Создание семья, обеспечение ее развития и благосостояния и воспроизводство здорового потомства требует больших усилий супружеской пары. В течение всего длительного периода функционирования семья решает много проблем как позитивного, так и негативного характера, решение которых связано с воздействием на организм различных стрессоров. Наиболее значимые из них, отмеченные анкетированными, отражены в табл. 1.

Наиболее часто анкетированные отметили 15 семейных стрессоров. Помимо этого были отмечены еще 9 стрессоров, но они были редкими и поэтому были объединены в группу прочих. Анкетированными с разными уровнями ЭС в качестве неблагоприятных семейных стрессоров были отмечены проблемы, связанные со здоровьем, воспитанием и учебой детей, обеспечением благосостояния семьи, неустроенностью жилья, дороговизной продуктов и их приготовлением, материальной зависимостью, составлением и соблюдением семейного бюджета, дефицитом свободного времени. Частота перечисленных семейных стрессоров варьирует в пределах от 26,8±1,0 до 28,4±1,1% (t=1,07; P>0,05). Достоверно меньше частота другой группы стрессоров (t=5,85; P>0,05), которые представлены напряженными взаимоотношениями в семье, неудовлетворенностью жилищными условиями, большой численностью семьи, ведением домашнего хозяйства, заботой о

родителях, коммунальными расходами, теснотой жилья - от 17,4±0,9 до 18,9±0,9% (t=1,18; P>0,05). Частота прочих семейных стрессоров была наименьшей и составила 8,5±0,7% (t=7,81; P<0,001).

Таблица 1

Подверженность семейным стрессорам городских жителей с разным уровнем ЭС

Перечень подверженности стрессорам	Частота подверженности стрессорам в зависимости от уровня ЭС							
	Слабый		Средний		Сильный		Всего	
	n=523		n=917		n=347		n=1787	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс	%
Напряженные взаимоотношения	58	11,1±1,4	176	19,2±1,3	103	29,7±2,5	337	18,9±0,9
Воспитание детей	83	15,9±1,6	263	28,7±1,5	144	41,5±2,6	490	27,4±1,6
Благосостояние семьи	98	18,7±1,7	231	25,2±1,4	151	43,5±2,7	480	26,9±1,0
Неудовлетворительные жилищные условия	54	10,3±1,3	166	18,1±1,3	94	27,1±2,4	314	17,6±0,9
Неустроенность жилья	95	18,2±1,7	274	29,9±1,5	138	39,8±2,6	507	28,4±1,1
Большая численность семьи	36	6,9±1,1	185	20,2±1,5	97	28,0±2,4	318	17,8±0,9
Теснота жилья	41	7,8±1,2	173	18,9±1,3	97	28,0±2,4	311	17,4±0,9
Ведение домашнего хозяйства	53	10,1±1,3	158	17,2±1,2	101	29,1±2,4	312	17,5±0,9
Приготовление пищи	90	17,2±1,6	245	26,7±1,5	155	44,7±2,7	490	27,4±1,6
Дороговизна продуктов	91	17,4±1,7	251	27,4±1,5	153	44,1±2,7	495	27,7±1,6
Забота о родителях	48	9,2±1,3	174	19,0±1,3	105	30,3±2,3	327	18,3±0,9
Материальная зависимость	86	15,4±1,6	262	28,6±1,5	133	38,3±2,6	481	26,9±1,0
Коммунальные расходы	47	9,0±1,3	168	18,3±1,3	98	28,2±2,4	313	17,5±0,9
Составление и соблюдение семейного бюджета	86	16,4±1,6	243	26,5±1,5	150	43,2±2,7	479	26,8±1,0
Неустроенность свободного времени	85	16,3±1,6	257	28,0±1,5	147	42,4±2,7	489	27,4±1,0
Прочие	38	7,3±1,1	88	9,6±1,0	32	9,2±1,6	158	8,5±0,7
Сумма подверженности	1089		3314		1898		6301	
Средняя подверженность на 1 анкетированного	2,08±0,24		3,61±0,21		5,47±0,32		3,52±0,18	

Примечание: Частота подверженности больше числа анкетированных, так как каждый из них отметил 2 и более подверженности

Хотя отмеченные семейные стрессоры присущи практически всем анкетированным, однако в зависимости от уровня ЭС их частота существенно различается. Согласно достоверному значению критерия Ван-дер-Вардена (x=6,83; P<0,01), частота ряда показателей стрессоров с сильным уровнем ЭС выше, чем частота аналогичного ряда показателей среднего уровня ЭС, а частота этого ряда выше частоты со слабым уровнем ЭС. Поэтому на каждого анкетированного с сильным уровнем ЭС приходиться в среднем 5,47±0,32 семейных стрессоров, их число меньше среди анкетированных со средним уровнем ЭС- 3,61±0,21 стрессоров (t=4,89; P<0,001) и особенно среди анкетированных со слабым уровнем ЭС- 2,08±0,24 стрессоров (t=3,92; P<0,001). Поэтому если предпринять меры по снижению одновременного воздействия стрессоров, до двух то можно достигнуть ограничения распространенности среди городских жителей ЭС со средним и сильным уровнями.

Несмотря на столь широкую распространенность ЭС, подавляющее число анкетированных не предполагают, что причиной их патологических недомоганий, неурядиц в семье, заболеваемости может быть ЭС. Поэтому они редко обращаются к врачам, предпринимают самостоятельные лечебные меры. Ко всему и первичная медицинская сеть (поликлиники) не достаточна активна в отношении оказания соответствующей помощи пациентам с ЭС, врачи не обладают навыками диагностирования ЭС, их лечебные назначения в основном направлены на устранение общесоматической симптоматики, недостаточно они осведомлены и о мерах копинга. При организации профилактических обследований и диспансеризации поликлиники не предусматривают осуществление мер по выявляемости ЭС среди городских жителей. В то же время ЭС наносит отягочающий ущерб здоровью населения, о чем свидетельствуют оценки анкетированными собственного здоровья (табл.2).

Данные таблицы показывают, что при слабом уровне ЭС всего 5,5±1,0% анкетированных признали свое здоровье «очень плохим». тогда как показатель подобной оценки анкетированных с сильным уровнем ЭС много выше и составляет 21,6±2,2% (t=6,65; P<0,001). Такая же разница присуща оценке здоровья «плохое»-соответственно 11,5±1,4 и 29,4±2,4% (t=6,44; P<0,001).

Таблица 2

Характер оценок анкетированными собственного здоровья

Самооценка здоровья	Частота самооценок здоровья при разных уровнях стресса							
	Слабый		Средний		Сильный		Всего	
	n=523		n=917		n=347		n=1787	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Очень плохое	29	5,5±1,0	113	12,3±1,1	75	21,6±2,2	217	12,1±0,8
Плохое	60	11,5±1,4	175	19,1±1,3	102	29,4±2,4	337	18,9±0,9
Удовлетворительное	250	47,8±2,2	400	43,6±1,6	117	33,7±2,5	767	42,9±1,2
Хорошее	91	17,4±1,7	102	11,1±1,0	24	6,9±1,4	217	12,1±0,8
Очень хорошее	66	12,6±1,5	51	5,6±0,8	-	-	117	6,5±0,6
Трудноопределяемое	27	5,2±1,0	76	8,3±0,9	29	8,4±1,5	132	7,4±0,6

Показатели оценки здоровья «удовлетворительное» имеют противоположный характер, их значения выше среди анкетированных со слабым уровнем ЭС, нежели среди анкетированных с сильным уровнем ЭС - 47,8±2,2 и 33,7±2,5% (t=4,23; P<0,001). Сказанное относится и к показателям здоровья «хорошее»-17,4±1,7 и 6,9±1,4% (t=4,77; P<0,001), а показатель здоровья «очень хорошее» отметили только 12,6±1,5% анкетированных со слабым уровнем ЭС. Конечно, не во всех анкетах содержались достоверные сведения, на основании которых оценивался уровень ЭС. Достаточно отметить, что от 5,2±1,0 до 8,4±1,5% анкетированных не смогли точно оценить со стояние здоровья ЭС (t=1,78; P<0,05), тем не менее репрезентативность анкетированных устраняет эти искажения и дает развернутую картину как о распространенности разных уровней ЭС среди городских жителей, так и о роли семейных стрессоров в ее формировании.

Подытоживая вышеизложенные результаты можно заключить, что ЭС в настоящее время является наиболее значимой в медико-социальном отношении проблемой здравоохранения. В формировании ЭС активное участие принимают семейные стрессоры. Большинство из этих стрессоров управляемые и легко устраняемые посредством мер копинга. Однако недостаточная информированность городских жителей ограничивает возможность их использования. Поэтому необходимо осуществление организационно-информационной работы среди городских жителей относительно влияния ЭС на здоровье и важности самостоятельного устранения активности воздействия на организм семейных и прочих стрессоров.

ЛИТЕРАТУРА

1.К.Б.Фридман, Т.В.Крюкова «Урбанизация-фактор повышения риска здоровью» // Гигиена и санитария 2015, №1, с.8-11

2.ВОЗ. Урбанизация и здоровье // Бюл. ВОЗ, 2010, Вып. 88, №4, с.14-33

3.Е.С.Акарачкова, О.В.Котова, С.В.Вершина «Алгоритм диагностики, лечения и профилактики стресса (для врачей общей практики)» / Тера певтический архив, 2016, №6, с.102-107

4.Б.Т.Величковский. «Социальный стресс, трудовая мотивация и здоровье»//Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2015, №2 (40), с.24-36

5.Lim S., Vas T., Flaxman A. et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 // Lancet 2012, v.380, p.2224-2260.

6.Duckworth AL., Kim B, Tsukayama E. Life stress impairs self control in early adolescence // Front Psychol. 2012, v.3, p.608.

7. Матвеев А.М., Лавров П.А., Одинцов А.С. Социально-экономические преобразования и семья. Н.Новгород, 2014, с. 417

8.Smith A., Murray C., Pah S. Family and Health: the modern state. Oksford, 2011, p.236

9.Н.А.Антипин «Урбанизация и здоровье населения: экологический аспект» // Всероссийский форум «Пироговская хирургическая неделя» к 200-летию Н.И.Пирогова, М. 2013, с. 137-142

10.Lucini D, Pagani M. From stress to functional syndromes: An internist´s point of view // Eur J Intern Med., 2012, v.23(4), p.295-301.

11. Бритов А.Н., НЕлисеева.А., Деев А.Д.и др. Психосоциальные факторы в оценке общественного здоровья по результатам популяционного многоцентрового исследования // Проф. мед.-2012, №1,с.4-9

12. Исаева Е.Р.Возрастные и гендерные особенности стресс-преодолевающего поведения (Копинга) на примере Российской популяции // Вестник Томского гос. педагог. университета, 2009, №6(84),с. 86-90

13.Ware J., Kosinski M., Keller S. SF-36 physical and mental health summary scoles: a users manual.-Boston, Mass: The Health Institute, 1994, 217 p. -

14.Reedeer L.G., Chapman J.M., Coulson A.H. Socioenvironmental stress, tranquilizers and cardiovas cular disease // Proceedings of the Excerpta Medica International Congress Series 1968, p.226-38.

15. Гланц С. Медико-биологическая статистика. М., 1999, с. 462

16. A.O.Bədələva "Əhali arasında populyasiya səviyyəsində emosional stressin və onun yayılmasının diaqnostikası üçün Rider şkalasının aprobasiyası"// İctimai sağlamlıq və səhiyyə v cild, Bakı, 2017, s.24-32

Резюме

Влияние особенностей семейной среды обитания на формирование эмоционального стресса среди городских жителей

А.О.Бадалова

Целью работы явилось выявление и оценка «семейных»стрессоров, способствующих формированию эмоционального стресса (ЭС) и самооценка здоровья городскими жителями с разным уровнем ЭС. Работу провели на базах 3 поликлиник г. Баку (пациенты), 3 школах и 4 детских садах (родители), 12 торговых объектах и офисах (работники). Использовали опросники Reeder и SF-36, адаптированных к местным условиям. Анализировали 1787 анкет и амбулаторные карты в поликлиниках. Фиксированную группу жителей наблюдали в течение 4-7 месяцев. Слабый уровень ЭС выявлен у 29,3±1,1% жителей, средний уровень- у 51,3±1,2% (P<0,001), сильный уровень – у 19,4±0,9% (P<0,001). Выделены 16 «семейных» стрессоров, играющих основную роль в формировании ЭС, при сильном уровне ЭС одновременно на организм воздействуют в среднем 5,47±0,32 единиц отмеченных стрессоров. Только 6,9±1,4% городских жителей с сильным уровнем ЭС отметили хорошее состояние собственного здоровья. Организационно-информационная работа среди городских жителей по использованию мер копинга позволить снизить уровень распространенности ЭС.

Summary

Influence of the characteristics of the family environment on the formation of emotional stress among urban residents

A.O. Badalova

The aim of the work was to identify and assess "family" stressors that contribute to the formation of emotional stress (ES) and self-assessment of health by urban residents with different levels of ES. The work was carried out on the bases of 3 polyclinics in Baku (patients), 3 schools and 4 kindergartens (parents), 12 trade sites and offices (employees). Reeder and SF-36 questionnaires were used, adapted to local conditions. Analyzed 1787 questionnaires and outpatient cards in polyclinics. A fixed group of residents was observed for 4-7 months. A weak level of ES was detected in 29.3 ± 1.1% of inhabitants, the average level was in 51.3 ± 1.2% (P<0.001), a strong level - in 19.4 ± 0.9% (P<0.001) . 16 "family" stressors, which play the main role in the formation of ES, are singled out, with a strong level of ES simultaneously affecting 5.47 ± 0.32 units of noted stressors. Only 6.9 ± 1.4% of urban residents with a strong ES level noted a good state of their own health. Organizational and informational work among urban residents on the use of coping measures to reduce the prevalence of ES

Daxil olub:29.11.2017

MÜASIR DÖVRDƏ AZƏRBAYCANDA UŞAQLAR ARASINDA SALMONELYOZUN YAYILMASI

N.Ə. Məmmədova
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: salmonella, uaşqlar, Azərbaycan, epidemiologiya
Ключевые слова: сальмонелла, дети, Азербайджан, эпидемиология
Key words: salmonella, children, Azerbaijan, epidemiology

Salmonelyoz- kəskin zoonoz bağırsaq infeksiyası olub, həzm sisteminin zədələnməsi, intoksikasiya sindromu və su-duz mübadiləsinin pozulmasıyla xarakterizə olunur [1,2,3]. Müxtəlif mütəxəssislər tərəfindən verilən məlumata görə, hətta inkişaf etmiş ölkələr arasında belə xəstəliyin ləğvindən söz gedə bilməz, ancaq səviyyəsinin azaldılması və yaxud infeksiyanın əsas mənbələr arasında yayılmasının məhdudlaşdırılması məsələsi gündəmdədir. Beynəlxalq ticarətin genişləndirilməsi, heyvan mənşəli məhsulların,yemlərin, həmçinin ətraf mühitin dəyişməsi, salmonellalarda yeni xüsusiyyətlərin əmələ gəlməsi, heyvanların kəsilməsi və emalında yeni texnologiya, ümumi qidalanma şəbəkələrinin genişlənməsi və s. salmonelyozların yayılmasında əsas amillər kimi iştirak edir[4,5,9].

"Salmonelyozlar" dedikdə Salmonella cinsindən olan bakteriyalar tərəfindən törədilən kəkin bağırsaq infeksiyaları başa düşülür. Törədicinin 3 əsas antigeni O-somatik(termostabil, H-qamçılı (termolabil) ,K-səthi (kapsul) , 2 əlavə Vi və M (selikli) antigeni vardır. Xəstəlik klinik gedişinin polimorfizmiylə xarakterizə olunur, xüsusən də mədə-bağırsaq traktının zədələnməsi , ümumi intoksikasiya simptomlarının müxtəlif dərəcələri, tək-tək və qrup şəklində rast gəlinir. Salmonelyozlar qrammənfi bakteriyalar olub, Enterobacteriaceae fəsiləsinə aiddir. Ölçüsü 2-4x0.5 mkm, hərəkətlidirlər, 6-46 ℃ (optimal 37 ℃) temperaturda adi qidalı mühitlərdə böyüyürlər.Salmonellalar həm insan,həm də heyvanlar üçün patogendirlər. Bəzi serovarlar üçün insanlar xəstəliyin yayılmasının(86-92%) əsas mənbəyini təşkil edirlər(S. typhimurium, S. enteritidis, S. panama, S. infantis, S. newport, S. agona, S. derby, S. London). Müasir təsnifata əsasən salmonella cinsi 2 növə bölünür: S. enterica və S. Bongori .Axırıncı növ insan üçün patogen deyil. S. Enterica öz növbəsində 6 yarımnövə bölünür: enterica (I), salamae (II), arizonae (IIIa), diarizonae (IIIb), houtenae (IV), indica (VI). Salmonellaların təbiətdə geniş yayılması və yoluxma yollarının müxtəlifliyi onların genetik plastikliyi ilə izah olunu [1,7,10].

Hal-hazırda salmonellaların 2500 seroloji variantı vardır, yeni seroloji variantların identifikasiyası ÜST-nin Referens mərkəzində aparılır (Paster institutu, Fransa). Bu mərkəzdə faqotipləmə və serotipləmə üçün diaqnostik antigen sxem olan Kaufman-Uayt (2001) sxemindən istifadə edilir. Antibiotikədavamlı ştamlarla şərtlənmiş salmonelyoz alovlanmaları müalicə müəssisələrində, xüsusilə də doğum evlərində, pediatriya şöbələrində, psixiatriya və heriatriya şöbələrində mütəmadi olaraq qeyd olunur. Salmonelyozun bu növü təmas-məişət yolu ilə yoluxdurulan hospital infeksiya xarakteri daşıyır. Müxtəlif serotiplərlə əmələ gələn alovlanmalar klinik gedişində çox da fərq olmadığından, müasir dövrdə diaqnozda klinik gedişi və epidemioloji əhəmiyyəti olan serotipi qeyd etməklə kifayətlənirlər [7,10,11,13,16,17].

Epidemiologiyasına gəldikdə rezervuar və mənbəyini xəstə və yaxud bakteriyagəzdirən insanlar, xəstə heyvanlar (kiçik və iri buynuzlu mal-qara, donuzlar,atlar, ev quşları, reptiliyalar-ev tısbağası) təşkil edir. İnsanlar arasında əsas yoluxma yolu heyvan mənşəli qidalarlala fekal-oral mexanizmlə baş verir. Heyvanların ətinin yoluxması isə endogen (heyvan diri olarkən) və ekzogen (heyvan ətinin daşınmasında, kəsilməsində ,saxlanmasında) yolla baş verə bilər. Son illər törədicinin (S.enteritidis) quş əti və yumurtası ilə yayılması nəticəsində yaranan xəstələnmənin artması müşahidə olunmuşdur. Yoluxmanın su yolu heyvanların yoluxmasında rol oynayir. Təmas-məişət yolu ilə (əllər və tibbi alətlər) törədicinin yoluxdurulması müalicə müəssisələri üçün xarakterdir. Yoluxma riski 1 yaşa qədər uşaqlar və immundefisitli insanlar üçün daha yüksəkdir. Hava-toz yolu vəhşi quşlar arasında daha aktualdır. İri şəhərlərdə salmonelyozla yoluxma halları yüksəkdir. Salmonelyozla yoluxma halları il boyu müşahidə olunur, amma yay aylarında ərzaqların saxlanma şəraitinin pozulmasıyla əlaqədar olara, xüsusi ilə artır. Xəstələnmə halları sporadik və qrup şəklində ola bilər. Törədiciyə qarşı yüksək həssaslıq müşahidə olunur. Postinfeksion immunitet 1 ildən az müddətdə saxlanılır. Salmonellalar ətraf mühitdə uzunmuddətli yaşama qabiliyyətinə malikdirlər: suda 5 ay, torpaqda 18 ay, ətdə 6 ay, quş cəsədində 1 ildən çox , yumurta qabığında 24 gün . Aşağı temperaturu yaxşı keçirirlər, 100 ℃ -də ani olaraq ölürlər[7,9,10,12,13].

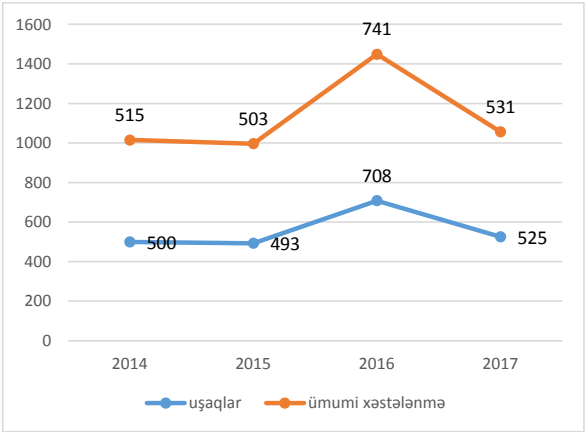
ABŞ-da hər il 1.4 milion adam rəsmi surətdə qeydə alınır, halbuki yoluxmuş insanların sayı 2 milion təşkil edir. Bundan əlavə, ABŞ-da bu infeksiya ilə hospitəlizə olunanların sayı 20 000, ölənlərin sayı 700 kimi göstərilir. Həmçinin bu xəstəliyə görə ölkə ildə 250 milion dollar maddi ziyan çəkir. Müasir dövrdə

salmonellaların növlərindən qida toksikoinfeksiyaları arasında ən çox yayılanı S.enteritidis qəbul olunmuşdur. 1994-cü ildə miqyasına görə ən iri alovlanma ABŞ-da baş vermişdi. Ekspertlərin rəylərinə görə alovlanmaya 224 000 insan cəlb olunmuşdu. İnsanlar S.enteritidislə yoluxmuş dondurmadan istifadə etdiklərinə görə yoluxmuşdular. Güman olunur ki, dondurma daşınmazdan əvvəl həmin yük maşınlarında çiy yumurta daşınmışdır.Yumurtaların salmonellalarla yoluxması endogen və ekzogen yolla baş verir. Ekzogen yoluxma zamanı salmonellalar yumurta qabığından yumurtanın içinə daxil ola bilər. Bu qabıqüstü qişanın pozulması,salmonella gəzdirən quşların ekskrementləri ilə qabığın çirklənməsi, yumurtaların yüksək temperaturda saxlanması, havanın rütubəti, yumuta qabığının temperatur fərqi nəticəsində nəmlənməsi, həmçinin saxlanmana qaydalarına düzgün əməl olunmaması nəticəsində baş verir. Təzə yumurtalar yoluxmaya daha dözümlüdürlər. Endogen çirklənmə zamanı isə salmonellalar yumurtaya yumurtalıqda formalaşan zaman düşür. Bu hal təbii yolla yoluxmuş toyuqların və cücələrin yumurtaçıxarıcı borularından alınmış materialda aşkar olunmaları ilə sübut olunmuşdur. Qeyd etmək lazımdır ki, yoluxmuş yumurtanın hec bir orqanoleptik dəyişikliyi olmur[7,10,11,12,14,15]. ÜST-nın 2016-cı il 28 aprel məlumatına əsasən ABŞ –ın bir neçə ştatında iri alovlanma hadisəsi qeydə alınmışdır.İnsanlar xırda tısbağalardan(təmas-məişət yolu) yoluxmuşlar. Luiziana ştatında yerləşən 4 ferma ev tısbağalarının yetişdirilməsi və digər ştatlara satılması prosesində təhlükəsizlik qaydalarını pozmuşdur[4,7,10,11,13].

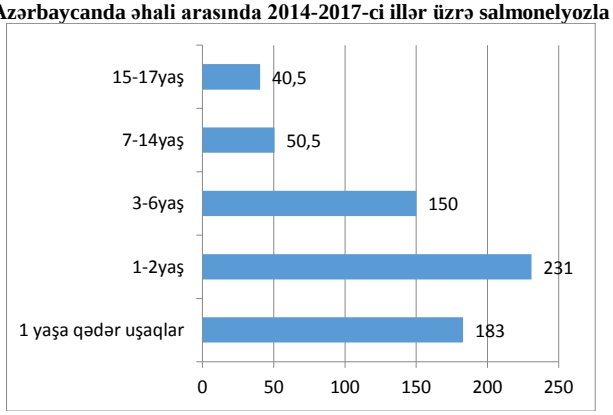
Dünya üzrə salmonelyoz bütün yaş qrupları arasında hələ də öz aktuallığını saxlamaqdadır. Qeyd etdiyimiz kimi salmonelyoz daha çox qida vasitəsilə yayılır. ÜST-nin məlumatına əsasən yoluxmanın rastgəlmə tezliyi qida məhsullarının(ət, toyuq, yumurta və s.) istehlakıyla düz mütənasibdir [4,5,6,8]. Həmçinin müasir dördə salmonellaların antibiotiklərə və dezinfektantlara daha rezistent hospital və qeyri-hospital formalarının yaranması müalicəyə yeni yanaşma tələb edir. 2009-2010-cu illərdə dünyada 99 000 salmonelyoz hadisəsi qeydə alınmışdır. ABŞ-da 1993-1997-ci illərdə aparılan tədqiqatlar nəticəsində məlum olmuşdur ki, qida zəhərlənmələrinin (letal sonluqla gedən) 45% -nə salmonellalar səbəb olmuşdur. Analoji hadisə (43%) Braziliyada 1999-2008-ci illərdə müşahidə olunmuşdur [7,8,9,10] . Rusiyada qida toksikoinfeksiyaları üzərində aparılan monitorinq (son 10 il) göstərdi ki, alovlanmaların 47%-i salmonellalar tərəfindən törədilir, bunların 34%-i toyuq ətinin istehlakı ilə əlaqədardır. 2009-2012-ci illərdə ildə 50 000 hadisə qeydə alınmışdır. Letallıq 100 min əhaliyə 0,01-0,02 təşkil edir,uşaqlar arasında isə 0,03. Quşçuluq məhsulları infeksiyanın insana yoluxdurulmasının əsas yolu kimi götürülür[5,6,7,8,9].

"Sivilizasiya xəstəliyi" adlandırılan salmonelyoz dünyada olduğu kimi Azərbaycanda da (S.typhimurium, S.infantus, S.enteritidis) kifayət qədər geniş yayılmışdır. Salmonelyoz ən çox qida vasitəsilə yayılır. Azərbaycanda,xüsusilə rayonlarda əhali arasında yayılan səhv fikrə görə ,uşaqlar ümumi qidalanmaya keçirildikdən sonra kənd məhsulları(kənd yumurtası, kənd südü, kənd toyuğu) mağazalarda satılan müvafiq məhsullardan daha xeyirlidir. Son illərdə iqtisadi cəhətdən inkişaf etmiş ölkələrin, həmçinin Azərbaycan Respublikasının müalicə-profilaktika müəssisələri arasında salmonelyozun hospital ştamlarının(S.typhimurium,S.infantus) səbəb olduğu yoluxmaların sayı böyüklər və uşaq əhalisi arasında xeyli artmışdır. Müasir salmoneylozun epidemik prosesində antibiotiklərin əsas qruplarına qarşı rezistent olan formaların sürətlə əmələ gəlməsi tendensiyası özünü qabarıq surətdə büruzə verir, həmçinin müasir nozokomial salmonelloz generalizə olunmuş formada və yüksək letallıqla xarakterizə olunur [1,3,5].

Xəstələnmə halları böyüklərdən fərqli olaraq daha çox uşaqlar arasında yayılmışdır(şək.1). Çünki, uşaqlar kəskin bağırsaq infeksiyalarına daha çox həssasdırlar. Salmonelyoz uşaqlar arasında virus mənşəli kəskin bağırsaq infeksiyalarından sonra ikinci yeri tutur. Xüsusilə, uşaqlar arasında 2-ci yarım ildən sonra yoluxma riski kəskin artır(şək.2). Lakin əhali arasında rəsmi qeydə alınmayan xəstələnmə halları kifayət qədərdir (aysberq simptomu)[1,3,4].



Şək.1.Azərbaycanda əhali arasında 2014-2017-ci illər üzrə salmonelyozla xəstələnmə halları (müt.rəq.)



Şək. 2.Azərbaycanda salmonelyozla xəstələnmənin yaş qrupları(0-17yaş) arasında paylanması, 1000 nəfər əhaliyə görə

Sonda qeyd etmək istəyirəm ki, ÜST-nin məlumatına əsasən salmonelyoz bütün dünya regionları üçün real problem olaraq qalır. Mütəxəssislərin fikrincə hətta epidemioloji nəzarəti normal səviyyədə olan ölkələrdə belə alınmış məlumatlar aysberq sindromunun yalnız üst və orta təbəqələrini əks etdirir (qeydiyyata alınmış hallarla real hadisə saylarının arasındakı nisbət 1:10, inkişaf etmiş ölkələr üçün 1:100)[(4,9,10].

ƏDƏBİYYAT

1.İsayev C.P.İnfeksion xəstəliklər Bakı, 2009, s.91-103

2.Близнюк,А.М. Этиологическая структура и проявления эпидемического процесса сальмонеллезов // Журнал Гродненского государственного медицинского университета, 2010, №1 (29), с.78-81

3. Гончар, Н. В. Клинические маски осложненного течения сальмонеллеза у детей // Детская медицина Северо-Запада, 2013, Т.4, №4, с.30-35

4. Информационный бюллетень, ВОЗ, 28.04.2017

5. Кучеренко, Н. П. Сальмонеллез у детей первого года жизни // Медик 2013, №1, с. 86-88

6. Лавринович, Д. Н. Клинические особенности госпитального сальмонеллеза// Вестник ВГМУ, 2007, №3, с. 80-85

7. Материалы IX Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням с международным участием. М., 2017, с. 237

8. Сергевнин, В.И. Эпидемиология острых кишечных инфекций. Пермь, 2008, с.289

9.Справочник практикующего врача // Под редакцией А.И.Воробьева. М.: Оникс, 2010, с. 421-422

10. Сурай П. Ф., Фотина Т.И. Еще раз о сальмонелле: // Борьба без победителя, 2013, №8, 2013, с.31-35

11.Филатов Н.Н., Симонова Е.Г. Перспективи совершенствования-управления эпидемическим процессом на современном этапе развития науки и практики // Инфекционные болезни,2010, с.338

12. Филиппова А.А, Симонова Е.Г., Савинов В.С., Шевченко Ю.В. Результаты изучения вспышечной заболеваемости сальмонеллезами в условиях мегаполиса // Инфекционные болезни, 2013, с.418

13. Gurtler J.B., Doyle M.P., Kornacki J.L. Foodborn pathogens 2011, p.151-169

14. Brunelle B.W., Bearson B.L., Allen H.K. Prevalence, evolution, and dissemination of antibiotic-resistance inSalmonella, Foodborne pathogens and antibiotic resistance, John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.,2017, p 331-348

15. Gast, R.K. Multiplication in egg yolk and survival in egg albumen of Salmonella enterica serotype enteritidis strains of phage types 4, 8, 13a, and 14b // J. of Food Protect., 2001, v.64, p.865-868

16. Gast, R.K. Influence of the level and location of contamination on the multiplication of Salmonella enteritidis at different storage temperatures in experimentally inoculated eggs // Poultry Sci., 2000, v.79, p. 559-563

17. Sherris Medical Microbiology 4 th.McGraw Hill -2004, p 674-676

Резюме

Распространения сальмонеллеза в Азербайджане среди детей в современных условиях.

Н.А. Мамедова

Сальмонеллезы занимают второе место после ОКИ среди детей всего мира. По полученным данным в Азербайджане в 2014-2017 годы среди детей 0-17 лет сальмонеллезы занимают второе место после гастроэнтеритов, энтеритов и энтероколитов не выявленной этиологии. Было выявлено, что риск заражения значительно выше у детей от 2-х полугодии до 2-х лет.

Summary

Prevalence salmonellosis among children in current conditions at Azerbaijan

N.A. Mammadova

Salmonellosis takes second place after acute intestinal virus infections among children in the world. According to official dates during the 2014-2017 th years salmonellosis takes second place among children 0-17 age groups and among gastroenteritis, enteritis, enterocolitis with not detected etiology in Azerbaijan. It has been discovered that the risk of infection is specially increasing among children the 2nd half the year until 2 years old.

Daxil olub:07.12.2017

MÜXTƏLİF TƏBİİ SUBSTRATLARDA YAYILMIŞ AKTİNOMİSETLƏR

N.A. Ağayeva

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: aktinomisetlər, su substratalrı, hava, torpaq

Ключевые слова: актиномицеты, водные субстраты, воздух, почва

Key words: actinomycetes, water substrates, air, soil

Aparılan ekoloji tədqiqatlar göstərir ki, aktinomisetlər torpaqlarda digər mikroorqanizmlər üçün qeyri-əlverişli olan mühitdə belə asanlıqla uyğunlaşıb yaşaya bilirlər. Ona görə də müxtəlif tip torpaqlarda gedən bioloji proseslər orada məskunlaşmış aktinomisetlərin həyat tərzinin qanunauyğunluğunu öyrənmədən araşdırılması mümkün deyil. Bu baxımdan son onillikdə torpaqda aktinomisetlərin ayrı-ayrı qruplarının bio-ekologiyasının öyrənilməsi, həmçinin də onların insan patologiyasındakı rolunun tədqiqi tədqiqatçıların aktinomisetlərə göstərdiyi diqqəti daha çox artırmışdır [2,3,4,5,9,10].

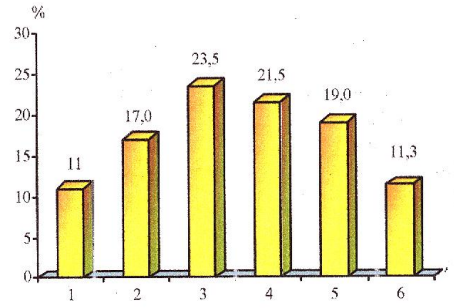
Aktinomisetlər bütün substratlarda – havada, su hövzələrində, dənizlərdə, göllərdə, bitkilərin rizosfer və epifit mikrobiotasında müşahidə olunsada, onlar əsasən torpaqda geniş yayılmışdır [1,3,5,6,8,10,13,15].

Aktinomikoz adlanan xəstəliklərə dünyanın bütün bölgələrində rast gəlinir və xroniki irinli proseslərin 2,5-20%-ni təşkil edir. Bəzi növlər (Actinomyces israelii, Actinomyces odontolyticus və s.) insan orqanizminin müxtəlif orqan və sistemlərində (üz-çənə nahiyəsi, ağız boşluğu, torakal, abdominal, sidik-cinsiyyət, mərkəzi sinir sistemi, dəri və s.) əmələ gəlməsinə səbəb olur [4,6,11,12,13,14,15]. Göstərilən xəstəliklər əsasən xroniki xarakterli olsa da, əlillik, eləcə də fatal sonluqlarla da nəticələnə bilir.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqatın məqsədi müxtəlif substratlarda aktinomisetlərin tədqiqi və onların içərisində həm saprofit, həm də patogen növlərin morfobioloji xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi olmuşdur.

Tətqiqatın obyekti torpaq, su, hava , bitkilər, müxtəlif patologiyalı xəstə insanlardan ayrılan aktinomisetlər olmuşdu. Torpaq, su və bitki nümunələri Azərbaycanın Cənub bölgəsindən (Lerik, Masallı və Cəlilabad rayonları) götürülmüşdür. Nümunələrdən durulaşma metodu üzrə məhsullar hazırlanıb, müxtəlif qidalı mühitlərdə (nişastalı amoniumlu aqar, kazeinli qliserinli aqar, Qauze 1, Qauze 2, ƏPA və s.) 28°C -də termofil aktinomisetlər üçün isə 40-50°C -də ümumi qəbul edilmiş metodlar üzrə kultivasiya edilmişdir (8,14,15). Havada aktinomisetlərin yayılmasının öyrənilməsi məqsədi ilə "Koxun qidalı muhit üzərinə çökdürmə" üsulundan istifadə edilmişdir [14].

Nəticələrin müzakirəsi Belə ki, tədqiq olunan rayonların ərazisində yerləşən 6 tip (dağlıq meşəaltı tünd qonur, meşəaltı qonur, şabalıdı, açıq çəmən, boz şabalıdı, sarı padzol) torpaqlardan alınmış aktinomisetlərin say dinamikası və növ tərkibi öyrənilmişdir. Məlum olmuşdur ki, aktinomisetlər üçün ən əlverişli torpaq tipi şabalıdı torpaqlar (23,5%), açıq çəmən torpaqlar (21,5%) və boz şabalıdı (19%) olmuşdur. Aktinomisetlərin ümumi miqdarı meşəaltı qonur, torpaqlarda 17,1% sarı podzol torpaqlarda 11,3% olmuşdur. Dağlıq meşəaltı tünd qonur torpaqlarda aktinomisetlərin nisbətən azlığı (11,0%) bu ərazinin iqlimi, torpağın rütubət və kimyəvi tərkibi ilə əlaqədardır (Şək/ 1). Aktinomisetlərin daha çox miqdarı torpağın 10-20 sm dərinliyində müşahidə edilmişdir.



Şək. 1. Müxtəlif tip torpaqlarda yayılmış aktinomisetlərin say dinamikası (1 q-da %-lə): 1 – dağlıq meşəaltı qonur, 2 – meşəaltı qonur, 3 – şabalıdı, 4 – açıq çəmən, 5 – boz şabalıdı, 6 – sarı podzol

Aktinomiset növlərinin müxtəlif tip torpaqlarda yayılmasında da müəyyən qanunauyğunluq nəzərə çarpır. Tətqiq olunan torpaqlardan 38 növ aktinomiset alınmışdır. Onların içərisində A.griseus, A.glaucus, A.fradiae, A.ruber, A.grisealbus və s. Dominantlıq təşkil etmişdir. Ən az təsadüf edilən növlərə isə A.willmorei, A.albicans, A.londinensis, A.lavendofuscus, A.naeslundii, M.rosea-nı misal göstərmək olar.

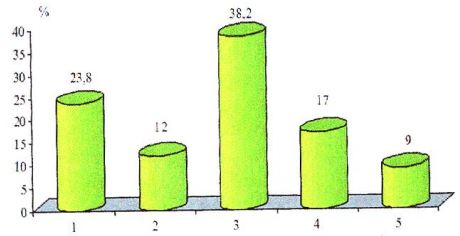
Bizim tətqiqatlarda dağlıq meşəaltı qonur torpaqlarda– 10, meşəaltı qonur torpaqlarda– 11, şabalıdı torpaqlarda – 22, açıq çəmən torpaqlarda– 21, boz şabalıdı– 12, sarı padzol torpaqlarda isə 7 aktinomiset növü əldə edilmişdir. Bəzi torpaq tiplərində termofil nümayəndələrdən A.thermofuscus, A.termovulgaris, A.curtava və s. də təsadüf edilmişdir.

Aparılan tətqiqatlar nəticəsində aydın olmuşdur ki, insan patologiyasında rol oynayan, xüsusilə ağız boşluğu və yuxarı tənəffus yolları infeksiyalarında iştirak edən aktinomisetlərə bu torpaqlarda da təsadüf edilir. Belə növlərə A.londinensis, A.erioksonii, A.naeslundii, M.rosea, S.hordei və s. aiddir. Qeyd etmək lazımdır ki, aktinomiset növləri içərisində bir çox növlər A.erioksonii, A.naeslundii, A.willmorei, M.vulgaris, A.bracus, A.canus, A.listeri Azərbaycan şəraitində ilk dəfə bizim tətqiqatlarımızda torpaqdan ayrılmışdır.

Tədqiq olunan ərazilərin bəzi bitki nümayəndələrindən də aktinomisetlərin alınması tədqiqatımızın növbəti vəzifəsi olmuşdur. Nəzərə alsaq ki, məhz bitki mənşəli qidaların istifadəsi, bir sıra patogenlik

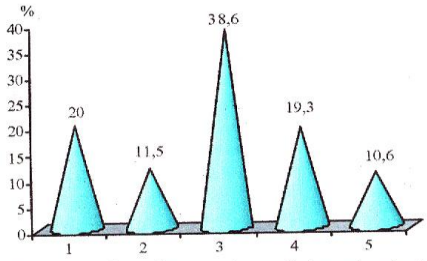
xüsusiyyəti olan aktinomisetlərin insan orqanizminə daxil olmasına səbəb olur, o zaman bu tədqiqatın əhəmiyyəti daha qabarıq görünə bilir. Belə ki, bitkilər 5 növünün (buğda, kartof, arpa, günəbaxan, çay) həm epifit, həm də rizosferindın götürülmüş materialların mikrobioloji müayinəsi aparılmışdır.

Məlum olmuşdur ki, aktinomisetlərlə zəngin bitki növləri əsasən buğda (epifit-23,8%, rizosfer -20%) və arpa (epifit-38,2%,rizosfer-38,6%) olmuşdur. Aktinomisetlərlə kartof bitkisinin epifit hissəsində 12% rizosferində 11,5% günəbaxan bitkisində epifit hissəsində 17%, rizosferində isə 19,3% təsadüf edilmişdir. Aktinomisetlər çay bitkisində daha az (epifit -9%, rizosfer -10,6%) müşahidə edilmişdir (şəkil 2).



Şək. 2. Bitkilərin epifit mikrobiotasından ayrılmış aktinomisetlərin ümumi miqdarı (%-lə): 1 – buğda, 2 – kartof, 3 – arpa, 4 – günəbaxan, 5 – çay

Ayrılmış aktinomiset növlərində isə buğdanın epifit hissəsindən 6 növ- A.albus, A.riverii,A.termovulgaris, A.thermofuscus, M.rosea əldə edilmişdir. Bu bitkinin rizosfer hissəsindən isə 12 növ- A.albus, A.albidus, A.globisporus, A.griseus, A.griserectus, A.glacus, A.roseolus, A.variabilis, A.thermovulgaris, A.thermofuscus, A.odontolyticus, S.hordei ayrılmışdır (şəkil 3).



Şək. 3. Bitkilərin rizosferindən ayrılmış aktinomisetlərin ümumi miqdarı (%-lə): 1 – buğda, 2 – kartof, 3 – arpa, 4 – günəbaxan, 5 – çay

Kartof bitkisinin epifit hissəsindən 4 növ – A.coroniformis, A.scabies, A.globisporus, A.gracilis, rizosferindən isə 2 növ – A.griseus, A.glaucus ayrılmışdır.

Arpanın (samanın) üzərindən 11 növ (A.albus, A.albidus, A.globisporus, A.catarrhalis, A.fradiae, A.thermovulgaris, A.thermofuscus, M.rosea, S.hordei, S.gregorii, S.viridis, T.curvata), rizosferindən isə əsasən 13 növ (Actinomyces albus, A.albidus, A.griserectus, A.fradiae, A.chromogenes, A.lavenofuscus, A. thermovulgaris, A.thermofuscus, M.rosea, S.hordei, S.gregorii, S.viridis, T.curvata) ayrılmışdır. Günəbaxan bitkisinin epifit hissəsindən 4 növ (A.londinensis, A.variabilis, A.odontolyticus, A.thermofuscus), rizosferindən isə 5 növ - A.griserectus, A.glaucus, A. fradiae, A.thermovulgaris, S.hordei növləri əldə edilmişdir.

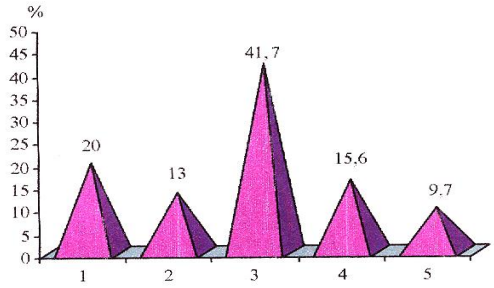
Çay bitkisinin epifit və rizosfer mikrobiotasından ümumilikdə 5 aktinomiset növü alınmışdır. Bu növlərə Actinomyces albus, A.roseolus, A.odontolyticus, A.glaucus, A.chromogenes aid olmuşdur.

Aparılan tədqiqatlardan göründüyü kimi, bitkilərin rizosfer və epifit mikrobiotasında aktinomiset növlərinin yayılmasında müəyyən qanunauyğunluq nəzərə çarpır. Bəzi bitkilərdə bir sıra növlər üstünlük təşkil etsə də, digərlərində bu növlərə olduqca az təsadüf edilir. Tədqiq olunmuş bitkilərdən 25 aktinomiset növü alınmışdır. Dominatlıq təşkil edənlər A.albus və A.globisporus vövləri olmuşdur. Bitkilərdə

mezofillərlə yanaşı bir çox termofil aktinomisetlərə də rast gəlinmişdir. Belə növlərə A.thermofuscus, A.thermovulgaris, T.curvata-nı, nadir cinslərdən sayılan S.gregorii, S.viridis-i göstərmək olar.

Qeyd etmək lazımdır ki, bu növlərin içərisində insan patologiyasında rol oynayan nümayəndələr də (A.odontolyticus, S.gregorii, S.viridis və s.) vardır.

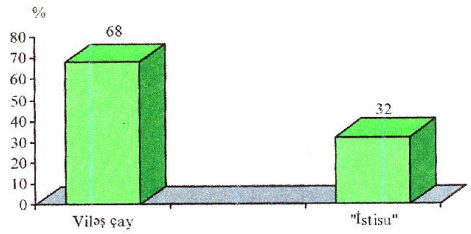
Tədqiq olumuş bitkilər bitən sahənin atmosferindəki aktinomisetlərin öyrənilməsi aparılan tətqiqat işinin növbəti məqsədi olmuşdur. Bu zaman müəyyən edilmişdir ki, aktinomisetlərin daha çox miqdarı arpa (41,7%), buğda (20,0%), günəbaxan sahəsinin (15,6%) atmosferində rast gəlinir (şəkil 4).



Şək. 4. Havadan alınmış aktinomisetlərin ümumi miqdarı (%-lə):
1 – buğda sahəsi, 2 – kartof sahəsi, 3 – arpa sahəsi,
4 – günəbaxan sahəsi, 5 – çay sahəsi

Ümumilikdə havada aktinomisetlərin növ tərkibi torpaq və bitkilərə nisbətən çox aşağı səviyyədə olmuşdur. Belə ki, müayinə edilən sahələrin atmosferindən cəmi 11 aktinmiset növü alınmışdır. Aktinomisetlərin yaşaması üçün nisbətən əlverişsiz olması ilə izah etmək olar.

Tədqiq edilən digər substrat su olmuşdur ki, Masallı rayonunun ərazisindən keçən "Viləş" çayından və həmin rayonun müalicevi istirahət zonası zonası sayılan, analoqu olmayan termal suyu mənbəyi "İsti – su " dan götürülmüşdür (şəkil 5).



Şək. 5. Sudan alınmış aktinomisetlərin ümumi miqdarı (%-lə)

Aktinomisetlər çay suyunda 68,0%, "İsti – su"-da isə 32,0% rast gəlinmişdir. Termal suda aktinomisetlərin belə az tapılması temperaturla əlaqədardır ki, burada yalnız termofil aktinomisetlər A.thermovulgaris, A.thermofoscus, T.curtuva kimi növlər izolə olunmuşdur. Belə ki, belə temperatur ona uyğunlaşmayan aktinomisetlərin inkişafına inhibisiyaedici təsir göstərir. Çay sularından aktinomisetlərin rast gəlinməsi torpağın çay suyu ilə yuyulması ilə izah edilir. Çay suyundan 8 (Actinorhyces albus, A.interllherabilis, A.hvidnanseni, A.griseus, A.ruber, A.glaucus, Saccharomonospora viridis) aktinomiset növü alınmışdır.

Aktinomisetlərin xəstəlik törədən formalarının tətqiqi insan orqanizminə düşmə səbəblərini peşə formalarının rolunu araşdırmaq məqsədilə tətqiq olunan ərazilərdə, xüsusilə əkin sahələrində çalışan 40 kənd təsərrüfatı işçisindən götürülmüş materilallar (ağız boşluğunun selikli qişalarından yaxma, bəlğəm) mikrobioloji müayinə edilmişdir.

Müəyyən edilmişdir ki, digər substratlarda təsadüf edilən bəzi aktinomiset növləri məhz bu insanların ağız boşluğunda, tənəffüs yollarında da məskunlaşmışdır. Belə ki, kənd təsərrüfatı işçilərindən 7 aktinomiset növü əldə edilmişdir ki, bu da bütün mənbələrdən alınmış aktinomisetlərin ümumi miqdarının 7,6%-ni təşkil edilmişdir.

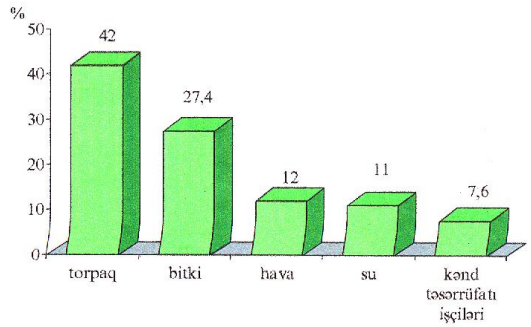
Belə növlərə A.albus, A.odontolyticus, A,thermovulgaris, A.pulmanalis, T.curtava, S.hordei, M.rosea və s. daxildir. Xususilə qeyd etmək olar ki, sonuncu növlər "fermer ağ ciyəri" adlanan allergik allveolotlərin törədicisi kimi tanınırlar. Tədqiqatın nəticələri aktinomisetlərin insan orqanizminə təbii substratlardan (torpaq, bitki su, hava və s.) daxil olaraq patoloji proseslərin yaranmasına səbəb olduğunu həmçicinin peşə faktorunun rolunu bir daha sübut edir.

Cədvəl

Kənd təsərrüfatı işçilərinin patoloji materialından alınmış aktinomisetlərin növ tərkibi

Ştammlar	Aktinomiset növləri	Miqdarı
21	A.albus	1
220	A.pulmanalis	3
154	A.odontolyticus	1
132	A.thermovulgaris	2
213	Termomonospora curvata	2
201	Saccharopolyspora hordei	1
167	Mikrobiospora rozea	1

Tədqiq olunmuş ərazilərin təbii substratlarında aktinomisetlərin faizlə miqdarı aşağıdakı kimi paylanmışdır: torpaq- 42,0%, bitki- 27,4%, hava- 12,0%, su- 11,0%, kənd təsərrüfatı işçilərində -7,6%. İstər havada, istərsə də suda aktinomisetlərin sayının digər substratlara nisbətən az olması, öz növbəsində növ müxtəlifliyinə də təsir göstərməyə bilməz, bu da mikrobiotanın tərkibinin sadələşməsi ilə özünü göstərir (şəkil 6).



Şək. 6. Müxtəlif obyektlərdən alınmış aktinomiset növlərinin müqayisəli miqdarı (%-lə)

Beləliklə, yuxarıda qeyd edilənləri nəzərə alaraq, belə nəticəyə gəlmək olar ki, bütün tətqiq edilən substratlarda aktinomisetlərə təsadüf edilir.

ƏDƏBİYYAT

1. Агаева Н.А. К вопросу изучения состояния иммунной системы у больных челюстно-лицевнм актиномикозом //Журнал инфекционной патологии. Иркутск, 2008, Т 15, N-1-4, с.70-75.
2. Ağayeva N.A. Act.griscus və Actinomyces sp-nin şəkərlərdə əmələ gətirdiyi biokütlənin təyini. Ümumi gigiyena və ekalogiya kafedrasının 80 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi məcmuə. Bakı, 2002, s. 57-60
3. Ağayeva N.A. Dominant actinomiset növlərinin sellülozanı parçalama qabiliyyəti. Azərbaycan Milli Elmlər Akademiyası "Ekologiya və fəlsəfə, mədəniyyət" elmi məqalələrin məcmuəsi. Bakı, 2002, s.246-248
4. Qasımova H.S., Babayeva T.Ə., Əhmədova F.R.Bəzi termofil aktinomisetlərin funqistatik xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi // "Elm XXI əsrin astanasında" mövzusunda elmi praktiki konfransın materialları, Bakı-1998, s.126-127

5. Агаева Н.А. Влияние экологических факторов на видовой состав актиномицетов. Материалы XI Международного симпозиума «Нетрадиционное растениеводства. Этиология // Экология и здоровье. Г.Алушта. Крым, 2002, с.70-73
6. Абушев Р.А. Влияние экологических факторов на развития актиномицетов в условиях Азербайджана // Конференция микробиологов Закавказскнх Реснублик Тбилиси, 1989, с.48
7. Джафарова К.А, Агаева Н.А., Аскеров В.Ф. Клинико-иммунологические особенности менингитов у детей // Azerbaijan Medical-Journal Баку, 2007, N-4, с 49-52.
8. Рыбалкина А.В., Коненко Е.В..Активная микрофлора почв. Сб. Микрофлора почв Евроцейской части СССР. Узд.АН СССР. М., 1991, с.240-249.
9. Красильников Н.А. Определитель актиномицетов. М.: Изд. АН СССР, 1970.
10. Олейник И.И., Мельников В.Г. Роль актиномицетов в развитие патологических процессов в полости рта // Стомотология, 1990, N-1, с.92-95
11. Мирзабалаева. А.К. Актиномикоз половых органов у женщин // Проблемы медицинской микологии, 2000, N-2, с.11-16.
12. Lioster J.et.al. Multiple actinomycosis brain abscesses // Press-Med, 2004, v.33(5), p.318-320.
13. Касимова Г.С. Актиномицеты почв Кура-Араксинской неизменности / «Ученые записки», серия биолог, наук, 1973,N-2, с, 26-30.
14. Зенова Г.Н., Д.Г.Звягинцев. разнообразие актиномицетов в наземных экосистемах. М.: Изд Московского Университета, 2002, с.130.
15. Зенова Т.Н. Звягинцев Д.Г. Разкообразие актиномицетов в наземных экосистемах. М.: Изд Московского Университета, 2002, С.130.

Резюме

Актиномицеты распространенные на различных субстратов

Н.А.Агаева

Целью нашего исследования явилось изучение микробиологической характеристики сапрофитных и патогенных актиномицетов. Впервые в Азербайджане было проведено сравнительное изучение биоэкологических свойств актиномицетов, полученных из различных источников (почва, воздух, вода, растения, из здоровых и больных организмов) и выделен 51 вид. Из них многие впервые в Азербайджане встречаются в наших исследованиях.

Summary

Actinomycetes common on various substrates

N.A.Agayeva

The main purpose of the scientifie work was to determine the origin of face-jaw and mouth cavity actinomycosic pahtological processes (face-jaw actinomycosis, periodontitis, gingivitis, flegmon and absces) which appeared to be mixed infections. The main purpose of the scientific work is to research microbiologically classifying of the actinomysetes taken from different substrates. For the first time it was comparatively studied ecological and biological features of actinomycosis cultures taken from different objects: soil, water, air, plants, farming workers and also from healthy and sick people of Azerbaijan. It was isdated 51 kinds from 6 genes for actinomysetes first time more of them are meet in Azerbaijan.

Daxil olub:22.01.2018

POSTMENOPAUZAL DÖVRDƏ YUMURTALIQLARIN POLİKİSTOZU SİNDROMU VƏ HİPERANDROGENİYANIN KLİNİK-DİAQNOSTİK XÜSUSİYYƏTLƏRİ

V.V. Rəhimova, E.M. Əliyeva, S.H. Sultanova, S.Ş. Məmmədova, E.V.Bayramova
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: polikistoz yumrtalıqlar, hiperandrogeniya, postmenopauza, diaqnostika
Ключевые слова: поликистозные яичники, гиперандрогения, постменопауза, диагностика
Key words: polycystic ovaries, hyperandrogenia, postmenopause, diagnosis

Postmenopauzal dövr qadın həyatını əhatə edənmüəyyən dövrdür. Yumurtalıqların funksional aktivliyi, o cümlədən estrogenlərin azalması fonunda qadın orqanizmində neyrohormonal dəyişikliklər postmenopauzal dövrün gedişatına təsir edir. Bu dəyişiliklərdən biri də müxtəlif mənşəli hiperandrogeniyadır [7,8].

Markolopoulos M.S. et al (9) görə, postmenopauzal dövrdə yumurtalıq və ya böyrəküstü vəz mənşəli, nisbi və ya mütləq hiperandrogeniya nəticəsində terminal tüklərin böyüməsi və yaxud virilizasiya simptomlarının inkişafı qeyd olunur. Postmenopauzal dövrdə yumurtalıqlarda androgenlərin sekresiyası estrogenlərə nisbətdə nəzərə çarpacaq dərəcədə artır. Estrogenlərin azalmasına baxmayaraq androgenlərin sekresiyası uzun müddət davam edir [5,6].

Pre- və postmenopauzal dövrdə androgenlərin ifrazı lüteinizə hormonu stimulyasiyası nəticəsində baş verir. Bu dövrdə estrogenlər və androgenlər disbalansı nəticəsində cinsi steroid bağlayıcı qlobulinlərin miqdarının azalması və azad androgenlərin artması təyin edilir. Pre- və postmenopauzal dövrdə androgenlərin sekresiyasının artması bu dövrdə olan insulin rezistentlik və hiperinsulinemiya ilə əlaqədardır [6,10].

Postmenopauzal dövrdə hiperandrogeniyanın diaqnostikasında hormonal və biokimyəvi laborator tədqiqatların aparılması və androgenlərin səviyyəsinin təyini vacibdir. Müəyyən edilmişdir ki, postmenopauzal dövrdə olan qadınlarda qeyri şiş (funksional) və şiş mənşəli hiperandrogeniya qeyd olunur [5,8,10].

Qeyri şiş mənşəli hiperandrogeniya yumurtalıqların polikistozu olan qadınlarda daha çox rast gəlir. Bu sindromun reproduktiv dövrdə klinik, biokimyəvi, morfoloji kriteriyaları təmin edilir.

Guman olunur ki, postmenopauzal dövrdə yumurtalıqların polikistozu sindromunun reproduktiv dövrdə olan əlamətləri menopauzadan sonra qalması nəticəsində özünü büruzə verir [1,3,4]. Təyin olunub ki, peri postmenopauza dövrlərdə həm yumurtalıq, həm də böyrəküstü vəzi mənşəli hiperandrogeniyanın artması qeyd olunur. Bəzi müəlliflər qeyd edirlər ki, yumurtalıqların polikistozu sindromunun əlamətləri eyni zamanda ürək-damar xəstəliklərinin və hormon asılı xərçəngönü xəstəliklərinin inkişaf riskini nəzərə çarpacaq dərəcədə artır[2,10,11]. Qeyd etmək lazımdır ki, bu günə qədər postmenopauzal dövrdə yumurtalıqların polikistozu sindromunun patogenezi və klinik-diaqnostik əlamətləri öyrənilməyib.Problemin aktuallığını nəzərə alaraq tədqiqatın məqsədi təyin edilib.

Tədqiqatln məqsədi postmenopauzal dövrdə yumurtalıqların polikistozu sindromu (YPS) və hiperandrogeniyanın (HA) klinik və diaqnostik təzahürlərinin öyrənilməsi olmuşdur.

Məqsədə uyğun olaraq postmenopauzal dövrdə YPS və HA olan 38 qadın müayinə olunmuşdur. Tədqiqata daxil olan qadınlarda klinik, hormonal, biokimyəvi, funksional müayinələr aparılmışdır.

Aparılan tədqiqatlar nəticəsində təyin edilmişdir ki, postmenopauzal dövrdə YPS fonunda HA olan qadınların orta yaşı 64,1±1,5 (44-80) yaş olmuşdur.

Müayinə olunan qadınların anamnezi araşdırılarkən menarxe 12,74±0,26 (10-16) yaş olmuşdur. Bu qadınlarda cinsi həyat 22,8±0,53 (17-32) yaşda olmuşdur. Postmenopauzal dövrdə YPS mənşəli HA olan qadınların anamnezində reproduktiv funksiyanın xüsusiyyətlərini öyrənərkən müəyyən edilmişdir ki, 38-dən 17-də (42,7%) I sonsuzluq, 6-da (15,8%) II sonsuzluq olmuşdu. Müəyyən edilmişdir ki, reproduktiv dövrdə sonsuzluğun əsas səbəblərdən endokrin faktorolmuşdur.

Müayinə olunan qadınlarda reproduktiv dövrdə yüksək tezliklə aybaşı funksiyasının pozulması qeyd olunurdu. Müəyyən edilmişdir ki, 38 qadından 19-da (50%) opsomenoreya təyin edilir. 11 qadında (28,9%) aybaşı pozulmaları müşayiət edilirdi, 8-də isə (21%) aybaşı funksiyası pozulmamışdır. Aybaşı pozulmalarından 6-da (54,5%) polimenoreya, 3-də (27,3%) menoragiya, 2-də (18,2%) oliqomenoreya qeyd olunurdu.

Postmenopauzal dövrdə YPS olan qadınların anamnezindən müəyyən olunmuşdur ki, reproduktiv dövrdə bu qadınların 58,5%-də YPS-in müalicəsində menopauzal, rekombinant qonadotropinlərdən, qonadotropin relizinq hormonun aqonistlərindən istifadə edilmişdir.

Müəyyən edilmişdir ki, reproduktiv dövrdə ovulyator tsikli bərpa etmək üçün ovulyasiyanın induksiyasında müxtəlif dozada klomifen sitrat (klosilbeqit) preparatından istifadə edilmişdir. Aparılan müalicə nəticəsində 23 sonsuz olan qadınların 18-də (78,3%) ovulyasiya bərpa olunmuş, hamiləlik baş vermişdir, 5-də (21,7%) ovulyasiya induksiyası effektsiz olmuşdur.

Beləliklə, postmenopauzal dövrdə YPS fonunda HA olan qadınların anamnezində 58,5%-də sonsuzluq qeyd olunmuşdur. Onlardan 42,7%-də I-li və 15,8%-də II-li sonsuzluq, 50%-də aybaşı tsiklinin pozulmaları, 28,9%-də aybaşı pozulmaları qeyd olunmuşdur.Müayinə olunan qadınlara sonsuzluq və aybaşı funksiyasının pozulması ilə əlaqədar müxtəlif hormonal preparatlar təyin edilmişdir.

YPS və HA olan qadınların postmenopauzal dövrün müddəti 9,63±0,76 (2-22) il olmuşdur. Müayinə olunan qadınların çəkisi 91,1±2,35 (67-120) kq, boyu isə 1,63±0,01 (1,5-1,75)m olmuşdur.

Aparılan tədqiqatlarda postmenopauzal dövrdə YPS və HA olan qadınlarda klimakterik sindromun əlamətlərinin tezliyi öyrənlmişdir və Modifikasiya olunmuş Menopauzal İndeks (MMİ) təyin edilmişdir. Bütün qadınlarda hormonal, biokimyəvi, funksional müayinə metodları tətbiq edilmişdir. Alınan nəticələr statistik işlənmişdir. Orta qiymətin parametrik və qeyri-parametrik üsullarla hesablanması üçün nəzərdə tutulmuş "Statgraph" proqramı tətbiq etməklə aparılmışdır. Hormonal müayinələrdəfollikulostimuləedici (FSH), Lüteinləşdirici (LH), Tireostimuləedici hormonlar (TSH), Prolaktin (PRL), Estradiolun (E2), Estronun (E1), Dehidroepioandrostendionun (DHEA), Androstendionun (An), Kortizolun (K), 17-hidroksiprogesteronun (17OH), Testosteronun (T), Triyotireoinin (T_3), Tiroksinin (T_4) miqdarı təyin edilmişdir. karbohidrat mübadiəsinin göstəricilərindən qlükozanın,, insulunun ac qarnına, və OQTT sonra səviyyələri təyin edilmişdir. Eyni zamanda bütün qadınlara vaginal ötürücü ilə uşaqlığın və yumurtalığın exoqrafik göstəriciləri müəyyən edilmişdir.

Postmenopauzal dövrdə YPS və HA olan qadınların şikayətlərinin tezliyi cədvəl 1-də əks olunmuşdur.

Cədvəl 1

Postmenopauzal dövrdə YPS və HA olan qadınların şikayətlərinin tezliyi (n=38)

Şikayətlər	Müt.	%	Şikayətlər	Müt.	%
Üzdə və bədən nahiyyəsində tüklənmə	38	6,4	Qorxu hissi	29	4,9
Səs tembrinin müxtəlif dərəcədə dəyişməsi	33	5,6	Baş ağrıları	33	5,6
Başda saçların tökülməsi	37	6,3	Ürək döyünmələrinin artması	28	4,7
Bədən çəkisinin artması	29	4,9	Süd vəzidə gərginlik hissi	13	2,2
Qıcıqlılıq	32	5,4	Uşaqlıq yolu irinli ifrazatın artması	28	4,7
Dəridə yağlanmanın artması	36	6,1	Uşaqlıq yolunda göynəmə	27	4,6
Ürək nahiyyəsində ağrıların olması	31	5,2	Uşaqlıq yolunda qanlı ifrazatın olması	16	2,7
Yaşa uyğun olmayan emosional aktivlik	38	6,4	Uşaqlıq yolunun sallanması	23	3.9
Yuxu pozğunluğu	32	5,4	Qasıqüstü nahiyyədə ağrılar	22	3,7
Ümumi halsızlıq	28	4,7	Cinsi əlaqə zamanı ağrı	19	3,2
Sidiyin saxlamaması	20	3,4			

Cədvəl 1-dən göründüyü kimi, postmenopauzal dövrdə YPS və HA olan qadınarda yüksək tezliklə üz və bədən nahiyyəsində tüklənmə (6,4%), yaşa uyğun olmayan emosional aktyivlik (6,4%), başda saçların tökülməsi (6,3%), dəridə yağlılığın artması (6,1%), baş ağrıları (5,6%), qıcıqlılıq (5,4%), ürək nahiyyəsində ağrılar (5,2%), ürək döyünmələrinin artması (4,7%), bədən çəkisinin artması (4,9%), uşaqlıq yolu ifrazatı artması (4,7%), qorxu hissi (4,9%), ümumi halsızlıq (4,7%), uşaqlıq yolunun göynəməsi (4,6%) yüksək tezliklə qeyd olunmuşdur.

Aparılan tədqiqatlar nəticəsində təyin olunmuşdur ki, 38 postmenopauzal dövrdə YPS və HA olan qadınların hamısında (100%) üz və bədən nahiyyəsində tüklənmə, yaşa uyğun olmayan emosional aktivlik, 37-də (97,4%) başda saçların tökülməsi, 36-da (94,7%) dəridə yağlılığın artması, 33-də (86,4%) baş ağrıları, 32-də(84,2%) qıcıqlılıq, 31-də (81,6%) yuxu pozulmaları, 29-da (76,3%) ürək nahiyyəsində ağrılar, qorxu hissi, 28-də (73,7%) ümumi halsızlıq, ürək döyünmələrinin artması, uşaqlıq yolunda irinli ifrazatın artması, 27-də (71,7%) uşaqlıq yolunda quruluq hissi yüksək tezliklə təyin edilmişdir.

Beləliklə, postmenopauzal dövrdə YPS və HA olan qadınarda yüksək tezliklə müxtəlif şikayətlərin olması qeyd olunur.

Postmenopauzal dövrdə YPS və HA olan qadınarın klimakterik sindromunun vegeto-damar, mübadilə-endokrin və psixo-emosional əlamətlərin qabarıqlığı öyrənilmişdir.

Təyin edilmişdir ki, postmenopauzal dövrdə YPS və HA olan qadınlarda 21 xəstədən 18-də (85.7%) A/T 150/90, 160/100 olması, 35 xəstədən 26-da (74.3%) tez-tez baş ağrılarının olması 36 xəstədən 30-da (83.3%)

tərləmə ++, 32 xəstədən 22-də (68.8%) daimi yuxu pozulması yüksək tezliklə təyin edilir. Postmenopauzal dövrdə YPS və HA olan qadınarın klimakterik sindromunun vegeto-damar əlamətləri 36,3±1,0 bal olmuşdur, bu da vegeto-damar əlamətlərin ağır dərəcəsini əks etdirir.

Postmenopauzal dövrdə YPS və HA olan qadınarın klimakterik sindromun mübadilə endokrin əlamətlərindən yüksək tezliklə bədən çəkisinin 33 kq/sm^2 artması (100%), 13 xəstədən 8-də (72.7%) subkompensasiya formalı şəkərli diabet, 29 xəstədən 20-də (69%) daimi baş ağrılarının olması, 13 xəstədən 9-da (69.2%) susuzluq +++ qeyd edilir.

Aparılan tədqiqatların nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, postmenopauzal dövrdə YPS və HA olan qadınarda mübadilə endokrin əlamətləri 14,0±2,4 bal olmuşdur, bu da mübadilə endokrin əlamətlərin orta ağır dərəcəsini əks etdirir.

Postmenopauzal dövrdə YPS və HA olan qadınarda psixoemosional əlamətlərdən yüksək tezliklə 36 xəstədən 30-da (83.3%) yüngül zehni işdən sonra əmək qabiliyyətinin aşağı düşməsi, 36 xəstədən 25-də (69,4%) yaddaş pozğunluğu +, 34 xəstədən 21-də (61,8%) qeyri-sabit əhval ruhiyyə, 32 xəstədən 23-də (69,7%) həssaslığın artması qeyd olunur.Müayinə olunan qadınlarda klimakterik sindromun psixoemosional əlamətlərin tezliyi 14,9±1,2 bal olmuşdur, bu da klimakterik sindromun psixoemosional əlamətlərinin ağır dərəcəsini əks etdirir.

Aparılan tədqiqatda postmenopauzal dövrdə YPS və HA olan qadınarın Modifikasiya olunmuş Menopauzal İndeksi 65,2±0,7 bal olmuşdur, bu da bu qadınlarda klimakterik sindromun ağır dərəcəsini göstərir.

Postmenopauzal dövrdə YPS və HA olan qadınlarda hirsut rəqəm 20,9±0,24 (16-30) bal, bu da hirsutizmin orta ağır dərəcəsini əks edir.

Aparılan tədqiqatda postmenopauzal dövrdə YPS və HA olan qadınlarda hormonal göstəricilərin xüsusiyyətləri öyrənilmişdir. Alınan nəticələr cədvəl 2-də təqdim olunub.

Cədvəl 2

Postmenopauzal dövrdə YPS və HA olan qadınlarda hormonal göstəricilər (M±Se)

Hormonlar	Müayinə qrupu		P
	YPS və HA olan qadınlar	Müqayisə qrupu	
FSH, miU/ml	72,67±3,5 (37-117)	51,24±2,7 (30,2-11,4)	<0,05
LH, miU/ml	31,71±2,1 (10,4-60)	21,92±1,92 (9-36)	<0,05
TSH, miU/ml	2,25±0,19 (0,4-4,3)	2,49±0,33 (0,3-4,2)	>0,05
Prl, ng/ml	156,72±16,44 (94-101)	116,86±3,99 (52,4-210,8)	>0,05
DHEA, ng/dl	1,2±0,15 (0,35-2,4)	1,3±0,03 (0,64-2,3)	>0,05
Androstendion (An), ng/ml	167,33±9,2 (9-140)	132,4±8,98 (45-190)	>0,05
Testosteron (T), ng/dl	2,3±0,1 (1,6-3,8)	1,81±0,005 (0,4-1,1)	<0,05
Estradiol (E_2), pg/ml	67,4±5,0 (94-154)	40,41±2,1 (26-58)	<0,05
Kortizol (C), ng/ml	143,6±5,6 (101,2-310)	127,88±10,67 (78-279)	>0,05
Estron (E_1), pg/ml	113,1±12,1 (40-197)	9,5±0,52 (8-11,5)	<0,05
17-OH progesteron, ng/ml	0,62±0,1 (0,21-1,23)	0,54±0,09 (0,15-1,3)	>0,05
T_3, pg/ml	2,3±0,11 (1-3,6)	2,02±0,19 (11,2-3,3)	>0,05
T_4, ng/dl	1,64±0,07 (0,7-2,1)	1,9±0,12 (0,7-2,3)	>0,05

Cədvəl 2-dən göründüyü kimi, postmenopauzal dövrdə YPS və HA olan qadınlarda FSH, LH, E2, E1, Tstatistik dürüstlük dərəcəsinin artması təyin olunur (P<0,05).

Postmenopauzal dövrdə YPS və HA olan qadınlardın karbohidrta mübadiləsinin göstəriciləri cədvəl 3-də təqdim edilmişdir.

Cədvəl 3-dən göründüyü kimi, postmenopauzal dövrdə YPS və HA olan qadınlarda qlükozanın ac qarnına və oral qlükozanın tolerant testdən sonra statistik dürüst dərəcəsinin artması qeyd olunur (P<0,05).

Postmenopauzal dövrdə YPS və HA olan qadınlarda uşaqlığın exoqrafik göstəriciləri təyin edilmişdir və nəticələr cədvəl 4-də təqdim edilmişdir.

Cədvəl 4-dən göründüyü kimi, postmenopauzal dövrdə YPS və HA olan qadınlarda uşaqlığın uzunluğu, ön-arxa ölçüsü və endometriumun qalınlığının statistik dürüst dərəcədə postmenopauzal dövrdə HA olmayan qadınların göstəricilərindən yüksək olması qeyd olunur. Uşaqlığn eninin isəazalması təyin olunur (P<0,05). Qeyd etmək lazımdır ki, postmenopauzal dövrdə YPS və HA olan qadınlarda endometriumun hiperplaziyası yüksək tezliklə rast gəlinir ki, bu da müayinə olunan qadınlarda postmenopauzal dövrdə preinvaziv və invaziv xəstəliklərə meyilliliyi əks etdirir.

Postmenopauzal dövrdə YPS və HA olan qadınlarda yumurtalıqların exoqrafik göstəriciləri təyin edilmiş və nəticələr cədvəl 5-də təqdim olunmuşdur.

Cədvəl 3

Postmenopauzal dövrdə yumurtalıqların sindromu və hiperandrogeniya olan qadınlarda karbohidrat mübadiləsinin göstəriciləri (M±Se)

Göstəricilər	Müayinə qrupları		P
	YPS və hiperandrogeniya olan qadınlar	Müqayisə qrupu	
Qlükoza ac qarnına, mg/dl	104,94±1,78 (84-110)	82,78±1,99 (56-124)	<0,05
İnsulin ac qarnına, uİU/ml	11,8±0,33 (9-12)	9,46±1,0 (6,9-15)	>0,05
Qlükoza OQTS, mg/dl	146,9±4,7 (110-210)	116,3±1,73 (90-120)	<0,05
İnsulin OQTS sonra, uİU/ml	21,0±0,28 (17-40)	22,0±0,11 (17,0-39,0)	>0,05

Cədvəl 4

Postmenopauzal dövrdə YPS və HA olan qadınlarda uşaqlığın exoqrafik göstəriciləri (M±Se)

Uşaqlığın ölçüləri	Postmenopauzal dövrdə YPS və HA olan qadınlarda	Postmenopauzal dövrdə HA olmayan qadınlarda	P
Uzunluğu, mm	57±0,06(36-75)	44,44±0,9 (25-58)	<0,05
Eni, mm	38±0,09(30-69)	40,66±0,08 (35-45)	<0,05
Ön-arxa ölçüsü, mm	30±0,11(14-35)	27,76±0,025 (18-32)	<0,05
Endometriyanın qalınlığı, mm	10±0,03(2-14)	2,22±0,05 (0,6-1,4)	<0,05

Cədvəl 5

Postmenopauzal dövrdə YPS və HA olan qadınlarda yumurtalıqların exoqrafik göstəriciləri (M±Se)

Yumurtalıqların göstəriciləri	Postmenopauzal dövrdə YPS və HA olan qadınlarda	Postmenopauzal dövrdə HA olmayan qadınlarda	P
Sağ yumurtalıq:			
- uzunluğu, mm	24,1±0,08 (16-30)	18,82±0,09 (10-20)	<0,05
- eni, mm	18,3±0,06 (16-30)	11,1±0,04 (8-14)	<0,05
- qalınlığı, mm	20,0±0,06 (14-26)	15,49±0,07 (12-20)	<0,05
- follikul sayı	3,2±0,09 (2-4)		
Sol yumurtalıq:			
- uzunluğu, mm	25,0±0,08 (16-31)	19,74±0,07 (10-25)	<0,05
- eni, mm	19,2±0,1 (12-22)	10,74±0,05 (8-14)	<0,05
- qalınlığı, mm	21,2±0,03 (9-26)	14,99±0,08 (12-18)	<0,05
- follikul sayı	3,3±0,02 (2-4)		

Cədvəl 5-dən göründüyü kimi, postmenopauzal dövrdə YPS və HA olan qadınlarda yumurtalıqların ölçüləri hiperandrogeniya olmayan qadınların göstəricilərini statistik dürüst dərəcədə yüksəlmişdir (P<0,05).

Qeyd etmək lazımdır ki, müayinə olunan qadınların yumurtalıqlarında 3-4 atrezik follikul vizualizasiya olunur, bu da postmenopauzal dövrə uyğun olmayan yumurtalıqlarda müxtəlif diametrli follikulların olması və endogen estrogenlərin sekresiyasının mənbəyi kimi təyin edilir. Postmenopauzal dövrdə yaranan nisbi hiperestrogeniya endometriumun funksional qatının qalınlaşmasına və endometriumun hiperplastik proseslərinə meyillik yaradır.

Beləliklə, postmenopauzal dövrdə YPS və HA olan qadınlarda klimakterik sindromun yüngül əlamətləri təyin edilir: vegeto-damar əlamətləri 36,3±1,0 bal, mübadilə endokrin əlamətlər 14,0±2,4 bal, psixoemosional əlamətlər isə 14,9±1,2 bal, modifikasiya olunmuş menopauzal indeks 55,8±1,78 bal, Ferriman-Qollvey şkalasına görə, bu qadınlarda hirsut rəqəmin tezliyi 20,9±0,24 bal olmuşdur.

Postmenopauzal dövrdə YPS və HA özünü FSH-ın (72,67±3,5 MİU/ml), LH-ın (31,71±2,1 MİU/ml), T-nın (2,3±0,1 ng/dl), E_2-nin (67,4±5,0pg/ml), E_1-nin (113,1±12,1 pg/ml), qlükozanın ac qarnına (104,94±1,78 mg/dl) və OQTS-dən sonra (146,9±4,7 mg/dl) statistik dürüst dərəcədə artması ilə özünü büruzə verir.

Exoqrafik göstəricilərə görə, postmenopauzal dövrdə YPS və HA olan qadınlarda uşaqlıq və hər iki yumurtalıq göstəriciləri nəzərə çarpacaq dərəcədə artmış və yumurtalıqların kapsula altında müxtəlif diametrli atrezik follikul təyin edilir (P<0,05). Müayinə olunan qadınlarda endometriumun qalınlığının statistik dürüst dərəcəsi yüksək olması qeyd edilir (P<0,05).

Aparılan tədqiqatlar əsasında postmenopauzal dövrdə yumurtalıqların polikistozu sindromu və hiperandrogeniya olan qadınlarda endometriumun preinvaziv və invaziv xəstəliklərinin yaranmasında risk amili kimi qeyd etmək olar.

ƏDƏBİYYAT

1. Əsədova Ş.Ş. Bakı şəhərində yaşayan qadınlarda postmenopauzal osteoporozun klinik-diaqnostik xüsusiyyətləri, müalicəsi və profilaktikası: Dis....t.e.n., Bakı, 2001, 132 s.

2. Алиева О.М. Особенности течения стенокрадии анпряжения у женщин в постменопаузальном периоде (вопросы диагностики и лечения): Автореф. дисс... к.м.н., Баку, 119 с.

3. Гасанова Н.Н. Клинико-диагностические особенности постменопаузального периода у женщин после оварио- и гистерэктомии // Дисс...к.м.н., Баку, 2011, 122 с.

4. Годжаева А.А. Клинико-диагностические особенности течения урогенитальных расстройств уженщин с длительными постменопаузальным периодом // Дисс. К.м.н., Баку, 2014, 140 с.

5. Кожабекова Т.А., Нурмахаммад Ф.Н., Баят Ж. Гиперандрогения яичникового генеза // Вестник КазНМУ, 2015, №1, с. 4-6.

6. Alpanes M., Gonzales-Casbas J.M., Sainches J., Pian H. Management of postmenopausal virilization // J.Clin.Endocrin.Metab., 2012, Vol.97, №8, p. 2584-2588.

7. Hofland M., Cosyns S., De Sutter P., Bourgain C., Velkeniers B. Leydig cell hyperplasia and Leydıg cell tumour ın postmenopausal women: report of two cases // Gynecol.Endocrinol., 2013, v.29, №3, p. 213-215/

8. Kaltsas G., Makropoulos M. Postmenopausal hyperandrogenism // Endocrin.Abstracts., 2014,№35, p. 33-40.

9. Makropoulos M.C., Kassi E., Alexandraki K.I., Mastorakos G., Kaltsas G. Management of endocrine disease: Hyperandrogenism after menopause // Eur.J.Endocrinol., 2015, №172, p. 79-91

10. Rothman M.S., Wierman M.E. How should postmenopausal androgen excess be evaluated? // Clin.Endocrinol., 2011, vol. 75, №2, p. 160-164

11. Wild R.A., Carmina E., Diamanti-Kandarakis E., Dokras A. Assessment of cardiovascular risk and prevention of cardiovascular disease in women with the polycistic ovary syndrome: a consensus statement by the androgen Excess and Polycistic Ovary Syndrome (AE-PCOS) Society // J.Clin.Endocrinol.Metab., 2010, v. 95, №5, p. 2038-2049.

Резюме

Особенности течения постменопаузального периода у женщин с синдромом поликистзных яичников и гиперандрогенией

В.В.Рагимова, Э.М.Алиева, С.Х.Султанова, С.Ш.Мамедова, Э.В.Байрамова

Цель исследования: изучить клинико-диагностические особенности течения постменопаузального периода у женщин с СПКЯ и гиперандрогенией. Обследовано 38 женщин с СПКЯ и гиперандрогенией, находящихся в постменопаузальном периоде. Установлено, что у женщин с СПКЯ и гиперандрогенией отмечаются лёгкие появления климактерического синдрома. По шкале Куппермановценка вегето-сосудистых проявленийсоставляет 36,3±1,0 баллов, обменно-ендокринных симптомов 14,0±2,4 баллов, психоэмоциональных проявлений 14,9±1,2 баллов. Модифицированный менопаузальный индекс (ММИ) у обследованных женщин был в пределах 65,2±0,7 баллов. Степень оволосения по шкале Ферримана-Голльвея составила 20,9±0,24 баллов. Уровень фолликулостимулирующего гормона у женщин с СПКЯ и гиперандрогенией 72,6±3,5 баллов; лютеинизирующего гормона 31,7±2,1 балл, тестостерона (2,3±0,1), эстрадиола (67,4±5,0), эстрона (111,3±12,1). Исследование особенностей углеводного обмена у женщин с СПКЯ и гиперандрогенией позволило установить повышение уровня глюкозы натощак (104,94±1,78) и после ОГТТ (146,9±4,7) по сравнению с аналогичными данными у практически здоровых женщин.У женщин с СПКЯ и гиперандрогенией в яичниках по данным ультразвукового исследования определялись атретические фолликулы различного диаметра. Толщина эндометрия составила 10±0,03 мм, что было существенно выше аналогичных показателей у женщин с неосложнённым течением постменопаузального периода (2,22±0,05 мм). Установлено, что в постменопаузальном периоде наличие клинико-диагностических проявленийСПКЯ и гиперандрогении является фактором высокого риска развитий преинвазивных процессов эндометрия (гиперплазия), увеличивающих вероятность неоплазии.

Summary

Features of the course of the postmenopausal period of women with polycystic ovary syndrome and hyperandrogenism

V.V. Rahimova, E.M. Aliyeva, S.H. Sultanova, S.Sh. Məmmədova, E.V.Bayramova

The purpose of the study^ to study the clinical and diagnostic features of the course of the postmenopausal period in women with PCOS and hyperandrogenism. 38 women with PCOS and HA in the postmenopausal period were examined. It was found that women with polycystic ovary syndrome (PCOS) and hyperandrogenia (HA) have mild climacteric syndrome. On the Kupperman scale, the evaluation of vegetative-vascular manifestations is 36,3 ± 1,0 points, metabolic- endocrine symptoms 14,0 ± 2,4 points, and psycho-emotional manifestations of 14,9 ± 1,2 points. MMI in the examined women was within 65,2 ± 0,7 points. The degree hirsuitizm on the Ferriman-Hollew scale was 20,9 ± 0,24 points. The level of follicle-stimulating hormone in women with PCOS and hyperandrogenism is 72,6 ± 3,5 points; luteinizing hormone 31,7 ± 2,1 points, testosterone (2,3 ± 0,1), estradiol (67,4 ± 5,0), estrone (111,3 ± 12,1). The study of the characteristics of carbohydrate metabolism in women with PCOS and HA makes it possible to establish an increase in fasting glucose level (104,94 ± 1,78) and after OGTT (146,9 ± 4,7) compared with similar data in practically healthy women. The study of the characteristics of carbohydrate metabolism in women with PCOS and HA makes it possible to establish an increase in fasting glucose level (104,94 ± 1,78) and after OGTT (146,9 ± 4,7) compared with similar data in practically healthy women. In women with PCOS and HA in the ovaries, atretic follicles of different diameters were defined. The thickness of the endometrium was 10 ± 0,03 mm, which was significantly higher than in women with uncomplicated course of the postmenopausal period (2,22 ± 0,05 mm) It was found that in the postmenopausal period the presence of clinical and diagnostic manifestations of PCOS and hyperandrogenism is a factor of high risk of preinvasiveendometritis, which increases the likelihood of developing of neoplasia.

Daxil olub:22.01.2018

UŞAQLIĞIN MİOMASI, DİSLİPİDEMİYA VƏ CİNSİ HORMONLARIN HİPERSEKRESİYASI FONUNDA İNKİŞAF EDƏN PATOLOJİ VƏZİYYƏTLƏR

A.F.İsmayılova

Elmi-tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: uşaqlığın mioması, cinsi hormonlar, dislipidemiya

Ключевые слова: миома матки, половые гормоны, дислипидемия

Key words: uterus fibroids, sex hormones, dislipidemia

Uşaqlığın mioması (UM) hormonal asılı orqanların əsl xoşxassəli şişlərinə aiddir. Onun yayılması geniş dəyişilir. Ədəbiyyat məlumatına görə dünyada hər dördüncü və ya beşinci qadın uşaqlıq miomasından xəstədir. Xəstəliyin aşağı faiz ehtimalı olmasına baxmayaraq, uşaqlığın miomasından əziyyət çəkən xəstələrin 2/3-ə qədər cərrahi müalicə aparılır, bütün əməliyyatların 60-96% -i radikaldır və qadınlarda reproduktiv və menstrual funksiyaların itkisinə səbəb olur. Bu sonradan hipotalamik-hipofiz-yumurtalıq sistemindəki dəyişikliklər inkişafının əsas səbəbi, habelə, vegeto-damar və psixoemosional dəyişikliklərin yaranması olur [1,2,3,4,5,6].

Premenopauzal dövrdə miomatoz düyünlərin sürətlə böyüməsinə səbəb uzunmüddətli neyroendokrin dəyişikliklər, patolojı klimaks, hiperplastik proseslerin stimulə edən amillər, və müxtəlif metabolik pozulmalar (piylənmə, lipid və karbohidrat metabolizmasının pozulması və s.) qeyd etmək olar [7,8,9,10,11,12].

Uşaqlığın mioması çox zaman müxtəlif ekstragenital xəstəliklərlə rast gəlinir: piylənmə (64%), ürək-damar sistemi xəstəlikləri (60%), mədə-bağırsaq traktının funksional pozulmaları (40%); hipertoniya xəstəliyi (19%), nevrozlar və nevrozabənzər vəziyyətlər (11%), endokrinopatiyalar (4.5%). Artıq çəki aşağı, fiziki aktivlik və tez-tez stresslərlə birgə uşaqlığın miomasının yaranmasina təsir edən faktorlardan biridir. Əlavə olaraq, uşaqlığın miomalarının inkişaf riskini qiymətləndirən zaman onun inkişafının genetik meylləri istisna edilmir [13,14,15,16,17,18,19,20].

Klinik praktikada şiş böyüməsinin xarakteri vacibdir. Uşaqlığın şişləri toxuma tərkibinə görə fərqlənirlər - miomalara, fibromalara, angiomalara və adenomiomalara görə bölünür - onların içərisindəki birləşdirici toxumasının miqdarına və damar komponentinin inkişaf səviyyəsindən asılı olaraq. Sadə və proliferasiya edən şişləri ayırılır, ikincisi uşaqlığın mioması olan hər dördüncü xəstədə meydana gəlir. Məlumdur ki, nazik divarlı damar ətrafında olan miometriyada bir neçə inkişaf primordiyası yaranır. Böyümə faktorlarının qarşılıqlı təsiri və hormon həssas və böyümə reseptorlarının yaranması nəticəsində uşaqlığın mioması avtonom böyüməsi (autokrin və parakrin) var [5,6,7,21].

UM-nın patogenezi hələ də bir çox mübahisəyə səbəb olur. Xəstəlik inkişafının mövcud nəzəriyyələri laboratoriya və eksperimental tədqiqatların nəticələrinə əsaslanır və yalnız patogenezin bəzi əlaqələrini izah edir. UM-nın patogenezindəki mərkəzi yerlərdən biri reproduktiv sistemin hormonal statusu və funksional vəziyyətinin xüsusiyyətlərinə verilir [21,22,23,24,25,26].

Müasir tədqiqatlar UM-ın patogenezində estrogenlərin aparıcı rolu ilə bağlı ənənəvi rəyi təsdiqləyir. Estradiol və progesteron reseptorlarının tərkib hissəsi mioma toxumasında dəyişməz miometriyaya nisbətən daha yüksəkdir və dövri dəyişikliklərə məruz qalır. Gonadoliberin agonistlər (hipotalamik rilizing-faktoru) ilə uzunmüddətli müalicə zamanı miometriyada və mioma toxumalarında estrogen reseptorların miqdarın əhəmiyyətli dərəcədə azalma fonunda miomatoz düyünlərin həcmi azalır [5,9,10,12,25,27,28].

Uşaqlığın miomlarının patogenezindəki aparıcı rol hiperestrogeniyaya verilir. Bu, sınaqda estrogen hormonlarının uzun müddət istifadə edilməsi nəticəsində psevdomioma əldə etmək imkanı ilə sübut edilmişdir. Estrogenlərin fəaliyyətinin dayandırılmasından sonra heyvanların UM-da tərs inkişafı baş verir. Qadınların qanında estrogenlər həm sərbəst, həm də bağlı vəziyyətdə kükürd və glükuron turşuları ilə birləşmələr şəklində dövr edirlər. Uridinfosfoglukuroniltransferaz enzimi ilə glukuron turşusu ilə estrogenlərin konyugasiyası əsasən qaraciyərdə baş verir. Estrogenlərin birləşmə proseslərinin pozulması estrogenlərin azad hissələrinin artımına gətirə bilər, bu da öz növbəsində, hədəf orqanlarında – uşaqlıq - hiperplastik proseslərin stimullaşdırmaq üçün daha qabarıq qabiliyyətə malikdir [3,5,29,30].

UM-dan əziyyət çəkən qadınlarda, bütün toxumlar (tək uşaqlıq toxumaları deyil) reseptorlarının konsentrasiyası dəyişərək cinsi hormonlar səviyyəsində dəyişikliklərə reaksiya verir; Estradiol ilk reseptorların əmələ gəlməsini artırır və qanda progesteron səviyyəsinin yüksəlməsi həm estrogen, həm də progesteron reseptorlarının azalmasına səbəb olur. Progesteron, estrogenlərlə birlikdə, uşaqlıq miomların artımasını stimullaşdırır, lakin miomanın patogenezində iştirak edən bu iki hormon müxtəlif yolları istifadə edir. UM toxumasında estradiolun 4-hidroksilinləşməsi ətrafdakı miometriyadan 5 qat daha yüksək olduğu sübut edilmişdir. Sitokrom P450-aromatazlarının transkripsiyası məhsulları səviyyəsi və aromataz fəaliyyəti normal toxuma nisbətən miom hüceyrələrinin tərkibində 2 - 20 dəfə yüksəkdir. Bu, miomanın böyüməsini stimullaşdıran estrogenlərin yerli biosintezin sürətlənməsi deməkdir. Miomada estrogen və progesteron reseptorlarının yüksək tərkibi estradiol, progesteron konsentrasiyasının yerli artımında və miomanın böyüməsinin stimullaşdırılmasında həyata keçirilir. Bu vəziyyətdə progesteron və estrogenlərin sinergetik təsiri vardır [10,13,31,32,33,34].

Beləliklə, miomatoz düyünlərdə cinsi steroidlərin mübadilə pozulması hüceyrələrin otokrin stimullaşdırılması əsasında müsbət əks bağlantısı fonunda qurulur. Bu patofiziolojı mexanizmin inkişafı böyümə faktoru ilə bağlıdır, bu faktor miomatoz düyünlərin böyüməsinə, qan təcizatın pozulmasına və qanaxmalara səbəb olur. Fibroblastların böyümə faktoru, damar endotelial böyümə faktoru, transformal böyümə β-faktor, paratiroid hormonabənzər zülal və prolaktin fəsadların inkişaf etməsində əsas rol oynayırlar [26,32].

UM-nın inkişafına səbəb olan həlledici amil yerli hiperestradioliemiyadır, hansı ki, yerli hiperprogesteronemiya ilə balanslaşdırılmayıb. UM təbii anovulyasiya şəraitində miometriyanın və endometriyanın hiperplastik proseslərinin sürətlə inkişafı üçün risk faktorudur. Hormonal fonunun pozulması yalnız uşaqlıq miomaların böyüməsinə səbəb deyil, eyni zamanda bir çox orqan və sistemin funksiyalarını da təsir edir. Qaraciyərin metabolik funksiyaları daha çox dəyişilir. Bunun patoloji əsasları "hipotalamus-hipofiz-yumurtalıq-qaraciyər" funksional metabolik sisteminin orqanizmdə mövcudluğudur. Qeyd etmək lazımdır ki, qaraciyər xolesterinin və onun törəmələrinin homeostazının mərkəzi orqanıdır [3,5,24,28,35].

Ödün əsas lipidlərin, xüsusəndə öd turşuların və dəyişilmiyən xolesterolun sintezin mənbəyi müxtəlif sinif lipoprotein xolesterinidirr, əsasəndə yuxarı sıxlıqda lipoprotein xolesterini öd turşularına çevrilir, aşağı sıxlıqda lipoprotein xolesterini isə ödə dəyişilmiyən formada xaric olunur. Öd turşularının sintezindəki əsas rol 7-alfa-hidroksilazaya ayrılır. Bu fermentin fəaliyyətinin tənzimlənməsində mühüm rol cinsi hormonlara verilir, bununla yanaşı, 7-alfa-reduktazanın fəaliyyəti sərbəst esterifikasiya olmayan xolesterinin miqdarına bağlıdır [5,35].

Qaraciyərdə meydana gələn metabolik və katabolik reaksiyalar, müxtəlif ifrazat proseslərini tarazlayır, xüsusən hormonların aktivləşməsi və bir birinə çevrilməsi baş verir. Hormonların dəyişməsindəki dəyişiklik qan və toxumalarda aktiv formaların sayını təsir edir. Metabolik reaksiyaların sürətlənməsi hormənların sərbəst və bağlı formaların nisbətində tarazlığın pozulmasına səbəb olur, eyni zamanda daşıyıcı zülalların sintezini tormozlayır, bu da öz növbəsində hormonların sərbəst aktiv formalarının miqdarının artmasına gətirir [28].

Hormonların katabolizmi ifrazolunan bir hormonun ilk strukturunun enzimatik tənəzzülün müxtəlif proseslərindən ibarətdir. Qaraciyər hormon bağlayıcı zülalların əsas istehsalçısıdır. Steroid hormonlarının sintezində istifadə edilən xolesterinin 90% -dən çoxu qaraciyərdə yaranır. Steroid hormonlarının metabolitləri suda zəif həll olunur və ifraz olunmadan əvvəl kükürdlü, glukuronik və digər turşu ilə cüt birləşmələrinə (konyugatlara) çevrilir. Steroid metabolizmasının pozulması bəzi ferment sistemlərində fəaliyyətlərin artması və ya azalma ilə əlaqələndirilir [5,9,10,34].

Reproduktiv və hepatobiliar sistemlər arasındakı əlaqələr uzun müddətdir bilinir. Bir tərəfdən, UM ilə xəstələrdə estrogen metabolik xəstəliklərin inkişafını təşviq edən tez-tez qaraciyər və biliyar yol xəstəlikləri aşkarlanır, digər tərəfdən qanda olan müəyyən cinsi steroidlər isə müxtəlif qaraciyər funksiyalarını mənfi təsir göstərir. M. Maneshi və A. Martorani (1974) bu əlaqəni müəyyən dərəcədə müəyyən edən qaraciyər-yumurtalıq sindromunu təsvir etmişdir [5,34,36,37,38].

Qaraciyər və qadın cinsi hormonları arasında yaxın funksional qarşılıqlı əlaqə, onların tez-tez rast gələn birgə dəyişikliklər və bununla bağlı qaraciyərin fəaliyyətinə təsir edən hormonal terapiya istifadə olunması, uşaqlıq mioması olan xəstələrdə qaraciyər funksional vəziyyətinin öyrənilməsinə artan maraqları izah edir. UM ilə xəstələrdə və qanda normal estrogen miqdarı olan zaman, estrogenlərin ifraz olunması və qan plazmasında protein fraksiyasının dəyişməsi arasında heç bir əlaqə təyin olunmayıb. UM ilə xəstələrin qanındakı estrogenlərin miqdarı artdıqda, düz bilirubin və estradiol konsentrasiyası arasında birbaşa korrelyasiya aşkar edilmişdir. UM ilə xəstələrin əksəriyyətində qaraciyər funksiyasının pozulması hepatobiliar xəstəliyin klinik əlamətləri olmaması halında baş verir. Beləliklə, UM-nın inkişafı qaraciyərin funksional pozğunluqları ilə müşahidəsi müəyyənləşib və miomanın böyüməsi onların fonunda yarana bilər [5,35].

İstisna etmək olmaz ki, UM olan xəstələrdə aşkarlanan qaraciyərin funksional dəyişiklikləri steroid hormonların mübadilə dəyişilməsi ilə əlaqədardır. Plazma lipidlərinin konsentrasiyası endogen cinsi hormonların, xüsusilə estrogen səviyyəsinin yüksəlməsinə, paralel olaraq artdığına görə müəyyən edilmişdir ki, UM zamanı hiperlipidemiyanın hormonal mənşəli olmasını sübut edir. Estrogenlərin təsiri altında, qaraciyərdə xolesterin sintezinin zəifləməsi və böyrəküstü vəzlərdə xolesterin miqdarının azalması, fosfolipidlərin azalması olur [5,9,10,21,35].

Məlumdur ki, hepatositlərin membranların reseptorları və qaraciyərin sinusoidal hüceyrələri vasitəsi ilə qanda olan lipidlər qaraciyərə keçir. Estrogenlər hepatositlərin XS LPAS reseptorlarını aktivləşdirir, bunun nəticəsində onların keçidi artır. Bu prosesin bir nəticəsi olaraq qaraciyər və öd kisəsində öddə xolesterin miqdarı artır, amma bu proses onun sintezi hesabına deyil, estrogenlərin artması nəticəsində olur ki, estrogenlərin 7-alfa-hidroksilazanın fəaliyyətinə təsir edərək qaraciyərdə öd turşuların sintezinin azalmasına gətirib çıxarır [5,7,28,38].

Cinsi hormonların (estrogenlərin) yüksək səviyyədə olması öd daxil xolesterin və öd turşularının nisbəti dəyişikliyinə səbəb olur. Bu ifraz olunan öddə sərbəst xolesterinin səviyyəsinin artmasına səbəb olur. Ən bariz lipid mübadilənin dəyişilməsi iri həcimli mioması olan və sürətlə böyüyən miomaları olan xəstələrdə müşahidə olunub. Bu qrup xəstələrdə qanda ümumi lipidlərin, lipoproteinlərin, sərbəst xolesterinin miqdarının artmasına tendensiya var idi, fosfolipidlərin və xolesterinin mürəkkəb efirləri əhəmiyyətli azalması göstərilib [9,10,23].

UM-nın uzun müddətli olduğu və onun yavaş böyüməsi hallarda qan plazmasında ümumi lipidlərin, lipoproteinlərin və xolesterin səviyyələri normal göstəricilərdən bir qədər fərqlənir, lipid mübadiləsinin xəstəliklərində isə yuxarıda təsvir edilmiş dəyişikliklər saxlanır və dislipoproteinemiya çərçivəsinə uyğun gəlir. Bundan əlavə, fosfolipidlərin, xüsusilə uzunmüddətli şişlər zamanı, əhəmiyyətli bir çatışmazlığı sübut edilmiş bir həqiqətdir [19,34,38].

Beləliklə, UM ilə xəstələrdə qaraciyərin funksional vəziyyətinə dair ədəbiyyatdakı məlumatlar uyğunsuzdur, çünki onlar kiçik və heterogen miqyaslı klinik müşahidələrin analizini apararaq alınıblar, bununla yanaşı, əksər hallarda qaraciyər funksiyalarından birinin xarakteristikası ilə məhdudlaşırlar. Qaraciyərin funksional vəziyyətinin (xüsusən zədələnmənin erkən mərhələlərində) kompleks diaqnostikası məsələsi müasir radioisotop tədqiqat metodlarının, o cümlədən retikuloendoteliya sisteminin tədqiqatlarının istifadəsi ilə əhatə olunmayıb. UM ilə xəstələrin müalicə taktikası qaraciyərin pozuntularını nəzərə almır

[34,35]. Aşağıdakı hallara baxmayaraq: UM-nın, xüsusilə, hormonal müalicəsində əsas vəzifə xəstələrin miomasından xilas olmağı nəzərdə tutur. Eyni zamanda, bu gün istifadə edilən hər hansı bir dərman müəyyən dərəcədə mənfi təsir göstərir və cərrahi müalicənin qaraciyər funksiyasının pozulmasına müsbət təsiri yoxdur. Müasir diaqnostik üsullar UM ilə xəstələrdə qaraciyərdə morfoloji və funksional dəyişikliklərin patogenezini nəzərə alaraq, uterus miomlarının müalicəsi probleminə təzə nəzər salmağa imkan verir ki, bunun əlbəttə ki, nəticələrini müsbət təsir edəcəkdir [1,4,5,22,27,31]. Terapiyanın (konservativ və ya cərrahi) növündən asılı olmayaraq UM-da qaraciyər funksiyasının anormallığını Saveliev lipid distress sindromu perspektivindən nəzərdən keçirmək lazımdır. Bu baxımdan, metabolik qaraciyər funksiyası pozğunluğunun müalicəsinin ən perspektivli istiqaməti olaraq kombinə edilmiş bitki hepatotrop preparatlarının (hepabenyum, ratopharm) məcburi istifadəsi və probiotik mikrobiosenozun bərpası ilə uzun müddətli lipid-düzəldici terapiya qəbul edilə bilər [39].

ƏDƏBİYYAT

1. Faerstein E., Szklo M., Rosenshein N.B. Risk factors for uterine leiomyoma: a practice-based case-control study. II. Atherogenic risk and potential sources of uterine irritation // Am J Epidemiol., 2001, v.153, p.11-19.

2. Imir A.G., Lin Z., Yin P. et al. Aromatase expression in uterine leiomyomata is regulated primarily by proximal promoters I.3/II // J Clin Endocrinol Metab., 2007, v.92, p.1979-82.

3. Lilyan W.S., Shaymaa A.H. Study of Lipid Profile in Patients with Uterine Fibroid // The Iraqi Post Graduate Medical Journal, 2012, v.11, p.274-278.

4. Reron A., Huras H. Influence of the operative treatment of leiomyomas on lipid profil// Neuro Endocrinol Lett,. 2004, v.25(6), p.429-34.

5. Кантемирова З. Р., Торчинов А. М., Жигулина Т. А. и др. Стероидные гормоны, миома матки и нарушения функции печени: патогенез и перспективы лечения. https://www.lvrach.ru/2003/10/4530788/

6. Тихомиров А., Лубнин Д. Современные представления об этиологии и патогенезе миомы матки // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2004. №6, с. 5-9.

7. Gramer S.F., Horiszny J.A., Leppert P. Epidemiology of uterine leiomyomas. With an etiologic hypothesis // J Reprod Med., 1995,v.40, p.595-600.

8. Ishikawa H., Ishi K., Serna V.A. et al Progesterone is essential for maintenance and growth of uterine leiomyoma // Endocrinology,. 2010, v.151, p.2433-42.

9. Marsh E.E., Bulun S.E. Steroid hormones and leiomyomas // Obstet Gynecol Clin North Am. 2006, v.33, p.59-67.

10. Maruo T., Ohara N., Wang J., Matsuo H. Sex steroidal regulation of uterine leiomyoma growth and apoptosis // Hum Reprod Update, 2004, v.10, p.07-20.

11.Mashal R.D., Fejzo M.L., Friedman A.J. et al. Analysis of androgen receptor DNA reveals the independent clonal origins of uterine leiomyomata and the secretary nature of cytogenetic aberrations in the development of leiomyomata // Genes Chromosomes Cancer, 1994, v.11,p.1-6.

12.Parazzini F., Chiaffarino F., Polverino G. et al. Uterine fibroids risk and history of selected medical conditions linked with female hormones // Eur J Epidemiol., 2004, v.19, p.249-53**.**

13.Collins S., Arulkumaran S., Hayes K. et al. Benign and malignant gynaecological conditions. In: Collins, Arulkumaran, Hayes, Jackson, Impey (eds.) Oxford Handbook of Obstetrics and Gynaecology, 2nd edition, Oxford University Press, 2008; chapter 22:657-41.

14.Gupta S., Jose J., Manyonda I. Clinical presentation of fibroids // Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol., 2008, v.22(4), p.615-26.

15.Korkmaz V., Ozkaya E., Özer Kadife S. Investigation of cardiovascular disease risk in women with uterine leiomyomas //Ir J Med Sci. 2016, v.185(3), p689-93.

16.Luoto R., Rutanen E.M., Auvinen A.. Fibroids and hypertension. A cross-sectional study of women undergoing hysterectomy // J Reprod Med. 2001, v.46, p.359-64.

17.Okolo SO, Gentry CC, Perrett CW, Maclean AB. Familial prevalence of uterine fibroids is associated with distinct clinical and molecular features. Hum Reprod. 2005 Aug;20(8):2321-4. Epub 2005 Apr 28.

18.Palomba S, Russo T, Orio F Jr, Sammartino A, Sbano FM, Nappi C, Colao A, Mastrantonio P, Lombardi G, Zullo F. Lipid, glucose and homocysteine metabolism in women treated with a GnRH agonist with or without raloxifene. Hum Reprod. 2004 Feb;19(2):415-21.

19.Stewart EA. Uterine fibroids. Lancet 2001;357:293-98. 3.

20.Uimari O., Auvinen J., Jokelainen J. et al. Uterine fibroids and cardiovascular risk // Hum Reprod., 2016, v.31(12), p.2689-2703.

21.Bosetti C., Tavani A., Negri E. , Trichopoulos D, La Vecchia C. et al. Reliability of data on medical conditions, menstrual and reproductive history provided by hospital controls // J Clin Epidemiol. 2001, v..54, p.902–6.

22.Rzempoluch J., Kamiński B.T., Wawryk R. et al. Postoperative serum levels of some fat metabolism parameters in women with uterine leiomyoma, depending on the extent of surgery // Zentralbl Gynakol., 1989, v.111(14), p.960-6.

23.Okolo S. Incidence, aetiology and epidemiology of uterine fibroids // Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol., 2008, 22(4), p.571-88.

24.Wooley A. Determination General and reproductive toxicology. In: A Guide to Practical Toxicology Evaluation, Prediction and Risk, 2003, p.80-106.

25. Walker C.L. Role of hormonal and reproductive factors in the etiology and treatment of uterine leiomyoma // Recent prog Horm res., 2002, v.57, p.277-94.

26.West C.P. Disorders of menstruation: uterine fibroids and heavy menstrual bleeding. In: Luesley, Baker (eds.) Obstetrics and Gynaecology: An evidence-based text for MRCOG, 2nd edition, Hodder Arnold, 2010: chapter 51, p.561-566

27.Bratby MJ, Belli AM Radiological treatment of symptomatic uterine fibroids // Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol., 2008., v.22, p.717-34

28.Sadlonova J., Kostal M., Smahelova A. et al. Selected metabolic parameters and the risk for uterine fibroids. Int J Gynaecol Obstet., 2008, v.102(1), p.50-4

29. Bulun S.E., Simpson E.R., Word R.A. Expression of the CYP19 gene and its product aromatase cytochrome P450 in human uterine leiomyoma tissues and cells in culture // J Clin Endocrinol Metab., 1994. v.78, p.736-43.

30.Gurusamy K.S., Vaughan J., Fraser I.S. et al. Medical Therapies for Uterine Fibroids - A Systematic Review and Network Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials // PLoS One, 2016, v.11(2)

31.Obochi, G. O., Malu, S. P., Obi-Abang, M., Alozie, Y., andIyam, A. 2009. Effect of Garlic Extracts on Monosodium Glutamate (MSG) Induced Fibroid in Wistar Rats. Pakistan Journal of Nutrition 8 (7): 970-976.

32.Shozu M., Sumitani H., Segawa T. et al. Inhibition of in situ expression of aromatase P450 in leiomyoma of the uterus by leuprorelin acetate // J Clin Endocrinol Metab., 2002, v.86, p.5405-11.

33.Shozu M., Sumitani H., Segawa T. T et al. Over expression of aromatase P450 in leiomyoma tissue is driven primarily through promoter of the aromatase P450 gene (CYP19) // J Clin Endocrinol Metab 2002, v.87, p.2540-2548.

34.Исламова А.О., Исламова Е.В.. Функция печени и репродуктивное здоровье женщины. http://ozdorovie.com.ua/funktsiya-pecheni-i-reproduktivnoe-zdorove-zhenshhinyi/?lang=ru#acceptLicense

35.Vinik A I. The metabolic basis of atherogenic dyslipidemia // Clin Cornerstone. 2005, v.7(2-3), p.27-35.

36.Després J.P., Ross R., Boka G. et al. ADAGIO-Lipids Investigators. Effect of rimonabant on the high-triglyceride/ low-HDL-cholesterol dyslipidemia, intraabdominal adiposity, and liver fat: the ADAGIO-Lipids trial // Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2009, v.29(3), p.416-23

37. Cook JD, Walker CL. Treatment strategies for uterine leiomyoma: the role of hormonal modulation // Semin Reprod Med., 2004, v.22, p.105-11

38.Ratech H., Stewart M.E. Uterine leiomyomas, serum cholesterol, and oral contraceptives. A preliminary study of epidemiologic differences in Los Angeles, California and Albany, New York. Diagn // Gynecol Obstet., 1982, v.4, p.21-24.

39.Петухов В.А., Магомедов М.С. Липидный дистресс - синдром Савельева: 20 лет спустя.журнал // Поликлиника, 2007. №2, с.90-94

Резюме

Патологические состояния, развивающиеся при нарушении секреции половых гормонов, дислипидемии и миоме матки

А.Ф. Исмаилова

Интерес к изучению состояния печени в практике акушера-гинеколога объясняется наличием функциональной взаимосвязи состояния печени и репродуктивной системы женщины. Основой для этого является работа в организме функциональной метаболической системы «гипоталамус-гипофиз-яичники-печень». С одной стороны, у пациентов с заболеваниями репродуктивной сферы часто выявляются заболевания печени и желчевыводящих путей, способствующие развитию нарушений метаболизма гормонов, с другой – повышение содержания в крови некоторых половых стероидов

негативно влияет на различные функции печени, которые проявляются изменением уровня холестерина высокой и низкой плотности, фосфолипидов и липопротеинов.

Summary

Pathological conditions that develop when there is a violation of the secretion of sex hormones, dyslipidemia and uterine myoma

A.F. Ismailova

Interest in the study of the liver in the practice of an obstetrician-gynecologist is explained by the presence of a functional relationship between the liver and the reproductive system of a woman. The basis for this is the work in the body of the functional metabolic system "hypothalamus-pituitary-ovary-liver." On the one hand, patients with reproductive diseases often have liver and biliary tract diseases that promote the development of metabolic disorders of hormones; on the other hand, an increase in the content of certain sex steroids in the blood has a negative effect on various liver functions, which are manifested by a change in high and low density cholesterol, phospholipids and lipoproteins.

Daxil olub:22.01.2018

SAĞLAMLIQLA BAĞLI HƏYAT KEYFİYYƏTİ İNDEKSİNİN KLİNİK TƏBABƏTDƏ TƏTBİQİ

A.A Əsədova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: sağlamlıqla bağlı həyat keyfiyyəti, anketlər, keyfiyyətli yaşanmış həyat illəri (KYHİ)

Ключевые слова: качества жизни, связанное со здоровьем, опросники, число лет качественной жизни (ЧЛКЖ)

Key words: health related quality of life, health surveys, quality adjusted life years **(**QALY**)**

Son illər beynəlxalq səhiyyə sistemində təkcə kliniki tədqiqatlarda deyil, eyni zamanda praktikada həyat keyfiyyəti meyarının öyrənilməsi və tətbiqinə geniş yer verilməkdədir. Həyat keyfiyyəti (HK) geniş və çoxölçülü konsepsiya olub, özlüyündə insan həyatının bütün aspektlərini əhatə edən, şəxsin öz həyatından razıqalma və xoşbəxtlik hissinin subyektiv qavramına əsaslanan təzahürüdür [1]. Bu konsepsiya ətraf mühit, ailə və məişət şəraitini, nigah, şəxsiyyətlərarası münasibətləri, dini və mədəni dəyərləri də əhatə etməklə yanaşı şəxsin sağlamlıq vəziyyəti, xəstəlikləri və müalicəsi həmçinin bu hallarda baş verən dəyişiklikləri öyrənir. HK ilə sağlamlıq arasındakı əlaqəyə aid ilk qeydlər Aristotelə məxsusdur. Aristotel HK-ni insanların yaşadıqları ***rahat həyatdan*** aldıqları ***zövq və xoşbətlik*** hissinin harmoniyası kimi qiymətləndirərək qeyd edir "***bu siz xəstə olduğunuz zaman sağlamlıqla, yoxsul olduğunuzda isə zənginliklə əldə edilir***"[2]. Bu ilkin ideyaya uyğun olaraq sağlamlıq, uzun illər HK-nin ayrılmaz bir hissəsi kimi öyrənildi. Zaman keçdikcə sağlamlıq və xəstəlik halının özlüyündə mürəkkəb bir problem kimi digər qlobal insani problemlərlə birlikdə ümumi həyat keyfiyyətinin tərkibində öyrənilməsi müəyyən çətinlik yaratdı və 1982-ci ildə Kaplan və Bush Health-Related Quality of Life (HRQOL) yən Sağlamlıqla Bağlı Həyat Keyfiyyəti (SBHK) terminini təklif etdikdən sonra bu anlayış ümum HK-nin tərkibindən ayrılaraq müstəqil konsepsiya kimi formalaşmağa başladı [3]. SBHK-ni müəyyənləşdirəcək dəqiq bir tərif və ya müddəa yoxdur. Naughton və həmmüəl. fikrincə **SBHK- subyektiv qavram olub, cari sağlamlıq vəziyyəti ilə insan üçün gərəkli olan həyatı vacib funksiyaların icra edə bilmək qabiliyyətidir [4]**. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) müəyyənləşdirdiyi tərif isə "SBHK-insanların yaşadıqları mədəniyyət və dəyərlər sistemində, eyni zamanda onların məqsədlərinə, gələcəyinə dair ümid və standartlarını, problemlərini əhatə edən qavramıdır" şəklindədir [5]. Bütün bu fikirləri cəmləsək, aşağıdakı yekun nəticəyə gələrək, bizim fikrimizcə: "**SBHK sağlamlığın ümumi HK-nə təsirini öyrənib, onu iki-mənfi və müsbət aspektdən qiymətləndirir. SBHK-nin öyrəndiyi mənfi aspekti –xəstəliklər, funksional məhdudluq, əlillik təşkil etdiyi halda müsbət aspekti- fiziki və psixi rahatlıq, tam hərəki fəallıq, həyatdan razılıq- bir sözlə ruhla cismin tam harmonik fəaliyyəti təşkil edir".**

1995-ci ildə SBHK-nin 3 əsas cəhəti təyin edilib və bu cəhətlərə əsasən; [5].

1) SBHK- xəstəliyin ağırlıq dərəcəsinin kriteriyası deyil, xəstənin xəstəliyini necə keçirməsinin göstəricisidir.

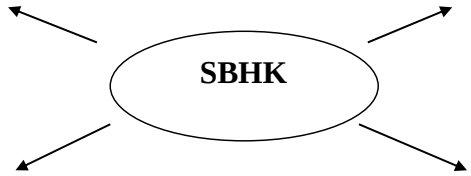
2) SBHK-nin qiymətləndirilməsi zamanı tibb işçiləri və ailə üzvlərinin deyil, xəstənin fikri əsas tutulmalıdır çünki, SBHK subyektivliyin obyektiv göstəricisidir.

3) SBHK- çox komponentli struktur olduğundan onun qiymətləndirilməsi də bütün kriteriyalar əsasında aparılmalıdır.

SBHK-nin komponentləri. Son üç onillikdə SBHK meyarının müxtəlif yaş qrupunda, müxtəlif-xüsusilə xroniki xəstəliklərdə eyni zamanda populyasion tədqiqatlarda tətbiqinə geniş maraq yaranmışdır [1,5]. Ümumilikdə SBHK meyarı inteqral göstərici olub, özündə 4 komponent daşıyır [6]: fiziki, funksional, psixoloji və sosial. Fiziki sağlamlıq ilk növbədə xəstəliyin qalıq əlamətləri, cərrahi əməliyyatın nəticələri və müalicənin əlavə təsirindən asılı olub, xəstənin ümumi fiziki rifahını təmsil edir. Funksional sağlamlıq komponenti isə özünə xidmət, funksional müstəqillik və fiziki aktivliyi əhatə edir. Bir çox müəlliflər psixi komponenti emosional komponent kimi dəyərləndirərək koqnitiv funksiyalar, iki qütblü emosional vəziyyətlər-özünə güvən hissinin artması və ya azalması, psixoloji tarazlığın saxlanması və ya itirilməsi, həyatdan razı və ya narazı qalma kimi hissiyatları bu komponentə aid edirlər. Dostluq, ailə, sevgi münasibətləri də daxil olmaqla cəmiyyətdə münasibətlərin formalaşması və qarşılıqlı əlaqələrin yaranması isə sosial sağlamlığın göstəricisidir [5,6].

Sağlamlıqla bağlı həyat keyfiyyəti (SBHK)

Fiziki funksiyalar **Funksional vəziyyət**
(enerji, yorğunluq, ağrı) **(özünə xidmət, müstəqillik, iş qabiliyyəti)**



Sosial funksiyalar **Psixi funksiyalar**
(şəxsi və sosial münasibətlər) **(dərketmə, emosiya, depressiya)**

SBHK-nin ölçü vasitələri və metodologiyası.

SBHK anlayışı dinamik olaraq dəyişən vəziyyət olduğundan onun qiymətləndirilməsi də xəstəliyin növündən, gedişindən və müalicə prosesindən asılı olaraq dəyişən parametr kimi aparılmalıdır. SBHK-nin qiymətləndirilməsi daha çox subyektiv aparılsa da funksiya yetərsizliyini (disability) ölçülməsində obyektiv ölçü vasitələrinin də mühüm əhəmiyyəti var. Bu vasitələrdən ən çox istifadə olunanı tərtibindən əlli ildən çox keçməsinə baxmayaraq hələ də praktik əhəmiyyətini itirməmiş Karnovsky-nin Ölçü şkalasıdır (Karnofsky Role Performance Scale) [7]. Bu şkala xəstənin yalnız fiziki göstəricilərini qiymətləndirir və həkimlər tərəfindən doldurulduğundan xəstənin subyektiv hissiyyatını əks etdirmir. Subyektiv qiymətləndirilmə isə fərdin özü tərəfindən doldurulan anketlər vasitəsiylə həyata keçirilir. Anketlər ümumi və spesifik olmaqla iki böyük qrupda təsnif olunur [8]. Öz növbəsində ümumi anketlər profillər və indekslər olmaqla iki qola ayrılaraq, həm sağlam həm də xəstəliyindən asılı olmayaraq xəstələrə tətbiq oluna bilir. Profillər sağlamlıq vəziyyətinin müxtəlif tərəfdən öyrənsə də, kiçik dəyişiklikəri qiymətləndirə bilmir ki, bu da onların çatışmayan cəhəti hesab olunur. Ümumi profillərə nümunə olaraq Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının Həyat Keyfiyyəti Profili (WHOQOL-100), Sickness İmpact Profile- Xəstəliyin Təsir Profili, Nottingham Health Profile- Nottinqam Sağlamlıq Profili hesab olunur [5,8,9]. Ümumdünya praktikasında ümumi anketlərdən ən çox istifadə olunanı ABŞ mütəxəsisləri tərəfindən hazırlanmış MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form)- Tibbi Nəticələrin Tədqiqinin qısa forması anketidir [8,9]. Bu anket forması 8 şkalada yerləşdirilmiş 36 sualdan ibarət olub, kifayət qədər həssasdır, eyni zamanda qısalığı səbəbindən istifadəsi də rahatdır. SF-36-nın qiymətləndirmə parametrləri aşağıdakılardır [10].

Physical Functioning (PF)- fiziki funksiyalar;

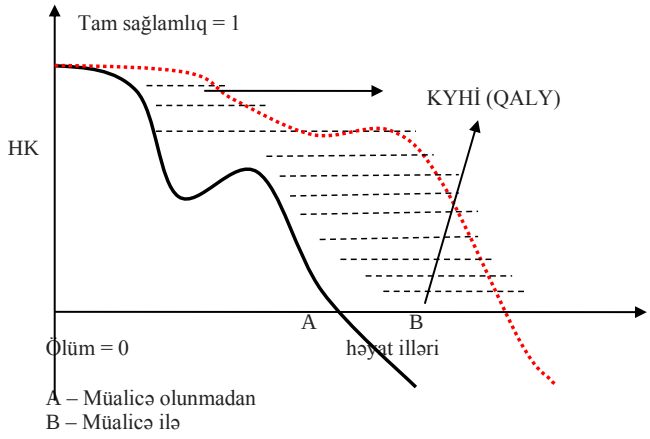
Role-Physical Functioning (RP)- fiziki vəziyyətdən asılı əsas funksiyalar

Bodily pain (BP)- ağrı;
General Health (GH)- ümumi sağlamlıq vəziyyəti;
Vitality (VT)- həyati fəallıq;
Social Functioning (SF)- sosial funksiyalar;
Role-Emotional (RE)- emosional vəziyyətdən asılı əsas funksiyalar
Mental Health (MH)- psixi sağlamlıq.

İndekslərin tətbiqi daha çox səhiyyə sistemində, xüsusilə dərman sənayəsində o cümlədən yeni tibbi avadanlıqların və müalicə üsullarının tətbiqi zamanı "qiymət-keyfiyyət", "maliyyət-effektivlik" (cost utility analysis - CUA)[8] tarazlığının ölçülməsi və keyfiyyətli yaşanmış həyat illəri –(KYHİ) QALY (quality adjusted life years) kəmiyyətinin hesablanmasına əsaslanıbdır[11].

QALY yəni KYHİ indeksi- Böyük Britaniyanın Milli Sağlamlıq və Kliniki Təkmilləşdirmə İnstitutunun (National İnstitute for Health and Clinical Excellence- NİHCE) müəyyənləşdirdiyinə görə xəstəliyin kəskinləşmə mərhələsi və müalicə müddətinin həyat kefiyyətinə təsirini də nəzərə almaqla fərdin həyat müddətini təmsil edir[8,10]. Nəzərə alsaq ki, insan həyatının sağlam illəri ilə, ağrı ilə yaşanmış və ya hərəkət məhdudluğu olan illər eyni keyfiyyətdə ola bilməz QALY şkalasının qurulması və tətbiqi əsaslanmış olur. Bu konsepsiya XX əsrin 70-ci illərdə formalaşdırılıb. QALY iki komponentdən ibarətdir: fərdin yaşadığı illər və həyat keyfiyyəti. QALY konsepsiyanın əsas göstəriciləri aşağıdakılardır.

- QALY göstəriciləri 1,0 ilə 0,0 diapazonunda dəyişir;
- tam sağlamlıq və ya bir il müddətində sağlam həyat 1,0 kimi qiymətləndirilir.
- sağlamlıq problemləri ilə yaşanmış bir il 1,0 baldan az qiymətləndirilir.
- iki il xəstəliklə yaşanmış illər bir il sağlam həyata bərabər tutulur.



Şək 1. Keyfiyyətli yaşanmış həyat illərinin(QALY) sxematik təsviri

Bu cədvəli nümunə üzərində izah edək: hesab edək ki, xəstə A ağır xroniki xəstəliyi olub, lakin müvafiq müalicədən imtina edən xəstədir. Bu xəstənin, SBHK getdikcə pisləşir və tezliklə letal sonluqla – ölümlə bitir. Xəstə B eyni xəstəlikdən əziyyət çəkir lakin adekvat müalicə qəbul edir. Bu xəstənin SBHK, xəstə A ilə müqayisədə daha yavaş sürətlə pisləşir və ömrü isə demək olar ki iki dəfə uzanır. Cədvəldə bu iki əyri arasındakı sahə isə müalicənin sayəsində yaranan KYHİ(QALY) kəmiyyətini bildirir [11]. Ümumi indekslərdən geniş istifadə olunanlar Rifah Şkalasının Keyfiyyəti (Quality of Well- Being Scale), Avropa Həyat Keyfiyyəti Anketi(EuroQol İnstrument) və s. [8,9]

Xüsusi anketlər ayrı-ayrı xəstə qrupu və kateqoriyasının, eyni zamanda populyasiyaların SBHK-nin tədqiqi üçün istifadə edilir. Bu anketlər daha həssas olub ən kiçik dəyişiklikləri belə qeydə ala bilir. Spesifik anketlərin çatışmayan cəhəti isə ayrı-ayrı qruplar arasında müqayisənin aparılmamasıdır[9,11].

Xüsusi anketlər aşağıdakı məqsədlər üçün tətbiq olunur.

- tibbin sahələrinə görə (cərrahiyyə, onkologiya, stomatologiya)
- nozoloji vahidlərə görə (məs; revmatoid artrit, mədə xorası)

- konkret vəziyyətlər üçün spesifik anketlər
- populyasion tədqiqatlar üçün spesifik anketlər.

Xüsusi anketlərə nümunə olaraq- Artritis İmpact Measurment Scale(AİMS)- Artritin təsirinin ölçü şkalas, The Functional Assessment of Cancer Therapy(FACT)- Xərçəng Müalicəsinin Funksional Qiymətləndirilməsi, Musculoskletal Function Assessment instrument-Dayaq-Əzələ Funksiyasının Qiymətləndirmə aləti və s.göstərmək olar [1,6,12].

SBHK anketlərinin tərtib olunma qaydaları. Anketlərin tərtib olunması mürəkkəb və çoxpilləli prosesdir. Hər bir anket müəyyən tələblər əsasında hazırlanır və daha sonra psixometrik xüsusiyyətləri qiymətləndirilir. Anketlər aşağıdakı tələblər əsasında tərtib olunurlar [8,9]; çoxölçülü olmalıdır, sadə və qısa olmalıdır, məqbul- qəbul olunan olmalıdır, müxtəlif dillərdə və sosial cəmiyyətlərdə istifadə etmək mümkün olmalıdır. Anketlərin dil və kultoroloji adaptasiyası çox mühüm və vacib bir məsələdir. Belə ki, hər bir anket tətbiq olunacağı populyasiya və ya cəmiyyətin etnolinqvistik xarakterinə uyğun gəlməli, lakin eyni zamanda öz orijinal nümunəsinə ekvivalent olmalıdır. Əgər adaptasiya prosesi düzgün həyata keçirilmirsə, anketlərin psixometrik xüsusiyyətləri qənaətbəxş nəticələr

çün anketlərin psixometrik xüsusiyyətlərini işləyib hazırlamışlar ki, bu xüsusiyyətlərə aşağıdakılar aiddigöstərmədiyindən bu anketlər istifadəyə yararlı olmurlar.

Fitzpatrick və həmmüəl. 1998-ci ildə SBHK-ni qiymətləndirmək ür [11]. lçmə qabiliyyətidir. Iki növ etibarlılıq ayırd edilir[1,9].

- Daxili sabitlik (internal consistency reliability). Anketin daxili sabitliyi müxtəlif üsullarla (α Kronbax kooefisienti, siniflərarası korrelyasiya kooefisienti və s.) qiymətləndirilə bilər.
- Təkrarlanma xüsusiyyəti (reproducibility).Anketin təkrarlana bilmək qabiliyyətini qiymətləndirmək üçün eyni koqortoda olan insanlara 2-4 gün intervalla eyni suallar verilir və alınan cavablar müqayisə edilir. Əgər ilkin və təkrari testlərdə (test-retest) verilən cavabların müxtəlifliyi respondentlərin 20%-dən çox deyilsə bu qənaətbəxş nəticə hesab olunur. Anketlərin etibarlılığı yeni bəndlər əlavə etməklə və ya mövcud bəndlərdəki cavabları artırmaqla yaxşılaşdırıla bilər.

Validlik (validity) – bu anketlərin özündə təlqin etdiyi xarakteri yəni mövcud tədqiqatdakı məlumat və göstəriciləri dəqiq ölçmə qabiliyyətidir. Validliyin 4 növü var [1,9,12].

- zahiri validlik;
- məzmunlu validlik;
- kriterial (cari və proqnostik) validlik
- konstruktiv (konvergent və diskriminativ) validlik.

Validliyin müxtəlif olmasına baxmayaraq onların hər birinin tədqiqi eyni məqsədə- anketdəki şkala göstəricilərinin həqiqiliyini-etibarlılığını qiymətləndirməyə xidmət edir.

Həssaslıq (sensitivity or responsiveness)- bu anketlərin xəstənin vəziyyətindəki dəyişikliklərdən (məs; müalicə vaxtında) asılı olaraq HK-nin bal sistemindəki dəyişiklikləri dəqiq ölçmə qabiliyyətidir [1,11].

Göründüyü kimi HK anketləri mürəkkəb struktura malik olub müxtəlif kulturoloji adaptasiya və aprobasiyaya məruz qalırlar ki, bu da onların beynəlxalq təcrübədə istifadəsinə imkan yaradır. Təbii ki burda anketlərin tərcüməsi zamanı dini, milli və mədəni mənsubiyyətə uyğunlaşdırılması da mühüm əhəmiyyət daşıyır.

SBHK-nin tətbiqi. Tibb xidmətləri mütəxəssislər tərəfindən icra olunub xəstələr tərəfindən qəbul olunur ki, bəzən bu xidmətin qiymətləndirilməsində tərəflər arasında narazılıq yaranır. Belə ki, hər nə qədər həkimlər kliniki göstəricilərə görə müalicənin effektindən razı qalsa da pasiyentlər bu prosesə daha həssas reaksiya göstərir. Xəstələrin fikrincə növündən asılı olmayaraq göstərilən tibb xidməti onların həyat keyfiyyətinə mənfi təsir etməməli (emosional, funksional və sosial sferaya), eyni zamanda iqtisadi cəhətdən sərfəli olmalıdır [4]. Bu cür yanaşmada artıq ənənəvi qiymətləndirmə üsulları öz mahiyyətini nisbətən itirmiş, əksinə HK-nin daha doğrusu SBHK-nin ölçülməsi və dəyərləndirilməsi mütləq mənada dəyər qazanmış olur. SBHK-i fərdin sağlamlıq vəziyyətini, sosial və maddi kontekslərini nəzərə almaqla qiymətləndirdiyindən daha əhəmiyyətlidir ki, bu funksiyanı da fərdin subyektiv fikirlərinə görə obyektiv şəkildə həyata keçirir.

Новик A.A fikrincə xəstənin SBHK müalicənin əsas və ya tamamlayıcı məqsədi olub [12]:

1) SBHK- ömrün qısalmasına səbəb olmayan xəstəliklərdə müalicənin əsas məqsədidir.

2) SBHK- ömrün uzunluğunu azaldan xəstəliklərdə tamamlayıcı müalicədir.(bu qrupda əsas məqsəd ömrün uzadılmasıdır)

3)SBHK xəstəliyin inkurabel mərhələsində müalicənin yeganə məqsədidir .

Daha geniş anlamda isə SBHK anlayışının səhiyyədə tətbiqi geniş və çoxcəhətlidir ki, bunlara da[8,9,11]:

- Müalicə üsullarının standartlaşdırılması

- Inkişaf etmiş ölkələrdə qəbul olunmuş beynəlxalq kriteriyalara uyğun yeni müalicə üsullarının ekspertizası
- Müalicənin yaxın və uzaq nəticələri də daxil olmaqla xəstənin vəziyyətinin fərdi qiymətləndirilməsi
- Risk qruplarını aşkarlamaqla tibbi-sosial populyasion tədqiqatların aparılması
- Palliativ təbabətin fundamental prinsiplərinin işlənib hazırlanması
- Yeni dərman preparatlarının ekpertiza keyfiyyətinin yüksəldilməsi aiddir.

SBHK indeksinin xüsusi diqqət və həssaslıqla ölçüləcəyi qruplardan birini də çox bahalı dərman müalicəsi alan xəstələr təşkil edir [4,6]. Bu qrup xəstələrdə KYHİ (QALY) kəmiyyətinin qiymətləndirilməsi, maliyyə sərfiyyatının tənzimlənməsində və daha sərfəli yeni strategiyanın hazırlanmasında mühüm rol oynayır[4,11]. SBHK həmçinin səhiyyə işçisi (həkim, tibb bacısı, xəstə baxıcısı), xəstə və xəstə yaxınlarından ibarət üçbucaqda tərəflər arasında əlaqələnin saxlanmasını və bu əlaqə sayəsində bəzən diqqətdən yayınmış əlamətləri qiymətləndirərək yanaşı xəstəliklərin aşkarlanmasını təmin edir[1,5].

Nəticə. Beləliklə, əminliklə demək olar ki, SBHK indeksi həm kliniki tədqiqatlarda, həm də mövcud səhiyyə xidmətinin qiymətləndirilməsində vacib son nöqtəyə çevrilmişdir [1,5]. SBHK konsepsiyasının əsas müddəaları təbabətin, "xəstəlik deyil, xəstə müalicə olunmalıdır" prinsipiylə tamamilə uyğunlaşır. Belə ki, bu konsepsiya xəstə və xəstəlik probleminə olan ənənəvi baxışlardan fərqli olaraq təkcə ümumi somatik dəyişiklikləri deyil, xəstəliyin xəstənin funksional, psixoloji, emosional və sosial funksiyalarına təsirini də öyrənir və qiymətləndirir [14]. Bu prosesdə digər vacib amil isə bu işdə xəstənin bilavasitə iştirakıdır. Tibb xidmətinin kəmiyyət və xüsusilə keyfiyyət göstəricilərinin həmin xidmətin bilavasitə istehlakçısı yəni- xəstə tərəfindən subyektiv olaraq qiymətləndirilməsi SBHK indeksinin həssalıq və etibarlılığını bir daha sübut edir. Bu baxımdan da inkişaf etmiş ölkələrdə hər sahədə - o cümlədən tibb sahəsində HK-nin yüksəldilməsi və inkişafı dövlət siyasətinin açarı rolunu oynayır.

ƏDƏBİYYAT

1. Lin X.J., Lin I.M., Fan S.Y. Methodological issues in measuring health – related quality of life // Tzu Chi Med.J., 2013, v..25, p.8-12
2. Aristotles: Nicomachean Ethics: Batoche Books Kitchener. 1999. Available from: http://www.efm.bris.ac.uk/het/aristotle/ethics.pdf
3. http:// www.allbest.ru./
4. Naughton MJ et all: Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales. In Quality of Life and Pharmaco economics in Clinical Trials. Edited by: Spilker B. New York: Lippincott-Raven; 1996, p.117-131
5. WHO: WHOQOL: measuring quality of life. 1997. Available from; http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
6. Hadıyev S.İ., Əsədova A.A. Qaraciyərdən xaric öd yollarının yatrogen zədələnmələrinə görə rekonstruktiv əməliyyyatlara məruz qalmış xəstələrin həyat keyfiyyəti // Sağlamlıq, 2017, N6,s.43-47
7. Karnovsky D.A. et al. Evaluation of Chematherapeutic Agenta / ed.by. Maclead C.M. Columbia University Press 1947, 67p.
8. Andresen E.M., Meyers A.R. Health related quality of life outcomes measures // Arch Phys. Med Rehabil 2000, v.81, Suppl2, p.30-S45
9. Fitzpatrick R. Quality of life Measures in Health Care applications and İssues in assessment // BMJ, 1992, v.305,p.1074-1077
10. Prieto L, Sacristan JA: Problems and solutions in calculating quality-adjusted life years (QALYs) // Health and quality of life outcomes, 2003, v.1, p.80.
11. Suzukamo Y., Fukuharo S., Green J. et al. Validation testing of a three-component model of Short Form-36 scores // J Clin Epidemiol., 2011, v.64, p.301-8.
12. Fitzpatrick R., Davey C., Buxton M.J., Jones D.R. Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials // Health Techn.Assess.1998, v.2, p.1-74.
13. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине.2-е издание / Под. ред.акад.РАМН Ю.Л.Шевченко М.: ЗАО. «Олма Медиа Групп, 2007. 320с
14. Fayers P.M, Machin D. Quality of life The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes. 2nd edition. John Wiley & Sons Ltda: West Sussex, 2007

Резюме

Применение индекса качества жизни, связанное со здоровьем в клинической медицине.

А.А. Асадова

В последние годы изучение качества жизни все чаще становится предметом не только в клинических исследований, но и в практике в силу более адекватной оценки состояния здоровья

пациентов и эффективности применяемых методов. В современной медицине широкое применение получил термин «качества жизни, связанное со здоровьем» (Health-Related Quality of Life) , обозначающих оценку параметров, связанных с заболеванием, и позволяющих определить влияние болезни и лечения на физическое, психологическое, эмоциональное состояние больного и его социальный статус. В статье представлен данные о понятиях «качества жизни», «качества жизни, связанное со здоровьем», методы оценки, области применения качества жизни в медицине.

Summary

The application of the health-related quality of life index in clinical medicine.

A.A. Asadova

Nowadays, health related quality of life (HRQOL) has become an important index in medical treatment and clinical care. HRQOL focuses on the effects of illness and specifically on impact of treatment on quality of life. HRQOL is a reflection of the way that individuals perceive and react to their health status and nonmedical aspects of their lives, which include health-related factors such as physical, functional, emotional and mental well-being as well as nonhealth - related elements, such as job, family, friends and other situations in life. The emphases of this article are on the definition, concept and methodological issues in the measurement of HRQOL.

Daxil olub:22.01.2018

MÜŞTƏRƏK TRAVMA ZAMANI FƏQƏRƏLƏRİN QEYRİ-STABİL SINIQLARININ MÜALİCƏ TAKTİKASI

E.Q. Yaqubov, Z.R. Rəhimov, Ə.Y.Əhmədzadə

Azərbaycan Tibb Universisteti, Bakı

Açar sözləri: Müştərək travma, dayaq- hərəkət sistemi, fəqərələrin fəsadlaşmamış qeyri- stabil sınıqları- FFQSS

Ключевые слова: сочетання травма, опорно-двигательная система, неосложненные нестабильные переломы позвоночника

Key words: combined trauma, musculoskeletal system, uncomplicated unstable vertebral fractures

Müasir elmi ədəbiyyatlarda axırıncı illərdə fəqərələrin sınıqlarının müxtəlif formalarının cərrahi metodları işıqlandırılır, patogenetik əsaslandırılır, edilən metodlara, onların müalicələrinin nəticələrinə müsbət təsirlərini müzakirə edirlər, bu zaman təcili diaqnostikanın və differensial metodun seçiminə böyük əhəmiyyət verilməsi hər bir zədələnmənin fərdi cərrahi metodun seçolməsinə və sınıqların lokalizasiyasına diqqət yetirilir (Reinhold M.et.ol.2008, Khoo LT- 2012).

Müştərək travmalara məzruz qalmış xəstələrin fəqərələrin fəsadlaşmamış qeyri-stabil sınıqları (FFQSS) aşağı ətrafların sınıqları ilə birlikdə baş verən zaman fəqərələrin sınıqları adətən konservativ metodlarla müalicə olunurlar, çünki xəstələrdə heç bir parez və ya iflic əlamətləri qeyd olunmur, lakin müalicələrin uzaq nəticəli göstərir ki, belə xəstələr daima fəqərələr nahiyyəsində olan ağrılardan şikayət edirlər. Bu nöqteyi nəzərdən XX əsrin sınıqlarından başlayaraq belə sınıqların müalicəsində yeni cərrahi metodlar yer tapmağa başladı, sadə və effektli metodlar axtarıldı və əməliyyatın gedişi sadələşdirildi, fiksasiyalar sınıq nahiyyəsində stabil şərait yaratdı və beləliklə xəstələr tezliklə aktiv həyat təzrinə başladılar (Gertzbein S.D. 2012).

70-80- ci illərdən rentegen- tomoqrafiyanın meydana gəlməsi vertebralgiyanın inkişafına təkan verdi. Belə ki, fəqərələrin ventral kolonnalarında operativ müalicə metodları genişləndirildi. Lakin ventral spondilodez stabil fiksasiya yaratmadığına görə əlavə xarici imbolozasiyası tələb olunur və buda xəstənin əmək qabiliyyətinin bərpasının uzanmasına gətirib çəxarır. Belə halların çatışmamazlıqlarını aradan götürmək üçün ventral spondilodezi dorsal endofiksasiya ilə birlikdə kombinə olunmuş şəkildə tətbiqinə başlandı (Wilki H.İ. 2011). Bu taktikanın mürəkkəbliyi və xarici fiksatorların böyüklüyü xəstələr üçün diskomfortun əmələ gəlməsinə səbəb oldugından geniş tətbiqini tapmadı (Балахатин Ю.А. 2004).

Fəqərələrin qeyri-stabil zədələnmələrinin AB, B və C (Magerl F. 1994 təsnifatı) tipli sınıqları yeni fiksatorların işlənib hazırlanmasına gətirib çıxardı. Belə metod transpedikulyar fiksasiya oldu. Bununla

bərabər qeyd etmək lazımdır ki, hal-hazırda azimvaziv və endoskopik metodların tətbiqi müasir vertebralofiyada geniş inkişaf etməkdədir.

Tədqiqatın material və metodları. Bizim kliniki müşahidəmiz Bakı şəhəri Kliniki- Tibbi Mərkəzin müştərək travma şöbəsi və Sumqayıt Təcili Yardım xəstəxanasının neyrotravma şöbələrində müalicə almış son 10 ilin materialı təşkil edir. Bizim müşahidəmiz altında 132 xəstə müxtəlif formalı və lokalizasiyalı xəstələrin sınıqları təşkil edir.

Fəqərələrinin müalicəsi zamanı biz həm konservativ və həm də operativ əməliyyatlardan istifadə etmişik, müəyyən əldə etdiyimiz müsbət nəticələr müalicələrin yüksək effektiv göstəricilərlə yekunlaşmışdır. Xəstələrimiz 2 qrupa bölünərək əsas (57 xəstə) və nəzarət (75 xəstə) qrupları olaraq müalicə olunmuşlar. Nəzarət qrupunun xəstələri konservativ müalicə almışlar, lakin əsas qrupa daxil olan xəstələrə müxtəlif metodlarla cərrahi əməliyyatlar icra edilmişdir. Boyun fəqərələrinin sınıqları 41 xəstə olmuş, onlardan 23- ü (56,1%) nəzarət qrupuna, 18-i (43,9%) isə əsas qrupun xəstələri olmuşdur. A- I tipli monokal stabil zədələnmələr fəqərə cisminin kompressiyası zamanı kifotik deformasiya 10 dərəcədən yuxarı olarsa, bu xəstələrə cərrahi əməliyyatlar aparılmalıdır, ən yaxşı olar ki, belə olan variantlarda ventral spondilodez və endofiksatorların tətbiqi nəticəsində fəqərələrdə lordozlaşdırma aparılması yaxşı nəticə vermişdir. Bu əməliyyatdan sonra korset gips sarğıları 1,5 ay ərzində saxlanılır və azad edilərək reabilitasion tədbirlərə başlamaq lazımdır. Əgər xəstələrin müayinəsi zamanı kifotik deformasiya 10 dərəcədən az olan hallarda kifayət edir ki, xarici immobilizasiya edilsin və heç bir cərrsahi əməliyyat aparılmasın, belə göstərişlər B- 1 tipli sınıqlara aiddir, bu göstərişlərə əməl edildikdə sınıqların konsolidasiyası öz vaxtında başa çatır. Boyun fəqərələrinin aşağı nahiyyəsinin sınıqları baş daha çox rast gəlinir və travmaya məruz qalan 3, 4, 5 fəqərələrində baş verir.

Xəstələrin fəqərələrinin sınıqları bir neçə seqmentdə baş verən zaman kifotik deformasiya qabarıq şəkildə qeydə alınır, lakin baxmayaraq ki, bir neçə seqment sınıb, lakin stabillik ola bilir və bu zaman xəstələrə traksiya verərək ekstenziya vəziyyətində xarici immobilizasiyca tətbiq edərək müalicəni başa çatdırmaq olar. Qeyri-stabil fəsadlaşmamış sınıqların bütün tipləri C. Argenson təsnifatına görə göstəriş ventral spondilodez sınmış nahiyyədə aparmaq və sonra xarici fiksasiya edilməsi məqsədəuyğundur. Bir neçə seqmentin qarışıq tipli sınıqları A2, A3, B2, B3, C1, C3 və onların müştərəkliyi zamanı əgər artan yüklə müalicə effekt vermədiyinə görə bu xəstələrə cərrahi əməliyyatlardan ventral spondilodez edərək xarici immobilizasiya edilməlidir. Belə variantların qarışıq olmayan seqmentlərin sınıqları zamanı ventral spondilodez edilərək xarici immobilizasiyanı 3 aya qədər tətbiq edilməsi məsləhətlidir. Düzgün seçilmiş cərrahi taktika müalicələrin müvəffəqiyyətlə başa çatdırmaq olur, sınıqların konsolidasiya prosesi başa çatır, kifotik deformasiyaların dərəcəsi artmır və nevroloji statusda irəliləyiş baş verir

Statistik məlumatlardan da və bizim kliniki müaşahidələrimizdə də qeyd olunmuşdur ki, fəqərələrin ümumi sınıqlarının ən çoxu aşağı döş və bel fəqərələrinin payına düşür. Bizim 132 xəstənin 91- də yəni 68,9%-də aşağı döş və bel fəqərələrinin zədələnməsi olmuşdur. Belə travmaların nəticəsində fəqərələrdə qeyri-stabil fəsadlaşmış sınıqlar zamanı düzgün seçilmiş müalicə taktikasının böyük əhəmiyyəti vardır, çünki bu formalı sınıqlar bütün fəqərə sınıqları arasında liderliyə malikdir. Cərrahi əməliyyatların seçimi zamanı differensial yanaşma tələb olunur, sınıqların tipində və xarakteristikasından asılı olaraq tətbiq olunmalıdır, bu deyilənlərə əməl edilərsə müalicələrin nəticəsi yaxşı olacaqdır. Bizim müşahidə etdiyimiz 91 xəstənin 52-I (57,2%) göstərilən sınıqlara görə konservativ müalicə almışlar, bu qrup xəstələri biz nəzarət qrupuna aid etmişik, lakin 39 (42,8%) xəstə isə cərrahi əməliyyatlara məruz qalmışlar və bunları biz əsas qrupa daxil etmişik.

Aşağı döş və bel fəqərələrinin sınıqlarının cərrahi müalicəsi differensial yanaşma tələb edir və biz hesab edirik ki, A1 -tipli sınıqlar zamanı ən əlverişli effektiv cərrahi metod ventral spondilodez endofiksatorların tətbiqi ilə birlikdə, aparılmasıdır əgər sümüklərin mineral sərtliyi normaldırsa. Kompyuter tomoqrafiyasının müayinəsi bizə bütün informasiyanı dəqiqliklə verir, sınmış sümüklərin sınıqlarının xarakteri, tipi və eləcə də fəqərə cisminin hündürlüyünün çökməsinin dərəcəsini aşkar etmək olur. Bu məlumatlara əsasən fəqərə cisminin zədələnmələri 75%- keçmirsə vertikal xətt üzrə, o xəstələrə çoxseqmentli spondilodez edilməsi ən əlverişli metod sayılır.

Xəstələrin yaşlı hissələrinin adətən sümüklərinin mineral tərkibi, sıxlığı pozulur və o zaman sınıqların müalicə taktikası dəyişir, yəni belə xəstələrə iki etaplı cərrahi əməliyyatlar aparılması daha məsləhətdir, arxa daxili fiksasiya və ventral spondilodez endofiksatorların tətbiqi ilə yekunlaşır. A1- tipli sınıqlar diskin zədələnməməsilə baş veribsə, lakin deformasiya fəqərə cismində qabarıq şəkildə özünü göstərirsə, belə xəstələrə korporoplastika və arxa- daxili fiksasiya edilməlidir və burada məqsəd disklərin funksiyasını qorumaq, degenerativ prosesin inkişafının qarşısını almaqdır.

Uzaq nəticələri öyrənərkən biz A2- tipli xəstələrdə deformasiyaların korreksiyası yaxşı nəticələrlə yekunlaşmışdır, o xəstələrə ventral spondilodez endofiksatorla birlikdə icra edilmişdir. Bundan başqa xəstələrin sümüklərinin sıxlığının normal olanlarda nəticələr yaxşı əlamətlərlə yekunlaşmışdır, lakin sümüklərin mineral tərkibi, sıxlığı az olan yaşlı xəstələrdə, baxmayaraq ən son müasir metod tətbiq edilib, müalicələrinin nəticələri o biri xəstələrə nisbətən yaxşı olmamışdır.

Xəstələrimizin əməliyyatları arasında təkcə arxa fiksasiya aparılanlarda erkən etaplarda kifotik deformasiyanın korreksiya çox yaxşı nəticələrlə yekunlaşır, lakin uzaq nəticələri öyrənəndə aşkar olunmuşdur ki, bəzi xəstələrdə fəqərə cisminin çökməsi qeyd edilmişdir. A2- tipli sınıqları olan xəstələrimizin normal sümük strukturuna malik olanları cərrahi əməliyyatı biseqmentar spondilodez və endofiksatorların tətbiq edilməsidir. Bel fəqərələrinin aşağı lokalizasiyalı sınıqları olanlara biz arxa- daxili fiksasiya tətbiq etmişik, lakin bəzi xəstələrdə, ələxüsus yaşlı qadınlarda sümük strukturunun sıxlığının zəif olması zamanı əlavə autoplastika icra edirik.

A3- tipli sınıqların müalicələrinə yekun vurarkən aydın olmuşdur ki, sümüyün strukturunun sıxlığı normal olan xəstələrdə aparılmış ventral spondilodez birmomentli edilən xəstələrdə yaxşı nəticələr əldə etmişik. Əgər sümüyün strukturunun sıxlığı qənaətbəxş deyilsə, o zaman ventral spondilodez endofiksatorlara əlavə dorsal daxili fiksasiya aparılması məsləhətdir. Belə xəstələrə bəzi hallarda transpedikulyar qısa seqmentli fiksasiyaya əlavə osteoplastika aparmaq daha məsləhətdir

Bəzi xəstələrimizin sınıqları aşağı döş fəqərələrinin payına düşmüşdür, bu zaman laminar fiksasiyaya üstünlük vermişdir, bu əməliyyatların nəticəsində kifotik deformasiyaları əvvəlki ilkin vəziyyətə nisbətən 75-85% düzəltmək olur, sonrakı etaplarda rentgenoloji nəzarət göstərmişdir ki, deformasiyanın proqressivləşməsi baş vermir. Onu da qeyd etmək lazımdır ki, cərrahi əməliyyat zamanı ilkin deformasiya dərəcəsini 60%- dən aşağı korreksiya edilibsə, o zaman müalicəsinin sonrakı etaplarında deformasiyanın proqressivləşməsi baş verəcəkdir, bu ən çox qısa seqmentli transpedikulyar fiksasiyalar zamanı baş verir.

B və C tipli sınıqların cərrahi metodlarını seçən zaman, sınığın sabitliyini, fəqərə sütununun istinad funksiyasını və sümüyün strukturunun sıxlığı nəzərə alınmalıdır. Qeyri-stabil sınıqlar zamanı ventral endofiksator, ventral və dorsal sütunlar dağılıbsa, əlavə arxa fiksasiya edilməsə, o zaman bu xəstələrdə postravmatik deformasiyanı korreksiya etmək olmur və adekvat stabillik üçün mütləq arxa fiksasiyada edilməlidir. B-tipli sınıqların ən optimal müalicə metodu, əgər arxa ostoliqamentar kompleks zədələnibsə və sümük strukturunun sıxlığı bizi qane etmirsə, bu zaman məsləhət ikietaplı müalicə sxemidir, belə xəstələrin kifotik deformasiyaları stabil olaraq düzəlmiş vəziyyətdə saxlanılır. Düzdür bu metodun biz əleyhinəyi, çünki xəstələr üçün ağır əməliyyatdır və qanaxma çox olur, müalicəsinin müddəti uzanir və i.a., ona görə biz cərrahi əməliyyatı bu tipli sınıqlarda bir etapa yerinə yetirmişik. Bu xəstələrimizə biz transpedikulyar fiksasiyanı korporoplastika ilə birlikdə yerinə yetirmişik və ilkin əldə edilən korreksiya müalicəsinin başa çatana qədər stabil qaldığını müaşayət etmişik.

Qeyd etmək istərdik ki, B- tipli sınıq1ar zamanı qısa seqmentli transpedikulyar fiksasiyanı osteoplastika ilə birlikdə edilən xəstələrimizdə sınmış fəqərə cisminin hündürlüyünü tam bərpa etmişik və müalicə prosesi başa çatana qədər hər bir kifotik deformasiyanın çökməsini müşahidə etməmişik. Bu metod ilə osteoprozlu xəstələrin aşağı döş və bel fəqərələri bir neçəsi sınan zamanı tətbiq edərək, çox yaxşı nəticələr əldə etmişik və hesab edir ki, autoplastika sınıq nahiyyəsində yaradılmış stabillik sınıq nahiyyəsində konsolidasiya olunur, bərkiyir və nəticədə fəsadların əmələ gəlməsinin qarşısını alır.

B və C- tipli sınıq1ların müalicələrinin uzaq nəticələrini öyrənərkən aşkar edilmişdir ki, düzgün seçilmiş cərrahi əməliyyatın aparılması göstərmişdir ki, 62,5% xəstələrdə yaxşı nəticə almışıq və 37,5%- isə kafi nəticələr olmuşdur. Baxmayaraq C-tipli sınıqlar bizim müşahidəmizdə nisbətən az olmuşdur, lakin məsləhət edirik ki, cərrahi əməliyyatı dorsal fiksasiyadan başlamaq lazımdır, bunu nəticəsində bu sınığa xarakterik olan rotasion yerdəyişməni düzlətmək olur və eyni zamanda sagital müstəvidə deformasiyanı da korreksiya etmək mümkün olur.

Beləliklə, qeyri-stabil fəsadlaşmamış fəqərə sınıqlarının cərrahi müalicə taktikasının əsasını, zədələnmənin morfologiyası, onun stabilliyi spondilodez zonasının balansının yaradılması, hansıki asılıdır sümük toxumasının bərkliyindən və tamamilə anatomik bərpanın, funksyanın normal vəziyyətinin geri qaytarılmasından. Bu prinsiplərin reallaşdırılması aparılan əməliyyatların travmatikliyindən və ixtisaslaşdırılmış cərrahi yardımın təşkilindən asılıdır və ən vacib mome1ntlər1dən biri də metodun zədələrə uyğun seçilməsindən və onun kim tərəfindən icra edilməsindən aslıdır.

Ətraflarda olan sınıqların müalicələri 2- üsulla icra edilmişdir, 1- ci metod konservativ metodlardır və biz bu metodların üzərində çox dayanmırıq çünki bunlar hamıya məlumdur. 2-ci metod cərrahi metoddur, bu cərrahi metodlar əsasən 2-yerə bölünürlər, 1-ci metod azinvaziv, qapalı metodlar, 2-ci metod isə açıq üsullarla edilən cərrahi yollardır. Hal-hazırda bütün avropa klinikalarda azinvaziv və qapalı metodlara

üstünlük verirlər və bizdə öz klinikamızda bu müasir metodlardan geniş istifadə edir. Ətraflarda olan uzun borulu sümüklərin sınıqları zamanı qapalı compression- distraksion aparatları vasitəsi ilə osteosintezlər icra etmişik (77-sınıq) və azinvaziv osteosintez (AO) hesab edilən intramedulyar qapalı kilitli, osteosintezlər icra etmişik (62- sınıq). Bu əməliyyatı yerinə yetirmək üçün xüsusi alətlər dəsti olmalıdır. Hər bir diafizar sınığın prorsimal hissəsindən 1-2 sm. Kəsik aparılan və xüsusi alət vasitəsi ilə kanal açılır, sonra repozisya olunmuş distal hissəsinin kanalına ştift yeridilir. Hər bir stiftin uc hissələrində olan deşiklər mövcuddur və şift kanala yeridildikdən sonra müvafiq hissədən deşiklərə yivlər vurulur, bunun üçün dəridə çox xırda kəsik edilir, əvvəl sümüyün kortikal hissəsi yivlə deşilir və sonra o hissədə xüsusi ölçülü xırda yivlərlə kilitləmə əməliyyatı icra edilir. Bu metod atravmatik olduğundan heç bir qan itirmə qeydə alınmır və xəstələrə əlavə travma vurulmur.

Aparılmış tədqiqat xarakterli elmi axtarışlarımız nəticə etibarı ilə optimal müalicə variantlarının dürüstlüyünün aşkar edilməsi olmuşdur belə ki, fəqərələrin qeyri-stabil fəsadlaşmış sınıqları müştərək travmalı xəstələrdə müalicə taktikasının düzgün seçilməməsi nəticəsində çoxsaylı əlilik, şikəstlik baş verir bunu biz nəzarət qrupunun xəstələrinin müalicələrinin sonluğunda qeyd etdik, lakin axrıncı illərdə cərrahi metodaların yeni texnologiyalarının tətbiqi nəticəsində əsas qrupumuzun xəstələrində belə hallarla rastlaşmadıq, müalicəmizin nəticələri yaxşı və kafi olaraq qiymətləndirdik. Belə travmalara rasional yanaşma müalicə seçimi baxımından ondan ibarətdir ki, yüksək dəqiqəliklə diaqnostik metodları birincilər sırasına çıxarmaq, bunun üçün xəstələr kompyuter və maqnit-rezonans tomoqrafiya edilməlidir, çünki müalicənin nəticəsi düzgün diaqnostikanın aparılmasından asılıdır və bundan başqa müalicə prosesinin gedişi zamanı bütün manipulyasiyalara və cərrahi əməliyyatlara nəzarət bu adları çəkilən aparatlar vasitəsilə aparılır. İkinci vacib məsələ isə xəstələrin konservativ və operativ müalicə metodlarının düzgün seçilməsidir, bu dediklərimiz isə müvafiq alətlər dəsti tələb edir və ixtisaslaşdırılmış stasionarın yaradılması və dediklərimiz müalicələr orada qparılması ən vacib məsələlərdəndir. Unikal müalicə-diaqnostik və reabilitasion məsələlərin birlikdə yaradılması yeni texnologiyaların tətbiqi üçün vertebrologiya mərkəzlərinin yaradılması, xəstələrə düzgün yardımın təşkili, tibbi-sosial problemin həllinə yol açır və xəstələrin əlilliyinin qarşısını almaq üçün atılan doğru yoldur.

Nəticələr. Müştərək travmaya məruz qalmış zərərçəkənlərin fəqərələrinin qeyri-stabil fəsadlaşmamış sınıqların konservativ müalicələrinin nəticələri göstərir ki, A-tipli sınıqlar üstünlük təşkil edir və bu xəstələrdə kifotik deformasiyalar qabarıq şəkildə aşkarlanır və onurğa kanalının daralması qeyd olunur. B-tipli sınıqlarında əsasən ventral sütunun zədələnməsi çox olmuş və C-tipli sınıqların müalicəsinin uzaq nəticələri isə ən ağır deformasiyalarla yekunlaşıb.

Qeyri-stabil fəsadlaşmamış fəqərə sınıqlarının təklif edilmiş müalicə- diaqnostik standartlara əsasən aparılmış cərrahi metodlardan ən müasir və effektlisi endofiksatorlardan transpedikulyar metal konstruksiyalardır, onun A, B və C-tipli sınıqlarda tətbiq edilməsi nəticəsində kifotik deformasiyaların dərəcəsi normallaşdırılır, etibarlı stabillik yaradır və bunun nəticəsində sınıqların regenerasiyası normal şəraitdə başa çatır. Xəstələrin müalicə müddəti qısalır, reabilitasiya prosedurlarına erkən başlanılır və onların əmək qabiliyyəti tezliklə bərpa edilri.

Uzun borulu sümüklərin sınıqları zamanı aparılmış osteosintezlərin azinvaziv və qapalı metodları yaxşı nəticələr verir və xəstələrə əlavə travma yeritmir, sınıqların qeyri-stabilliyini 21,5%- azaldır.

Müştərək travma zamanı fəqərələrin qeyri- stabil fəsadlaşmamış sınıqların cərrahi müalicə taktikasının sonluğu 62,5% xəstələrdə yaxşı və 37,5%-də isə kafi nəticələrlə yekunlaşmışdır, lakin eyni tipli sınıqların konservativ müalicələrinin sonluğu 28,8%- müvəqqəti və daimi əlilliklə yekunlaşmışdır

ƏDƏBİYYAT

1. Балахтин Т.А. Особенности применения вентеральной фиксации у больных с травмами и заболеваниями позвоночника грудной и поясничной локализации: Автороф. дис. ... к.м.н. СПб, 2004 с.23
2. Gertzbein S.D. Canal clearance in burst fractures using the AO inter fixator // Spine, 2012, v.17, p.558-560
3. Khoo L.T. Thoracoscopic- assisted treatment of thoracic and lumber fractures: a series of 371 consecutive cases // Neuro surgery, 2012, v.51 (suppl), p.104-117
4. Reinhold M. Lower cervical spine trauma; classification and operative treatment //Unfallchirurg- Lun 2008, v.109(6), p.471-480.
5. Wilke H.J. Combinet anteropsterior spinal fixation provides superior stabilization to a single anterior of posterior procedure // J. Bone Joint Surg Br., 2011, v.83 (4), p.609-617.

Резюме

Лечебная тактика неосложненных нестабильных переломов позвоночника при сочетанной травме

Э.Г. Ягубов, З.Р.Рагимов, А.Я.Ахмедзаде

Призведена лечения у 132 больных с неосложенных нестабильных переломов позвоночника при сочетанной травме. Все этибольные разделены 2 группы. Первая группа пострадавшие (75 больных) лечились в период с 2005-по 2010 г.г. которые относились в контрольной группе, а основная группа больных (57) лечились в период с 2010-2017 г.г. Лечение переломов в основной группе проводились самыми современными методами: транспедикуляр остеосинтез, малоинвазивные и атравматические остеосинтезы. Исходы лечения переломов оказались у 62,5%- с хорошими результатами в основной группе больных, что 28,8%- выше чем в контрольной группе.

Summary

Therapeutic tactics of uncomplicated unstable vertebral fractures in combination with trauma

E.G. Yagubov, Z.R.Ragimov, A.Ya.Akhmedzadeh

The treatment in 132 patients with uncompleted unstable vertebral fractures in combination with trauma was treated. All these are divided into two groups. The first group of patients (75 patients) were treated between 2005 and 2010. which belonged to the control group, and the main group of patients (57) were treated in the period from 2010-2017. Treatment of fractures in the main group was performed by the most modern methods: transpedicular osteosynthesis, minimally invasive and atraumatic osteosynthesis. The results of treatment of fractures were found in 62.5% - with good results in the main group of patients, 28.8% higher than in the control group.

Daxil olub:10.01.2018

ENTEROVİRUSLU UVEİT İLƏ XƏSTƏLƏRDƏ LABORATOR VƏ BİOKİMYƏVİ MÜAYİNƏLƏRİN MƏLUMATLARININ DƏYƏRLƏNDİRİLMƏSİ

N.A.Sadıqova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: enteroviruslu uveitlər, etiologiya, immun status, enterovirus infeksiyası
Ключевые слова: энтеровирусные увеиты, этиология, иммунный статус, энтеровирусная инфекция
Key words: enteroviral uveitis, etiology, immune status, enteroviral infection

Enterovirus infeksiyası (EVİ)- tipik antroponoz olub, infeksiya mənbəyi xəstələr və ya virusgəzdirənlərdir. Sağlam şəxslər arasında virusgəzdirənlərin xüsusi çəkisi 7,2 % ilə 20,1% arasında dəyişir ki, bu zaman 1 yaşa qədər olanların xüsusi çəkisi 32,6% təşkil edir [1, 2, 3]. Çox vaxt virusgəzdirənlər kiçik yaşlı uşaqlardır, 1 yaşdan yuxarı uşaqların 50%-də konkret ərazidə daha geniş yayılmış EVİ-nə qarşı əkscisimlər olur, uşaqların yaşı artdıqca EV-ə qarşı immun təbəqə də artır [4, 5, 6]. İnfeksiyalaşmış şəxslərin infeksiya mənbəyi kimi təhlükəliliyi infeksiyanın erkən dövrlərində (inkubasiyanın sonu, xəstəliyin əvvəli, şiddətlənməsi) daha yüksəkdir. Belə ki, bu zaman virus əraf mühitə müxtəlif ekskretlərlə (qan, sidik, nəcis, burun ifrazatı) yüksək miqdarda xaric edilir.

Patogenetik amillərin rəngarəngliyi, uveitlərin səbəbələrinin çətin aşkar edilməsi, iltihab proseslərinin immunitetlə şərtlənməsi və bahalı laborator və immunoloji müayinələrin aparılması zərurəti uveitlərin müalicə taktikasının aparılmasına və təyin edilməsinə dair diqqətlə və elmi əsaslandırılmış yanaşmanı tələb edir.

Tədqiqatın məqsədi enteroviruslu uveit ilə xəstə uşaqlarda laborator və biokimyəvi müayinələrin məlumatlarının dəyərləndirilməsi və təhlilin aparılması olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. İş Azərbaycan əhalisi arasında 3 aydan 14 yaşa qədər enterovirus infeksiyarı ilə törədilən uveiti olan 150 uşaq arasında aparılmışdır. Kontrol qrupu 50 sağlam şəxs təşkil etmişdir. Tədqiqata pasiyentlərin aşağıdakı klinik müayinəsi və laborator müayinəsi: ümumklinik, biokimyəvi, İFA-da spesifik IgG-nin təyin edilməsi, ZPR metodu ilə enterovirus DNT-nin kəmiyyətcə təyin

edilməsi daxil edilmişdir. Alınmış nəticələrin statistik işlənməsi variasion statistikanın məlum metodu üzrə orta riyazi ədədin (M), xəta göstəricisinin (m) təyin edilməsi ilə həyata keçirilmişdir.

Tədqiqat işinin nəticələri və onların müzakirəsi. İltihab prosesinin ağırlıq dərəcəsini müəyyən etmək üçün kəskin fazalı qan zülallarının miqdarı tədqiq edilmişdir. 150 pasiyentdə laborator və biokimyəvi müayinələr həyata keçirilmişdir. Birinci klinik qrupda (ağır gedişə malik) pasiyentlərin sayı 70 nəfər təşkil etmişdir. 2-ci qrupda xəstəliyin orta gedişində pasieyntlərin sayı 48 nəfər təşkil etmişdir. Üçüncü klinik qrupda (əlverişli gedişə malik) pasiyentlərin sayı 32 nəfər təşkil etmişdir.

Qan zərdabında bəzi göstəricilər, məsələn, eritrositlərin çökmə sürəti (EÇS), antistreptolizin O (ASLO), S-reaktiv zülal (SRZ), seromukoid dəyərləndirilmiş, leykositlərin ümumi miqdarı və onların müxtəlif fraksiyaları öyrənilmişdir. Müayinələr xəstənin stasionara qəbul olunmasının 1-2-ci gün və xəstəliyin 17-20-ci günü aparılmışdır (cədvəl 1).

Cədvəl 1

Müalicə prosesində ağırlıq dərəcəsinin qrupları üzrə kəskin fazalı qan zülallarının dinamikası

Göstərici	1-ci qrup (n=70)		2-ci qrup (n=48)		3-cü qrup (n=32)	
	müalicədən əvvəl	müalicədən sonra	müalicədən əvvəl	müalicədən sonra	müalicədən əvvəl	müalicədən sonra
EÇS	12,14±0,90*º	8,24±0,58*º	10,64±0,76*	6,38±0,81*	7,14±0,36*º	5,16±0,31*º
SRZ	0,06 ± 0,32º	0,06±0,43º	0,03±0,35*º	0,01±0,32*º	0,01±0,00º	0,01±0,00º
ASLO	0,23 ± 0,15*	0,14±0,05*º	0,20 ± 0,06	0,16± 0,19º	0,18±0,16	0,15±0,12º
Seromukoid	0,24 ± 0,18*	0,19±0,36*º	0,22 ± 0,12	0,16 ± 0,15º	0,16±0,05º	0,14±0,13º

Qeyd : *- müalicədən əvvəlki qiymətlərdən dürüst fərqlər ($p< 0,05$), º - qruplar arasında olan qiymətlərdəki dürüst fərqlər ($p< 0,05$)

EÇS-nin yüksəlməsi müxtəlif patoloji proseslərin həssas, lakin qeyri-spesifik göstəricisi hesab edilir. EÇS-nin daha yüksək göstəriciləri birinci (ağır gedişə malik) qrupda pasiyent daxil olduqda qeydə alınmışdır, aparılan terapiya fonunda 3 qrupun hamısında EÇS-nin səviyyəsinin dürüst azalması nəzərə çarpmışdır. Birinci və üçüncü qruplar arasında əhəmiyyətli dəyişikliklər aşkar edilmişdir. S-reaktiv zülal orqanizmin infeksiyadan erkən müdafiəsi mexanizmlərində iştirak edir. Müxtəlif iltihabi proseslərdə onun səviyyəsi sürətlə və dəfələrlə yüksəlir. Lakin bizim müayinələrin məlumatlarına görə, aparılan müalicənin fonunda azalma meyli nə birinci, nə də üçüncü klinik qruplarda aşkar edilməmişdir, orta-ağır gedişə malik qruplarda bu göstəricinin dürüst azalması nəzərə çarpmışdır. Bütün qruplar arasında S-reaktiv zülalın səviyyəsindəki dəyişikliklər dürüstdür.

Birinci klinik qrupda olan pasiyentlərin qanında ASL-O-nin yüksək qiyməti müalicə prosesində dürüst aşağı düşmüşdür. Xəstəliyi orta dərəcəli qrupda və əlverişli gedişə malik qrupda aparılan müalicənin fonunda cüzi azalma meyli nəzərə çarpır. Bütün qruplar arasında müalicədən sonra baş verən dəyişikliklər dürüstdür.

Seromukoid revmatoidli xəstəliklər zamanı revmatik prosesin fəallıq dərəcəsini xarakterizə edir. Bütün qruplarda pasiyentlərin qanında seromukoidin miqdarının yüksəlməsi və aparılan müalicə fonunda cüzi azalma meyli nəzərə çarpır. Müalicə fonunda seromukoidin dürüst azalması yalnız birinci qrupda qeyd olunur. Qruplar arasında müalicədən sonra qiymətlərin dürüst azalması aşkar edilmişdir.

Beləliklə, kəskin fazanın zülallarının miqdarının xəstəlik dövründə müxtəlif şəkildə dəyşməsinə baxmayaraq müəyyən meyllilik izlənir. Belə ki, birinci klinik qrup üçün bütün laborator göstəricilərin daha yüksək qiymətləri səciyyəvidir ki, bu da həmin qrupda prosesin ağır klinik gedişdə sürməsini göstərir. Birinci klinik qrupda EÇS, SRZ, ASLO-nin yüksək göstəriciləri həmçinin pasiyentlərin etioloji tərkibini əks etdirir, belə ki, yanaşı gedən və fəal sürən infeksiya ocaqları olan, revmatoidli və autoimmun uveitlə xəstələrin əksəriyyəti həmin qrupdandır. Xəstəliyi orta-ağır və əlverişli gedişə malik qruplarda xəstəliyin gedişində bu göstəricinin dürüst azalması aşkar edilməmişdir, belə ki, ağır yanaşı gedən xəstəlikləri və autoimmun gedişə malik uveiti olan pasiyentlərin faiz nisbəti həmin qruplarda aşağıdır.

Həyata keçirilən terapiyanın fonunda kəskin fazanın qan zülallarının əksəriyyəti azalır, birinci və ikinci klinik qruplarda bu, daha intensiv baş verir. Bu proses orqanizmin daha güclü cavab reaksiyasından xəbər verir. Gözdaxili iltihab prosesinin ağır gedişi zamanı orqanizmin ümumi immun cavabı yüksəkdir.

Leykositar formula iltihabın ağırlıq dərəcəsini əks etdirir. Terapiyadan əvvəl leykositlərin ümumi sayının dürüst artması və aparılan müalicədən sonra onların azalması aşkar edilmişdir. Həyata keçirilən müalicə fonunda bütün qruplarda leykositlərin ümumi sayının azalması nəzərə çarpır: birinci qrupda 23,3 %, ikinci qrupda 19,6 %, üçüncü qrupda 13,8% (cədvəl 2).

Cədvəl 2

Klinik qruplarda aparılan müalicə fonunda leykositar formulanın dəyişməsi

Göstəricilər		1-ci qrup (n=70)	2-ci qrup (n=48)	3-cü qrup (n=32)
Leykositlər (ümumi sayı)	müalicədən əvvəl	11,24±3,62	9,56±2,12	8,14±2,80
	müalicədən sonra	8,12±3,08*	8,34±1,47*	7,09±0,25*
Çöpnüvəlilər	müalicədən əvvəl	1,56±0,17	2,09±0,23	2,54±0,26
	müalicədən sonra	0,96±0,45*	1,56±0,02*	1,00±0,34*
Seqmentnüvəlilər	müalicədən əvvəl	61,38±10,13	55,12±10,72	52,21±9,57
	müalicədən sonra	62,11±11,07	59,33±9,11*	52,21±9,57
Monositlər	müalicədən əvvəl	6,05±3,32	5,25±2,23	5,02±1,14
	müalicədən sonra	4,54±2,21*	4,65±2,76	4,18±1,06
Limfositlər	müalicədən əvvəl	35,08±11,26	30,08±9,11	31,15±7,06
	müalicədən sonra	36,21±12,54	31,24±9,32	31,15±7,06

Qeyd: *- müalicədən əvvəl olan qiymətlərdən dürüst fərqlər ($p < 0,05$)

Beləliklə, birinci qrupda daha yüksək göstəricilərə baxmayaraq, aparılan müalicənin effektivliyi birinci qrupda xəstəliyi daha əlverişli gedişə malik qruplarla müqayisədə yüksəkdir. Kompleks müalicə və ənənəvi müalicə alan qruplarda qanın laborator və biokimyəvi göstəricilərinin məlumatlarının təhlili zamanı pasiyentlərin stasionara qəbul zamanı hər iki qrupda leykositlərin başlanğıc səviyyəsinin bir qədər yüksəlməsi, neytrofillərin yetkin olmayan formalarının üstünlük təşkil etməsi ilə bərabər leykositar formulanın sola doğru yerdəyişməsi və leykositlərin yetkin formalarının kifayət qədər olmaması nəzərə çarpır.

Aparılan müalicənin fonunda qanın formulasının normallaşması baş vermişdir. Qanın tədqiq olunan bütün göstəricilərinin dürüst dəyişməsi - EÇS-nin, qanda leykositlərin orta qiymətinin azalması, yetkin olmayan leykositlərin azalması və yetkin (seqmentnüvəli) leykositlərin sayının artması, limfositlərin ümumi sayının artması qeyd olunmuşdur.

Kompleks müalicə aparılan qrupda daha yüksək effekt əldə olunmuşdur. Qanda leykositlərin orta miqdarı kompleks müalicə alan qrupda və ənənəvi müalicə alan qrupda müvafiq olaraq 36,8% və 27,6% azalmışdır, leykositlərin yetkin olmayan formalarının orta sayı isə kompleks müalicə alan qrupda və ənənəvi müalicə alan qrupda müvafiq olaraq 35,2% və 19,8% azalmışdır (cədvəl 3).

Cədvəl 3

Müxtəlif metodlarla müalicə olunan qruplarda laborator göstəricilərin dinamikası

Göstərici	Kompleks müalicə alan qrup (n=88)		Ənənəvi müalicə alan qrup (n=62)	
	müalicədən əvvəl	müalicədən sonra	müalicədən əvvəl	müalicədən sonra
EÇS	16,23 ± 4,12	8,18 ± 1,68	14,6± 3,45	4,58± 0,66
Leykositlər	9,87 ± 1,23	7,24± 1,46	8,26± 1,54	6,12 ± 1,32
Çöpnüvəlilər	2,17 ± 0,14	1,82 ± 0,06	1,58 ± 0,06	1,18 ± 0,07
Seqmentnüvəlilər	63,06 ± 3,12	57,23 ± 3,14	57,56± 5,85	52,09 ± 5,68
Monositlər	6,08 ± 1,48	4,6 ± 1,26	7,08 ± 0,34	6,02 ± 0,64
Limfositlər	30,24 ± 2,56	24,67 ± 2,23	36,26 ± 2,6	33,12 ± 2,42
Ümumi zülal	81,25 ± 1,16	75,24 ± 3,12	80,54 ± 3,9	77,26± 3,56

Beləliklə, aparılan müalicə fonunda pasiyentlərin hamısında qanın göstəricilərinin normallaşması baş vermişdir. Lakin EÇS-nin ümumi iltihabəleyhinə təsiri sayəsində qanda leykositlərin daha çox – 9%-ə qədər və çöpnüvəli neytrofillərin sayının 14%-ə qədər daha effektiv azalması nəzərə çarpmışdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Бичурина, М.А. Роль энтеровируса ECHO 30 в этиологии энтеровирусной инфекции на Северо-Западе России в 2013 году // Журнал инфектологии. – 2014. – Т.6, № 3. – С. 84-91.

2. Гейдарова Н.Ф. Оценка влияния энтеровирусной инфекции на состояние новорожденных // Научный журнал «Фундаментальные исследования», 2014, № 4, часть 1, с.72-75

3. Дроздова Е.А. Вопросы классификации и эпидемиологии увеитов // РМЖ «Клиническая офтальмология». 2016. № 3. с. 155-159.

4. Лагерева Ю.Г., Сбитнева Н.Н., Субботина Н.С., Хаманова Ю.Б. Особенности иммунного статуса при Коксаки- и ECHO-менингитах у детей 3-6 лет // Инфекционные болезни, 2010, №1, с.29-33.

5. Foster C.S. Diagnosis and treatment of uveitis . Philadelphia.: W.B. Saunders Company, 2014. P. 900
6. Hong Xiao, Keyong Huang, Ling Li et al. Complete genome sequence analysis of human echovirus 30 isolated during a large outbreak in Guangdong Province of China, in 2012. //Arch Virol. 2014, v.159, p. 379-383

Резюме

Оценка результатов лабораторных и биохимических исследований у больных с энтеровирусным увеитом

Н.А.Садыгова

Проведенными исследованиями установлено, что результаты биохимических и лабораторных значений показателей в крови у обследованных в группах с комплексным и с традиционными методами лечения до лечения отмечается незначительное увеличение исходного уровня в обеих группах лейкоцитов крови, сдвиг влево в лейкоцитарной формуле с наличием многих форм незрелых нейтрофилов и незначительным количеством зрелых форм лейкоцитов. Наибольший эффект был зарегистрирован в группе обследованных, получивших комплексное лечение. Содержание в среднем лейкоцитов в крови в группе с комплексным лечением снизилось на 36,8% и на 27,6% в группе с традиционным лечением, содержание незрелых форм лейкоцитов в среднем снизилось в группе с комплексным лечением на 35,2% и на 19,8% в группе с традиционным лечением.

Summary

Evaluation of the results of laboratory and biochemical studies in patients with an enterovus aviation

N.A.Sadıgova

The conducted researches established that the results of biochemical and laboratory values of blood indices in the patients surveyed in groups with complex and with traditional methods of treatment before treatment showed a slight increase in baseline in both groups of blood leukocytes, a shift to the left in the leukocyte formula with the presence of many forms of immature neutrophils and insignificant number of mature forms of leukocytes. The greatest effect was registered in the group of patients who received comprehensive treatment. The average content of leukocytes in the blood in the group with complex treatment decreased by 36.8% and by 27.6% in the group with traditional treatment, the content of immature forms of white blood cells decreased on average in the group with integrated treatment by 35.2% and by 19, 8% in a group with traditional treatment.

Daxil olub:11.12.2017

POSTTONZİLLEKTOMİYA QANAXMALARI

V.M. Pənahian, N.T. Aslanova, G.Y.Kərimli

Azərbaycan Tibb Universiteti; 3 saylı Şəhər Klinik Xəstəxanası
Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu

Açar sözlər: tonzillektomiya, qanaxma
Ключевые слова: тонзиллектомия, кровотечения
Key words: tonsillectomy, bleeding.

Xroniki tonzillit müasir dövrdə səhiyyənin aktual problemi olaraq qalır. Çox zaman müalicə profilaktik tədbirlərin effektsizliyi patologiyanın cərrahi üsulla həll olunmasına təkan verir. Qeyd etmək vacibdir ki, cərrahi əməliyyatın müəyyən qismi apnoe səbəbindən icra edilir. Xroniki tonzillit otorinolarinqoloji xəstəliklərinin 1/3 təşkil edir [5]. Adətən xəstəliyin dekompensə olunmuş forması tonzillektomiya əməliyyatına məruz qalır. Beləliklə, əhaliyə bir ildə ABŞ-da 259 000, Fransada 75 000 tonzillektomiya əməliyyatı icra olunur [3,4] Rusiya Federasiyasının LOR-stasionarlarında xəstələrin 16%-ni xroniki tonzillitlər təşkil edir [1]. Qeyd etmək vacibdir ki, dünyada hər tonzillektomiya əməliyyatından ölüm halları 1: 20000 nisbətindədir [2,5].

Bütün cərrahi əməliyyatlar kimi tonzillektomiya əməliyyatında da fəsadlar mövcuddur. Fəsadların ən çox rast gəlinəni və ən ağırlısı əməliyyat zamanı və əməliyyatdan sonra baş verən qanaxmalardır. Cərrahiyyədə

bütün qanaxmalar kimi, tonzillektomiya əməliyyatından sonra olan qanaxmalar da arterial, venoz və parenximatoz formada olur. Qanaxmalar arasında parenximatoz qanaxmalar mütəxəssislər üçün daha mürəkkəb sayılır. Bu qanaxmaların saxlanma qaydaları digər qanaxmaların saxlanma üsullarından çox fərqlənir və daha çox çətinlik yaradırlar. Tikiş, liqatura, koaqulyator və hemostatik kimi qansaxlama üsulları gözlənilən effekti vermir və qanaxmalar çox zaman təkrar olunur.

Adətən parenximatoz qanaxmaların bir neçə etioloji səbəbi ola bilər. Onlardan hematolji, endokrinoloji və nefroloji xəstəliklər, kapilyarların angiopatiyası, revmatizm, əməliyyatdan öncə keçirilən virus infeksiyaları, təkrarlanan anginlar və paratonzillyar abseslər və sair qeyd etmək olar.

Beləliklə: tonzillektomiyadan sonra təkrarlanan qanaxmalarla olan bir xəstənin xəstəlik tarixinin çıxarışı təqdim olunur.

Lerik rayonun Niso Murya kənd sakini, 04.04.1992-ci il təvəllüdlü xəstə Q-v R.A. 02.112017-ci tarixində saat 9:00-da 3 saylı BŞX-nın LOR-şöbəsinə (x/t № 4161) xroniki tonzillitin dekompensə olunmuş forması diaqnozu ilə stasionar müalicəyə daxil olub. Xəstənin anamnezində hər ay təkrarlanan yüksək temperatura, ağrılar və revmatizm əlamətləri ilə anginalar xəstəliyi müşaiyət edib. Konservativ müalicə dəfələrlə aparılıb, lakin effekti uzun çəkməyib, son zamanlar isə müalicə tədbirləri tam effektsiz olub. Şöbəyə daxil olarkən xəstəyə laborator-diaqnostik müayinələr aparılıb. Müayinələrdən keçdikdən sonra xəstəyə planlı cərrahi əməliyyat təyin olunub.

Xəstənin anamnezində bir həftə öncə ambulator şəraitdə müayinə olunduğu zaman qanın laxtalanması 6dəqiqə 17 saniyə olub. Müvafiq müalicə aldıqdan sonra (askorutin, kalsii qlukonat) laxtalanma müddəti 4 dəqiqə 51 saniyəyə qədər enmişdir.

02.11.2017-ci il saat 11:05-11:45 də ümumi endotraxeal narkozla xəstəyə tonzillektomiya cərrahi əməliyyatı aparılıb. Əməliyyat zamanı qanaxma adi idi, saxlanılmışdır, aminokapron turşusu və disinon vena daxili yeridilmişdir. Əməliyyatdan sonra xəstənin ümumi vəziyyəti kafi idi, planlı olaraq palataya köçürülmüşdür və 2 gün müddətində qanaxma müşahidə edilməyib. Xəstə müvafiq müalicə alırdı və 04.11.2017-ci saat 16:30 sol tərəfdən qanaxma müşahidə olundu. Müvafiq tədbirlərdə qanaxma saxlanıldı. Beləliklə qanaxmalar 1 və ya 2 gün fasilə ilə ardıcıllıqla sol və sağ tərəfdən 6 dəfə təkrar olundu. Qanaxmalar yardım göstəriləndən sonra tez zamanda dayanırdı. Qanaxan hissələr koaqulyasiya edilirdi, ketqutla tikişlər qoyulurdu, vena daxili preparatlar yeridilirdi (aminokapron turşusu 100 ml., etamzilat 2.0 ml., disinon 2.0 ml.). Parenximatoz qanaxmalar tamponada ilə saxlanılırdı. Qeyd etmək vacibdir ki, qanaxmalar öskürək zamanı baş verirdi, və hər yeni qanaxma keçmiş qanaxmadan daha yüngül keçirdi.

Xəstəyə hematoloji analizlər B.Eyvazov adına Qanköçürmə Elmi-Tədqiqat İnstitutunda sonra isə akad. Mir-Qasımov adına RKX-nın Hematologiya şöbəsinin Talassemiya Mərkəzində aparılmışdır. Analizlərin nəticələri: qan laxtalanması 10’ 48”; retraksiya indeksi 0,8; rekalsifikasiya 450; hematokrit 42; trombotest VI-VII; protrombin indeksi 86; qanın laxtalanma müddəti (Li-Uayt üsulu) 5’30”; APTT 34” APTT indeksi 1,1”; Protrombin aktivliyi (Kvik üsulu) 97%; Protrombin müddəti 13,6”; İNR 1,0; Trombin müddəti 22”; Qanaxma müddəti (Dyuke üsulu) 2’; Qan laxtalanmanın retraksiyası 48%; Fibrinogen 2,4 q/l; Fibrinogen B testi (müsbət); Etanol testi (mənfi); Protrombin sulfat testi (mənfi); Hematokrit (HT) 40%; Bilirubin ümumi 18,62 mkmol/l; Bilirubin sərbəst 14,83 mkmol/l; Bilirubin birləşmiş 3,79 mkmol/l; ALAT 74,6 U/l; ASAT 31,8 U/l; Kreatinin 113,9 mkmol/l; SRZ 24,0 (kəmiyyət) Ul/l, ++(2) (keyfiyyət); Kalsium 2,81 mmol/l; Ümumi zulal 90,7 q/l; HGB 150 q/l; RBC 4,73 1012/l; Rəng göstəricisi 0,95; MCH 32 pq; RET 1,0%; PLT 331,5 109/l; WBC 9,8 109\l; Çubuqvarilər 1%; Seqmentvarilər 68%;EO 1 %; LİMPH 20%; MONO 10 %; EÇS 5 mm/s.

Xəstə stasionarda əməliyyatdan sonra 16 gün müalicə və müayinə olunub. Şöbədə olduğu zaman xəstə kardioloqun, nevroloqun, infeksionistin, reanimatoloqun və hematoloqun müayinələrindən keçmişdir. Aparılan müvafiq müalicələrdən sonra xəstəyə əməliyyatın 10-cu günündə vena daxili plazma köçürülmüşdür. Plazmanın həmin müddətə təyin olunmasının səbəbi hematoloji analizlərin nəticələrini əldə etdikdən sonra qərara alınmışdır. Qeyd etmək vacibdir ki, plazma köçürüləndən sonra qanaxmalar artıq təkrar olunmadı və sağalma prosesi inkişaf etməyə başladı. Antibiotikoterapiya ilə (seftriakson 1,0 q.) birlikdə xəstəyə kalsium qlukonat, disinon, transamin, solkoseril və lazolvan preparatları ilə müalicə davam etdirildi. Stasionarda olan son 5 günü qanaxmalar müşahidə olunmayıb və xəstə yaxşılaşma ilə evə yazılmışdır.

Beləliklə analizlərin nəticələrinə əsaslanaraq yalnız laxtalanma sistemində latent formada patologiya aşkar edilmişdir. Təkrari diqqətlə anamnez topladıqda məlum oldu ki, xəstədə üç dəfə kiçik əməliyyatlar zamanı qanaxmalar baş vermişdir (uşaqlıqda – fimoz əməliyyatı və sonralar iki dəfə stomatoloji əməliyyatlar – diş ekstraksiyası). Bundan əlavə tonzillektomiya əməliyyatından öncə xəstənin dediyinə görə yuxarı tənəffüs

yollarının kəskin zökəmi başlamışdır. Göstərilən faktorlar tənzillektomiya əməliyyatından sonra xəstədə qanaxmalara səbəb olmuşdur.

ƏDƏBİYYAT

1. Давыдовский А.Г., Песоцкая М.В. Анализ риска развития кровотечений после тонзиллектомии. // Медджурнал. – 2011.- №2. С.18-22.
2. Рябова М.А., Колесникова О.М., Пособило Е.Е., Потапова П.Д. Кровотечения в раннем периоде после тонзиллектомии: анализ основных причин и предрасполагающих факторов. // Аллергология, иммунология и пульмонология. – 2016. №3 (95). С. 95-98.
3. Collison P.J., Mettler B. Factors associated with post-tonsillectomy hemorrhage. // Ear, nose andthroat J. – 2000. – 79. P. 640-642.
4. Kristina P., Lee D. Post-tonsillectomy bleeding: a metaanalysis. // Laryngoscope. – 2001. – III. P. 1358-1361.
5. Steverson A.N., Myer Ch.M., Shuler M.D., Singer R.Z. Complications and legal outcomes of tonsillectomy malpractice claims. // The laryngoscope. – 2012. T. 122. № 1. P. 71-74.

Резюме

Посттонзиллектомические кровотечения

В.М. Панахиан, Н.Т. Асланова, Г.Я.Керимли

В статье изложен случай встречаемых после тонзиллектомии продолжительных кровотечений. Кровотечения повторялись через день в оперативной зоне в паренхиматозной форме. Для остановки кровотечений проводились соответствующие лечебные мероприятия и всесторонние обследования. Таким образом, пациент был выписан из стационара с улучшением на 16 день лечения. В результате причиной продолжительных кровотечений явилось проведенное перед операцией острое респираторной заболевание верхний дыхательных путей.

Summary

Post-tonsillectomy hemorrhage

V.M. Panahian, N.T. Aslanova. G.Y Karimli

The article describes the case of prolonged bleeding after tonsillectomy. Bleeding was repeated every other day in the operative zone in the parenchymal form. To stop bleeding, appropriate treatment and comprehensive examinations were conducted. Thus, the patient was discharged from the hospital with an improvement on day 16 of treatment. As a result, the cause of prolonged bleeding was the acute respiratory infection of the upper respiratory tract, which was performed before surgery.

Daxil olub:15.01.2018

LAPAROSKOPİK XOLESİSTEKTOMİYA ƏMƏLİYYATLARININ ƏMƏLİYYATDAXİLİ VƏ İLKİN ƏMƏLİYYATDAN SONRAKI AĞIRLAŞMALARI BİZİM KLİNİKİ MÜŞAHİDƏMİZDƏ

Z.T. Şirinov, N.Ə. Həmidova

Akad. M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi. Bakı,

Açar sözlər: öd daşı xəstəliyi, xolesistektomiya, laparoskopik xolesistektomiya, əməliyyatdaxili və əməliyyatdan sonrakı ilkin ağırlaşmalar.
Ключевые слова: желчокаменная болезнь, холецистэктомия, лапароскопическая холецистэктомия, интраоперационные и ближаюшие послеоперационные осложнения
Key words: gallston disease, cholecystectomy, laparoscopic cholecystectomy, intraoperative complications and closest postoperative complications

15 iyun 1882-ci ildə Alman cərrahı Karl Langenbux dünyada ilk xolesistektomiya əməliyyatını icra etmişdir. Rusya Federasiyasında ilk xolesistektomiya əməliyyatı 1889-cu ildə İ.F. Kosinski tərəfindən icra olunmuşdur [1]. İlk dəfə 1985-ci ildə Alman cərrahı Erich Muche tərəfindən Laparoskopik xolesistektomiya əməliyyatı icra olunmuşdur [2]. Biri-birindən xəbərsiz şəkildə 1987-ci ildə Fransalı cərrah Phillippe Mouret əməkdaşları ilə və 1988-ci ildə ABŞ-da Eddic Reddick və Douqlas Olsen tərəfindən laparoskopik

xolesistektomiya əməliyyatı ıcra olunmuşdur [3]. Bütün dünyada xolisistolitiaz zamanı 90% hallarda əməliyyat laparoskopik icra olunur. Akademik M.A.Topçubaşov adına ECM-nin qaraciyər, öd yolları və mədəaltı vəzin xəstəliklərinin cərrahiyyəsi şöbəsində minimal-invaziv texnologiyanın tətbiqi ilə laparoskopik xolesistektomiya əməliyyatı 10 ildən artıq bir zamanda tətbiq olunur [4]. Bu elmi işin məqsədi laparoskopik xolesistektomiya əməliyyatına məruz qalmış xəstələrin kliniki müşahidələrinin nəticələrini şərh etməkdən ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodları. 2014-2017-ci illər ərzində Akademik M.A.Topçubaşov adına ECM-nin qaraciyər, öd yolları və mədəaltı vəzin xəstəliklərinin cərrahiyyəsi şöbəsində minimal-invaziv texnologiyanın tətbiqi ilə laparoskopik xolesistektomiya əməliyyatına məruz qalmış 100 xəstənin nəticələri tərəfimizdən araşdırılmışdır. 1 saylı cədvəldə xəstələrin cinsə və yaşa görə bölünməsi verilmişdir.

Cədvəl 1

Xəstələrin cinsə və yaşa görə bölünməsi

Yaş qrupları	Kişilər		Qadınlar		Fərqin dürüstlüyü	Cəmi	
	müt.	%	müt.	%		müt.	%
20 yaşa qədər	1	1.0	1	1.0	>0.05	2	2.0
21-40 yaş	3	3.0	27	27.0	<0.001	30	30.0
41-60 yaş	7	7,0	33	33.0	<0.001	40	40.0
61-75 yaş	9	9.0	18	18.0	<0.001	27	27.0
75 yaşdan çox	-	-	1	1.0	>0.05	1	1.0
Cəmi	20	20.0	80	88.0		100	100

Cədvəldən göründüyü kimi, qadınlar kişilərə nisbətən öd daşı xəstəliyindən daha çox əziyyət çəkirlər. Bu kliniki materialda kişilər və qadınlar arasında öd daşı xəstəliyinin rast gəlmə tezliyi (20 kişi 80 qadın) 1:4 nisbətində olmuşdur. Həmçinin xəstələrin böyük əksəriyyəti- 72 xəstə (72%) 18-60 yaşlı əmək qabiliyyətli insanlar olmuşdur. Bu fakt öddaşı xəstəliyinin solsial problem olduğunu sübut edir. Xəstəlik tarixlərinin retrospektiv araşdırılması yolu ilə xəstələrin anamnezlərindən xəstəliyin davam etmə müddəti öyrənilmişdir. 2 saylı cədvəldə bu məlumatlar öz əksini tapmışdır.

Cədvəl 2

Xəstəliyin davametmə müddəti

Xəstəliyin davam etmə müddəti	Xəstələrin sayı	
	müt.	%
1 ilə qədər	46	46,0
2-5 il	39	39.0
5 ildən çox	15	15.0
Cəmi	100	100

Cədvəldən göründüyü kimi, 46 xəstə (46,0%) 1 ilə qədər, 39 xəstə (39.0%) 2 ildən -5 ilə qədər, 15 xəstə (15,0%) isə 5 ildən çoxdur ki öd daşı xəstəliyindən əziyyət çəkirlər. Burada həmçinin, çox az hallarda 20 ildən çox anamnezi olan xəstələrə rast gəlinmişdir.

Anamnestik məlumatlara əsaslanaraq xəstələrin stasionar və ya ambulator həkim nəzarətində olmaları öyrənilmişdir. Məlum olmuşdur ki, 45 xəstə (45,0%) həkim nəzarətində olub, 55 xəstə (55,0%) isə heç bir həkim nəzarətində olmamışdır.

Bu qrupdan olan xəstələrin şikayətləri: Ağrı- əsasən kalorili qida qəbulundan sonra, kəskin, tutmaşəkilli, sağ kürəyə və sağ çiyin qurşağına irradiasiya etməsi - 100%; öyümə, bəzən qusma -94%; qıcqırma -71%; köp - 69%; dispeptik əlamətlər - 62% və ümumi zəiflik, halsızlıq - 60% hallarda rast gəlinmişdir.

Bütün xəstələrə (100%) qarın boşluğu orqanları: qaraciyər, öd kisəsi, öd yolları və mədəaltı vəzin USM-si aparılmışdır. Bu zaman protokol qaydalarına uyğun olaraq bəzi hissələrə diqqətin cəlb olunması tapşırılmışdır. Bütün bunları nəzərə alaraq yalnız 38 xəstədə öd kisəsi divarının 0,5 sm qalınlaşması, bu xəstələrdə öd kisəsi axarına, öd kisənin boyun nahiyyəsinə müxtəlif ölçülü daşların obturasiya etməsi, öd kisənin gərgin olması qeyd olunmuşdur hansı ki, cərrahi əməliyyat zamanı bu xəstələrdə kəskin daşlı xolesistit diaqnozu təsdiq olunmuşdur. Öd kisəsində say etibarı ilə 1-dən 100-ə qədər, hətta bir xəstədə 387 ədəd və müxtəlif ölçülü 0,4 sm-dən 4,0 sm-ə qədər yumşaq və sərt təbiətli daşlar aşkarlanmışdır. Bu qrup xəstələrdə USM-nin dürüstlüyü 95,5% təşkil etmişdir. Yalnız 8 xəstədə diaqnozu dəqiqləşdirmək məqsədi ilə KT-ya və MRT- xolangioqrafiya müayinəsi aparmağa ehtiyac olmuşdur. Müayinə zamanı

hər 8 xəstədə xoledoxun sərbəst olması aşkarlanmış və xəstələr LXE-ya əməliyyatına məruz qalmışlar.

Bütün xəstələrə planlı cərrahi əməliyyatdan qabaq döş qəfəsinin rentgenoloji müayinəsi aparılmış (100%), ağciyər və ürək nahiyyəsində olan dəyişikliklər qeyd olunmuşdur. Bəzi xəstələrdə bronxit, peribronxit və 1 xəstədə ağciyər zirvəsinin fibrozu qeyd olunmuşdur. Bu qrupdan olan 74 xəstəyə (74%) həzm traktının Rentgenoloji müayinəsi aparılmışdır. 26 xəstədə (26%) isə həzm traktının müayinəsi videofibroezofaqoqastroduodenoskopiya (VFEQDS) üsulu ilə yoxlanılmışdır. Bu müayinələr əsasında 9 xəstədə DQBDY reflüks ezofaqit, 1 xəstədə 12 b.b. xora xəstəliyi, 1 xəstədə qida borusunun divertikulu, 5 xəstədə erroziv qastroduodenit və 1 xəstədə mədənin rezeksiyasından sonrakı vəziyyət qeyd olunmuşdur. Əməliyyatönü və əməliyyatdan sonrakı müddət ərzində bu xəstəliklər konservativ korreksiya olunmuşlar. Yuxarıda qeyd olunan xəstəliklər zamanı Ph-metriya icra olunmuş və bütün hallarda hiperasid, hipersekretor vəziyyət qeyd olunmuşdur. Bu zaman "АГМ-03 Ацидогастрометр" aparatından istifadə olunmuşdur.

Bu qrupdan olan bütün xəstələrə (100%) CARDİOLİNE aparatı vasitəsi ilə EKQ müayinəsi aparılmışdır. Bu zaman ürəyin xroniki işemik xəstəliyi 3 xəstədə (3%), aterosklerotik kardioskleroz 2 xəstədə (2,0%), hipertoniya xəstəliyi 3 xəstədə (3,0%) və mitral qapaq çatmazlığı 1 xəstədə (1,0%) aşkar olunmuşdur. Bu qrupda ürək tərəfindən dəyişiklik olan 9 xəstədə EXO KQ-ya müayinəsi aparilmışdır. Bu zaman əsasən ürəyin atım fraksiyasına fikir verilmişdir. Bütün hallarda atım fraksiyası 50%-dən yuxarı olmuşdur.

Yanaşı gedən xəstəlikləri olan xəstələr klinikada müvafiq mütəxəsislər tərəfindən konsultasiya olunmuş və müalicə almışlar.

Bütün xəstələrə ECM-də və digər dövlət və özəl kliniki laboratoriyalarda qanın ümumi analizi, biokimyəvi analizi, HBsAg, AntiHCV, RW və QİÇS müayinələri aparılmışdır. 2 xəstədə Hepatit C, 1 xəstədə Hepatit B virus antigenləri ekspress metodla müsbət olmuşdur. Bu xəstələrin əməliyyatı zamanı bütün aseptika, antiseptika qaydalarına riayət olunmuşdur və məxsusi antiseptiklərdən istifadə olunmuşdur. 5 xəstədə isə şəkərli diabet aşkar olunmuşdur. Bu xəstələr əməliyyatdan əvvəl endokrinoloqlar tərəfindən konsultasiya olunmuş və müvafiq konservativ müalicə almışlar.

Nəticələr və onların müzakirəsi. 3 saylı cədvəldə yanaşı gedən xəstəliklərin rast gəlmə tezliyi verilmişdir.

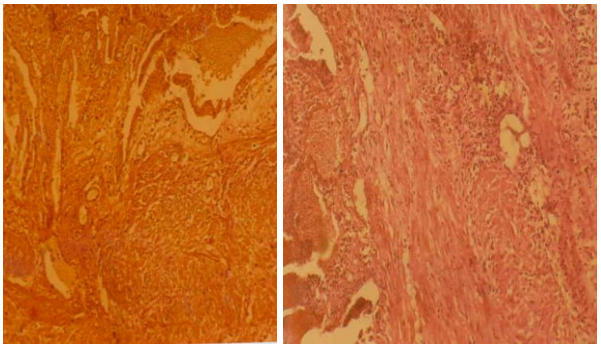
Cədvəldən göründüyü kimi, 42 sayda müxtəlif ağırlaşmalar, yanaşı gedən xəstəliklər qeyd olunmuşdur. Bu qrupda həmçinin elə xəstə olmuşdur ki, onda 2-3 müxtəlif yanaşı gedən xəstəlik eyni vaxtda rast gəlinmişdir. I qrupdan fərqli olaraq bu qrupda yanaşı gedən xəstəliklərin az olması laparoskopik xolesistektomiya əməliyyatına öncədən ədəbiyyatdan məlum olan əks göstərişlərin nəzərə alınması hesabına olunmuşdur. Lazım olduğu hallarda yanaşı gedən xəstəliklər müvafiq mütəxəssislər tərəfindən müayinə və konsultasiya olunaraq müvafiq müalicə tədbirləri almışlar.

Cədvəl 3

Yanaşı gedən xəstəliklər

№	Xəstəliyin adı	Sayı	%
1	Ürəyin xroniki işemik xəstəliyi	3	3,0
2	Aterosklerotik kardioskleroz	2	2,0
3	Hipertoniya xəstəliyi II B	3	3,0
4	Mitral qapaq çatmazlığı	1	1,0
5	Şəkərli diabet	5	5,0
6	Neyrosirkulyator distoniya	1	0,5
7	Xr. bronxit	2	2,0
8	Hepatit C virus daşıyıcısı	2	2,0
9	Hepatit B virus daşıyıcısı	1	1,0
10	DQBD yırtığı, Reflüks-ezofagit	9	9,0
11	Erozіv qastroduodenit	5	5,0
12	12b.b-xorası, bulbodeformasiya	1	1,0
13	Qida borusunun divertikulu	1	1,0
14	Mədə rezeksiyasından sonrakı vəziyyət	1	1,0
15	Uşaqlığın fibromatozu	2	2,0
16	Biliar pankreatit	3	3,0
Cəmi:		42	42,0

Bütün müayinələrin nəticələrini və əməliyyat zamanı tapıntını nəzərə alaraq 62 xəstədə (62,0%) xroniki daşlı xolesistit, 38 xəstədə (38%) kəskin daşlı xolesistit diaqnozu təstiq olunmuşdur. Kəskin daşlı xolesistitlə olan xəstələrin öd kisəsinin patohistoloji müayinəsi aparılmiş, bu zaman 12 xəstədə (31,5%) kataral, 18 xəstədə (47,3 %) fleqmanoz və 8 xəstədə (21,2%) ganqrenoz dəyişikliklər aşkar olunmuşdur (şəkil 1-2).



a b

Şək. 1. a) kəskin kataral xolesistit. Boyaq: Van-Gizon,böyütmə: ob.20; ok.10; b) kəskin fleqmanoz xolesistit. Boyaq: hem-eozin, böyütmə:ob.20; ok.10

Bu qrupdan olan xəstələrdən yalnız 38 xəstə (38%) əməliyyatönü dövrdə müvafiq konservativ (medikamentoz) və antibakterial müalicə almışlar. 62 xəstə isə heç bir medikamentoz müalicə almadan cərrahi əməliyyata məruz qalmışlar.

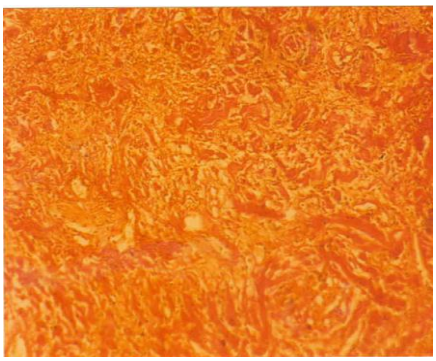
Laparoskopik XE əməliyyatına məruz qalmış xəstələrdə antibiotikoterapiya əməliyyatdan öncə və sonrakı 2 sutka olmaqla cəmi 5 sutka geniş spektrə malik olan yeni nəsil sefalosporinlər, seftriakson 1,0 gündə 1 dəfə ə/d almışlar.

Xəstələr müvafiq pəhriz saxlamaqla əməliyyatdan 1 sutka öncə (fortrans, pikoprep) işlədicilərin köməyi ilə bağırsaq boşadılmış, yara nahiyyəsi tüklərdən təmizlənmişdir.

Bütün əməliyyatlar intubasion-endotraxeal narkozun köməyi ilə çox funksiyalı əməliyyat stolu üzərində Amerikan metodikası ilə, minimal invaziv texnologiyanın Almaniya istehsalı olan Karl Shtors avadanlığından istifadə olunmaqla yerinə yetirilmişdir.

Laparoskopik xolesistektomiya əməliyyatının texnikası:

Bütün xəstələrimizə əməliyyat Amerikan üsulu ilə, yəni cərrah xəstələrin sol tərəfində olmaqla yerinə yetirilmişdir. Xəstələrin vəziyyəti əks-Trendlenburg yəni baş hissəsi qaldırılmış və sola əyilmiş vəziyyətdə olmuşdur. Yalnız 3 xəstədə 3 troakar, 92 xəstədə 4 troakar və 5 xəstədə əlavə 5 mm-lik olmaqla 5 troakar istifadə olunmuşdur. Bunlardan 2-si mütləq 10 mm, qalanları isə 5mm-lik olmalıdır.



Şək. 2. Kəskin qanqrenoz xolesistit. Boyaq: Van-Gizon,böyütmə: ob.20; ok.7

Pnevmoperitoneum yaradılması üçün göbəkdən aşağı 1-1,5 sm-lik "gülən" kəsiklə dəri, dərialtı kəsilir. Göbək hissəsi kənarından dişli sıxıcı ilə tutulub vertikal qaldırılaraq Vereş iynəsi ilə periton boşluğuna keçirilir və su sınağından sonra qaz insuflyatoruna qoşulur və qarın boşluğuna CO_2 vurularaq 12-14 mm Hg st. təzyiqlə pnevmoperitonium yaradılır. Ədəbiyyatda Vereş iynəsinin istifadəsi zamanı zədələnmə hallarının çox olduğunu nəzərə alaraq yalnız 15 xəstədə 15% hallarda bu texnikadan istifadə etmişik, 85 xəstədə 85% hallarda isə açıq üsulla-Hassan metodikası tətbiq olunmaqla 10mm-lik troakar qarın boşluğuna salınmış və qaz insuflyatoruna qoşulmuşdur. Bundan sonra həmin troakardan görmə bucağı 30° olan endovideo avadanlığı qarın boşluğuna salınır, normal görüntü əldə olunur və təftiş aparılır. 2-ci 10mm-lik işlək troakar xəncərvari çıxıntı əsasından sağa doğru olmaqla 1sm-lik dəri kəsiyi (istiqaməti Koxer kəsiyinə uyğun) aparılır və troakar qaraciyərin girdə bağının sağından damarsız sahədən arxaya və aşağıya doğru olmaqla qarın boşluğuna yeridilir. Sonra 5mm-lik troakar sağ ön qalça tinindən bir qədər yuxarı, 5 mm-lik dəri kəsiyi ilə arxaya və yuxarıya istiqamətdə qarın boşluğuna salınır. 4-cü işlək 5mm-lik troakar ilə 3-cü və 2-ci troakarların arasında (Koxer kəsiyinə uyğun) 5 mm dəri kəsilməklə qarın boşluğuna yeridilir. Bütün troakarların qarın boşluğuna yeridilməsi çox ehtiyatla, video görüntü altında və əllə çox təzyiq etmədən icra olunmalıdır. Bizim kliniki təcrübəmizdə troakarların qoyulması zamanı hər hansı bir fəsad baş verməmişdir.

Sonrakı mərhələdə 3-cü işlək troakardan bir dişli tutucu vasitəsi ilə öd kisəsinin dibindən tutulur, öd kisəsi qaraciyərlə birlikdə yuxarı və sağ çiyinə doğru ehtiyatla itələnir və II-ci assistent ehtiyatla həmin sıxıcını saxlayır. I-ci assistent 1-ci 10 mm-lik troakardan salınmış endovideo avadanlığını saxlayır və normal iş şəraiti üçün görüntü yaradır. Əməliyyatı icra edən cərrah isə "iki əlli" – texnikanın tətbiqi ilə sol əllə 5 mm-lik troakardan dişsiz "tutucu" ilə öd kisəsinin boynu nahiyyəsindən ehtiyatla tutur, sağ əli ilə II-ci 10mm-lik troakardan olmaqla disektor və ya hukun köməyi ilə Hartman cibi nahiyəsindən başlamaqla, öd kisəsinin boynuna yaxın öd kisəsi axarı, sağdan, soldan yanaşmaqla ehtiyatla bitişmələrdən və seroz təbəqədən ayrılır. Bu zaman həkim çox ehtiyatlı, kübar davranmalı öd kisəsi axarına, arteriyasına və həmçinin hepatoduodenal bağ elementlərinə yatrogen zədələnmə hallarına yol verməməlidir. Kalo üçbucağı nahiyyəsində kisə axarı, kisə arteriyası və onların hepatoduodenal bağa münasibəti tam əminlik yaranmadığı halda hansısa bir elementin kəsilməsinə qərar vermək olmaz! Tam əminlikdən sonra kisə axarı 1 klip kisəyə yaxın 2-si distal olmaqla kliplənib kəsilir. Sonra kisə arteriyası 1 klip kisəyə yaxın 2-si distal olmaqla kliplənib kəsilir. Sonrakı etapda öd kisəsi yatağından disektor və hukun köməyi ilə subseroz soyularaq çıxarılır. Elektrokoaqulyasiya vasitəsi ilə tam hemostaz əldə olunur. Əgər əməliyyat vaxtı kisə yatağından qanaxma intensiv olarsa 3-cü troakardan fındıq şəkilli tubfer salınaraq qanaxan nahiyəyə sıxılır, intensiv qanaxma dayanır. Qarın boşluğuna tökülən qan yuyulur aspirasiya olunur. Sonra, uc hissəsi kurəyə oxşayan elektrokoaqulyator vasitəsi ilə hemostaz əldə olunur. Bizim kliniki təcrübəmizdə bir neçə belə hadisə olmuş və göstərdiyimiz üsulla dayanıqlı hemostaz əldə olunmuşdur.

Yuxarıda göstərdiyimiz metodika xroniki daşlı xolesistit, öd kisəsinin polipozu və kəskin kataral daşlı xolesistit üçün yararlıdır. Lakin kəskin daşlı xolesistit, xüsusən obturasion destruktiv (fleqmanoz, qanqrenoz) dəyişikliyə uğramış hallar olduqda bizim taktiki yanaşmamız fərqlənir. Öd kisəsi ətrafından kövşək infiltrativ bitişmələr ayrıldıqdan sonra yumşaq dişsiz tutucu ilə kisənin dibindən və ya cismindən tutmağa cəhd olunur. Mümkün olmadıqda kisənin dibinə yaxın orta 1/3 hissəsindən öncədən elektrik sorucusunun ucuna bitişik 3mm diametrli iynə ilə punksiya olunur.Boşaldılması çətin olan hallarda punksiya nahiysindən hukun ucu ilə yandırılaraq deşik açılır. Elektrik sorucusu ilə kisənin içərisində olan irinli ödlü möhtəviyyat sorulur. Öd kisəsində gərginlik tam azaldıqdan sonra qarın boşluğuna möhtəviyyatın axmaması üçün öd kisəsi divarında açdığımız dəlik nahiyəsi "П" və ya"Z"-vari tikiş qoyularaq tikilir. Laparoskopik düyün qoyma texnikasını təkmilləşdirmək məqsədi ilə tərəfimizdən yeni düyün yönləndirici alət təklif olunmuş, işlənib hazırlanmış və tətbiq olunmuşdur (şəkil 3.) Təklif etdiyimiz alət uroginekologiyada istifadə olunan uzunluğu 28 sm, diametri 5 mm olan metallik bujun əyriliyi düzəldiləndən sonra, uc hissəsində diametri 3 mm olan dəlik açmışıq. Endoskopik olaraq tikiş qoyulduqdan sonra sapın hər iki ucu troakardan çölə çıxarılır, ilgək əmələ gətirilir. Sapın bir ucu sol əllə təsbit olunur. Digər ucu təklif etdiyimiz alətin ucundakı dəlikdən keçirilir və alət troakardan keçirilməklə düyün lazım olan yerə qədər yönləndirilir, sonra alət çıxarılır, yenidən düyün vurulur və alətlə yönləndirilir. Bu hal bir neçə dəfə təkrar olunaraq etibarlı düyün əldə olunur.



Şək.3. Təklif etdiymiz laparoskopik düyün yönələndirici

Gərginlik aradan götürüldükdən sonra xroniki daşlı xolesistitlərdə tətbiq olunan taktiki və texniki üsuldan istifadə olunur. Yalnız öd kisəsinin divarı bərk qığırdaqvari dəyişikliyə uğramış və hepatoduodenal bağ elementlərini identifikasiya etmək mümkün deyildirsə onda açıq əməliyyata keçmək lazımdır. Əks təqdirdə öd yollarının yatrogen zədələnməsi baş verə bilər.

Sonrakı mərhələ öd kisəsinin qarın boşluğundan xaricə çıxarılması, evakuasiyasından ibarətdir. Burada bizim həkimlərin kurs keçdikləri Almaniyanın Manhaym klinikası və Türkiyənin Hacettepe Universiteti klinikasının təcrübəsindən yaralandıqları üçün 1-ci qrup həkimlər göbək nahiyyəsindən 2-ci qrup həkimlər və o cümlədən biz 2-ci 10 mm-lik troakar yerindən öd kisəsinin çıxarılmasına üstünlük verurik. Burada həmçinin evakuasiya üçün konteynerdən (səbət) istifadəyə münasibət fərqlidir. Əksəriyyət həkimlər konteynerdən-hazır səbət və yoxdursa steril əlcəkdən düzəldilmiş kisədən istifadə edirlər. Yalnız biz heç bir konteynerdən istifadə etmədən kisə boynu nahiyyəsindən dişli tutqacla tutulub xəncərvari çıxıntı əsasından 10-luq troakar içərisinə dartılır, troakarla birlikdə kisənin boyun nahiyəsi qarın boşluğundan dəriyə çıxılır. Kisənin boynu qarın divarından çöldə iki dişli sıxıcı arasında tutulur mənfəzi açılır, içərisindən elektrik sorucusu ilə öd-maye xaric edilir, sonra daş tutanla daşlar evakuasiya olunur və kisə həcmi kiçildikdən sonra rahat xaric olunur. Bütün bu prosedura video görüntü altında yerinə yetirilir. Ancaq bunun üçün əsas şərt- öd kisəsinin tamlığı pozulmamalıdır. Əks təqdirdə konteynerə ehtiyac yaranır.

Bizim kliniki materialın analizi zamanı 42 xəstədə (42%) öd kisəsi göbək nahiyyəsindən, 58 xəstədə (58%) isə ikinci troakar yerindən xaric edilmişdir. 2-ci troakar yerindən öd kisəsi çıxarılan zaman yalnız 8 xəstədə konteynerə ehtiyac olmuşdur. 50 xəstədə isə (50%) öd kisəsi konteyner istifadə olunmadan xaric olunmuşdur.

Sonrakı mərhələdə qaraciyəraltı və diafraqmaaltı nahiyələr 0,9% NaCl məhlulu ilə yuyulur, qurudulur 3-cü 5mm-lik troakar yerindən d=4-6mm olan drenaj boru ilə qaraciyəraltı nahiyə drenləşdirilir. Sonra bütün troakarlar video görüntü altında xaric olunur, qarın boşluğundan qaz xaric olunduqdan sonra yara nahiyəsi 1-2 tikişlə tikilib aseptik sarğı qoyulur.

Xəstələr bir gün reanimasiya və intensiv terapiya şöbəsində qalır, sonrakı gün şöbəyə köçürülür, drenaj boru çıxarılır. Xəstə aktivləşdirilir. Yüngül qidalanır, ertəsi və ya sonrakı gün ambulator nəzarət üçün evə yazılır.

Bütün xəstələrin narkoz kartasına əsasən əməliyyatın başlanğıcı və sonu arasındakı vaxt, yəni əməliyyatın davam etmə müddəti öyrənilmişdir. 1saylı diaqramda əməliyyat müddətinin nəticələri verilmişdir.

Şəkildən göründüyü kimi, xəstələrin əksəriyyəti 96% 20 dəq- 1 saat ərzində əməliyyata məruz qalmışlar, yalnız 3-4 xəstədə isə əməliyyat 1 saat 20 dəqiqəyə qədər çəkdiyi qeyd olunmuşdur. Burada mütləq mütəxəssis hazırlığı və kliniki təcrübələrin olması nəzərə alınmalıdır. Belə ki, bu işə təzə başlayan həkimlər birinci 10 əməliyyatı vaxt etibarı ilə gec və texniki çətinliklə icra edirlər. Təcrübə toplandıqca əməliyyatın surəti artır.

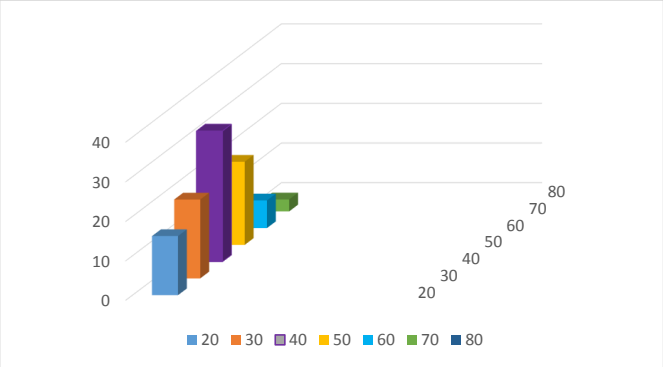
Laparoskopik xolesistektomiya əməliyyatına məruz qalmış xəstələr üçün orta əməliyyat vaxtı:

20x15 + 30x20 + 40x33 + 50x21 + 60x7 + 70x3 + 80x1 /100 = 39,8±1.2 (20-80) dəq. təqribən 40 dəqiqə civarında olmuşdur.

Əməliyyat vaxtı baş verən ağırlaşmalar və konversiya barəsində məlumat 5 saylı cədvəldə öz əksini tapmışdır.

Cədvəldən göründüyü kimi, troakarların qarın boşluğuna daxil edilməsi zamanı ağırlaşma qeyd olunmamışdır. Ümumiyyətlə 17% hallarda müxtəlif ağırlaşmalar rast gəlinmişdir. Bunlardan ən çox rast

gəlinəni kisə yatagından elektrokoaqulyasiya aləti ilə ayrılan zaman öd kisəsinin deşilməsi və qaraciyəraltı nahiyəyə ödün və öd daşlarının tökülməsi 7 xəstədə rast gəlinmişdir. Bu ağırlaşmanın əmələ gəlməsinə səbəb hukun uc hissəsinin öd kisəsi yatağına yeridilərək koaqulyasiya aparılması zamanı yaranır. Əgər hukun ucu qaraciyərə tərəf dönmüş olarsa qaraciyər toxuması zədələnir-qanaxma baş verir. Hukun ucu kisə tərəfə istiqamətlənmiş olduqda isə, kisə divarı zədələnir və oradan ödün xaric olması, dəlik geniş olduğu hallarda isə, öd daşlarının qarın boşluğuna tökülməsi halları baş verir. Bu halın qarşısını almaq məqsədi ilə biz hukun ucu görünmədiyi halda koaqulyasiya aparmağın əleyhinəyik, daha çox hukun arxası ilə subseroz bitişmələrin koaqulyasiyası ilə kisənin soyulmasının tərəfdarıyıq. Kəskin qanqrenoz və fleqmanoz dəyişilmiş öd kisəsinin ayrılması zamanı işə ucu kürək şəkilli hukun istifadəsinə üstünlük veririk. Ödün və öd daşlarının qarın boşluğundan təmizlənməsi vacib məsələlərdəndir. Qaraciyəraltı nahiyə sanasiya olunur və mütləq drenşəşdirilir. Öd daşları tamam təmizlənmədikdə onun ətrafında kiçik irinliklər və abseslər əmələ gəlir və xəstəni narahat edir.



Şək.4. Əməliyyat müddətinin nəticələri

Cədvəl 5
Əməliyyat vaxtı ağırlaşmalar və konversiya

№	Ağırlaşmalar	Xəstələrin sayı	
		müt.	%
1	Öd kisəsinin deşilməsi, qaraciyəraltı nahiyəyə ödün və öd daşlarının tökülməsi	7	7,0
2	5-ci troakar tətbiqi	2	2.0
3	Konversiya	2	2.0
4	Göbək altı yaranın genişləndirilməsi	2	2,0
5	Kisə arteriyasının qopması, qanaxma	1	1.0
6	Kisə yatağından qanaxma	3	3.0
	CƏMİ:	17	17,0

Digər ağırlaşmalar əsasən öd kisəsinin boyun nahiyyəsində və kisənin soyulması zamanı baş vermişdir. Belə ki, 4 xəstədə kəskin qanaxma, bunlardan 1 xəstədə kisə arteriyasının kliplənmə zamanı qopması, digər 3 xəstədə kisə yatağından qanaxma olmuşdur. Kisə yataşından olan qanaxmanı eliktrokoaqulyasiya ilə dayandırmaq mümkün olmuşdur. Kisə arteriyasının etibarlı kliplənməsi mümkün olmadığı üçün konversiya olunmuş, açığa keçilərək qanaxma dayandırılmışdır. Konversiyaya səbəb olan digər bir xəstədə kəskin qanqrenoz xolesistit və kisənin infiltrasiyası, hepatoduodenal bağ elementlərini identifikasiya və manipulyasıya etmək mümkün olmadığı üçün açıq üsula keçilərək xolesistektomiya icra olunmuşdur. Konversiya olunan hər 2 xəstədə mini kəsiklə laparotomiya olunmuşdur.

2 xəstədə texniki çətinliklər olduğu üçün 5-ci 5 mm-lik troakar yedirilməsinə ehtiyac olmuşdur. 2 xəstədə isə öd kisəsinə daşların ölçüləri böyük olması və əzmək mümkün olmadığı üçün göbək altı nahiyədəki kəsiyin genişləndirilməsi halları qeyd olunmuşdur. Bizim kliniki materialın retrospektiv analizi əsasında qeyd etmək lazımdır ki, qaraciyərdən xaric öd yollarının yatroqen zədələnmələri hallarına rast gəlinməmişdir.

Əməliyyatdan sonrakı ilkin dövrdə baş verən ağırlaşmalar 6 saylı cədvəldə öz əksini tapmışdır.

Cədvəl 6

Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar

№	Ağırlaşmalar	Xəstələrin sayı	
		müt.	%
1	Göbək altı nahiyədəkı yaranın irinlənməsi	3	3.0
2	Göbək altı nahiydəki yaranın liqatura fistulası	1	1.0
3	Relaporoskopiya, laparotomiya	1	1.0
4	Öd peritoniti (öd kisəsi axarından klipin qopması)	1	1,0
5	Rezidual xoledoxolitiaz	1	1,0
	Cəmi	7	7.0

Cədvəldən göründüyü kimi, 3 xəstədə (3%) göbək altı nahiyədə olan yaranın irinlənməsi və sonradan 1 xəstədə liqatura fistulası əmələ gəlmişdir. Bu ağırlaşmaların hamısı 1-ci troakar yerindən öd kisənin çıxarıldığı hallarda qeyd olunmuşdur. Ona görə də, biz daha çox 2-ci 10mm-lik troakar yerindən kisənin çıxarılmasına üstünlük veririk.

1 xəstədə isə əməliyyatdan 3 sutka sonra öd peritoniti olduğu üçün təkrari əməliyyat – relaparoskopik təftiş olunmuş, öd kisəsi axarından kliplərin çıxması-kisə axarının bilavasitə xolidoxa açılan yerindən kliplə kəsilməsi öd peritoniti olduğu üçün laparotomiya geniş kisə axarından T-şəkilli drenajla ümümi öd axarı Kerr üsulu ilə drenləşdirilmiş, qarın boşluğu sanasiya olunmuşdur. Xəstə sağalaraq evə getmiş, 17 sutka sonra T şəkilli boru çıxarılmışdır.

Əməliyyatdan sonra evə buraxılmış 1 xəstədə 7 gündən sonra sağ qabırğaaltı nahiyədə kəskin ağrılar, sklerada ikteriklik, hərarətin subfebril olması şikayətləri meydana çıxmışdır. Xəstə təkrari klinikaya qəbul olunmuş labarotor müayinələr aparılmış blirubin və fraksiyaları AlAt, AsAt, QF, leykositoz, CRP artmışdır. Xəstəyə MRT xolangioqrafiya müayinəsi aparılmış xoledoxun genişlənməsi və içərisində 1 ədəd 0,6 sm daş aşkarlanmışdır. Bu xəstənin birinci əməliyyatdan öncə sarılığın olmaması, blirubin və fraksiyalarının normal olması USM -də və əməliyyat vaxtı xoledoxun normal ölçüdə olması, lakin kisə axarında daşın abturasiyası qeyd olunmuşdur. Biz bu ağırlaşmanın əmələgəlməsini kisə axarında abturasiya olunmuş kiçik ölçülü daşın əməliyyat vaxtı manipulyasiya nəticəsində xolrdoxa miqrasiya etməsi ilə izah edirik. Ona görə də, öncədən kisə axarında pərçim olunmuş daş varsa əməliyyat vaxtı ehtiyatlı olmalı və çıxarılmış kisənin təftişi və pərçimlənmiş daşın çıxarıldığına əminlik olmalıdır. Bu xəstəyə endoskopik üsulla RPST olunaraq daş xaric edildi, sağalma ilə evə buraxıldı.

Xülasə: Kişi və qadınlar arasında öddaşı xəstəliyinin rastqəlmə tezliyi 1:4 nisbətindədir, 20 kişi (20%), 80 qadın (80%) olmuşdur. 45 xəstə (45%) həkim nəzarətində olmuş, 55 xəstə (55%) olmamışdır. Bütün xəstələrə (100%) USM, EKQ və döş qəfəsinin R-skopiyası, 8 xəstəyə (8%) KT və ya MRT, 74 xəstəyə (74%) həzm traktının kontrastlı R-skopiyası, 26 xəstəyə (26%) VFEQDS həmçinin HP-nin və Ph-ın təyini müayinələri aparılıb.

Nəticədə 42 xəstədə (42%) müxtəlif yanaşı gedən xəstəliklər rast gəlinmişdir. 62 xəstədə (62%) xroniki daşlı xolesistit, 38 xəstədə (38%) kəskin daşlı xolesistit diaqnozu təstiq olunmuşdur. Kəskin daşlı xolesistitlə olan xəstələrin öd kisəsinin patohistoloji müayinəsi aparılmiş, bu zaman 12 xəstədə (31,5%) kataral, 18 xəstədə (47,3 %) fleqmanoz və 8 xəstədə (21,2%) ganqrenoz dəyişikliklər aşkar olunmuşdur. Orta hesabla əməliyyatın davam etmə müddəti 39,8±1.2 (20-80) dəq. təqribən 40 dəqiqə civarında olmuşdur. 17 xəstədə (17%) əməliyyat daxili ağırlaşmalar qeyd olunmuş. 2 xəstədə (2%) konversiya olmuşdur. 1 xəstədə relaporaskopiya və laparotomiya icra olunmuşdur. 7 xəstədə əməliyyatdan sonrakı ilkin dövrdə ağırlaşmalar əmələ gəlmişdir. 1 xəstədə rezidual xoledoxolitiaz aşkarlanmış və ERPST olunaraq daş xaric edilmişdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Ермолов А.С., доц. Упырев А.В., проф Иванов П.А. Хирургия желчнокаменной болезни: от пройденного к настоящему // Хирургия, 2004, №5, с. 4-9.

2. Coşkun Polat. "Laparoskopik cerrahi" Nobel tıp kitabevleri, 2008.

3. Гальперин Э.И.,Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. М.: Изд. Дом Видар-М, 2006, с.568.

4. Şirinov Z.T., İdrisov F.S. Açıq-ənənəvi, laporockopik və açıq-"mini" kəsiklə xolesistektomiya əməliyyatlarının nəticələrinin müqayisəlı qiymətləndirilməsi // Cərrahiyyə, 2012, №3, s.31-37

Summary

Intraoperative and closest postoperative complications of laparoscopic cholecystectomy in our clinical practice

Z.T. Shirinov, N.A. Hamidova

Surgical treatment of gallstone disease has been a major development pathway for 133 years after the first cholecystectomy performed in 1882. The use of USM, CT and MRI diagnostic equipment and minimally invasive technology in modern times has enabled new achievements in the treatment of gallstone disease. We would like to inform the intraoperative and closest postoperative complications of laparoscopic cholecystectomy in our clinical practice, to the attention of surgeons, gastroenterologists and the scientific community.

Резюме

Интраоперационные и ближающие послеоперационные осложнения лапароскопической холецистэктомии в нашей клинической практике

З.Т. Ширинов, Н.А. Гамидова

Хирургическое лечение желчнокаменной болезни прошло неустанное пути развития в течение 133 лет после первой холецистэктомии, выполненной в 1882 году. Использование диагностического оборудования USM, CT и MPT и малоинвазивных технологий в наше время позволило получить новые достижения в лечении желчнокаменной болезни. Мы хотели бы довести информацию интраоперационные и ближающие послеоперационные осложнения лапароскопической холецистэктомии в нашей клинической практике, до сведения хирургов, гастроэнтерологов и научного сообщества.

Daxil olub:29.01.2018

QEYRİ-SPESİFİK XORALI KOLİTLƏRİN KOMPLEKS MÜALİCƏSİ

P.H.Nəcəfquliyeva, M.Ə.Şükürov, E.A.Ələmmədov
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı;
M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı

Açar sözlər: xoralı kolit, toksiki dilyatasiya, cərrahi müdaxilə
Ключевые слова: язвенный колит, токсическая дилятация, хирургическая вмешательства
Key words: ulcerative colit, toxic dilatation, surgical treatment

Qeyri-spesifik xoralı kolit (QSXK) yoğun bağırsağın qeyri-müəyyən etiologiyalı xroniki residivləşən xəstəliyi olub, yoğun bağırsağın yerli və sistem ağırlaşmaları, hemorragik-irinli iltihabı ilə xarakterizə olunur. Hər 100 min əhalidən 35-100-də rast gəlinir. Bu xəstəlik müxtəlif ölkələrdə müxtəlif cür yayılıb. Belə ki, QSXK xüsusilə şimal ölkələrindən ABŞ, Böyük Britaniya, Norveç, İsveç kimi ölkələrdə rast gəlinir. Qərbi Avropa və ABŞ-da hər il bu xəstəliklə 105 əhalinin 3,5-60-ı xəstələnir. Xəstələrin 50%-i 20-40 yaş arasında olan insanlardır. Ümumiyyətlə, bu xəstəlik üçün orta yaş həddi 29-dur [1,2].

QSXK-in etiologiyası bugünkü günə qədər hələ də tam məlum deyil. Bu barədə müxtəlif nəzəriyyələr mövcuddur. 3 əsas amil müzakirə olunur: 1. Xəstəliyin əsasən ətraf mühitin ekzogen amillərinin təsiri ilə yaranması, əsas amil kimi infeksiyanın olması hesab olunur; 2. Xoralı kolitin autoimmun xəstəlik olması mülahizəsi də önəmli yer təşkil edir; 3. Digər bir nəzəriyyəyə görə, bu xəstəlik mədə-bağırsaq traktının immun sisteminin disbalansı ilə əlaqədardır. Müxtəlif mənfi amillərin təsiri güclü iltihabi cavaba səbəb olur ki, hansı ki, immun sistemin requlyasion mexanizminin qazanılmış və irsi pozğunluqları nəticəsində baş verir [3].

QSXK təsnifatı aşağıdakı prinsiplər üzrə aparılır:

I Lokalizasiyasına görə: 1. Distal kolit (proktit və proktosiqmoidit); 2. Sol tərəfli kolit (yoğun bağırsağın sağ əyriliyinə kimi zədələnməsi); 3. Total kolit (bütün çənbər bağırsağın qalça bağırsağın terminal hissəsinə kimi zədələnməsi);

II Xəstəliyin ağırlığına görə: yüngül, orta ağır, ağır dərəcəli;

III Xəstəliyin gedişinə görə: ildırımsürətli, kəskin, xroniki residivverən (6-8 ayda bir dəfə); xroniki fasiləsiz forma (6 aydan gec kəskinləşmə, adekvat müalicə nəticəsində) [4,5].

Xoralı kolit zamanı rast gəlinən ağırlaşmalar ümumi və yerli olmaqla iki yerə ayrılır. Yerli ağırlaşmalara yoğun bağırsağın perforasiyası, yoğun bağırsağın kəskin toksiki dilyatasiyası (və ya toksiki meqakolon), massiv bağırsaq qanaxmaları, yoğun bağırsaq xərçənginə maliqnizasiya aid edilir. Yoğun bağırsağın kəskin toksiki dilyatasiyası-xoralı kolitin ən ağır ağırlaşmalarındandır. O, ağır xoralı-nekrotik proseslə bağlı toksikozun nəticəsi olaraq yaranır. Toksiki dilyatasiya xoralı kolitin ən ağır kəskinləşməsi zamanı bağırsağın seqmentinin genişlənməsilə xarakterizə olunur. Belə xəstələrdə ilkin dövrlərdə intensiv konservativ müalicəyə ehtiyac duyulur. Əgər konservativ müalicə effekt verməzsə cərrahi əməliyyat icra edilir. Yoğun bağırsaq perforasiyası ildırımsürətli xoralı kolitin ən tez-tez rast gəlinən ağırlaşması olub, əsasən kəskin toksiki dilyatasiya nəticəsində müşahidə olunur. Müalicəsi yalnız cərrahi yolladır. Massiv bağırsaq qanaxması nisbətən az hallarda rast gəlinir və az problem yaradır. Belə qanaxma, adətən, xora dibində yerləşən damarların tamlığının pozulması nəticəsində baş verir. Belə xəstələrə adekvat iltihabəleyhinə və hemostatik müalicə əsasən effekt verir. Lakin uzun müddət davam edən massiv bağırsaq qanaxması olan xoralı kolit ilə olan xəstələrə cərrahi əməliyyat göstərişdir [6,7,8].

Xoralı kolit zamanı ümumi ağırlaşmalar bağırsaq xarici əlamətlərlə-qaraciyər zədələnməsi, ağız boşluğunun selikli qişasının zədələnməsi, dəri və oynaq zədələnmələri ilə müşayiət olunur. Bağırsaq xarici əlamətlərin dəqiq genezi tam öyrənilməyib. Onların formalaşmasında bağırsaq mənfəzindən orqanizmə daxil olan toksiki agentlər və immun mexanizm əsas rol oynayır. Düyünlü eritema nəinki sulfasalazin qəbuluna reaksiya kimi rast gəlinir, həmçinin 2-4% xəstələrdə preparatın qəbulundan asılı olmayaraq yaranır. Qanqrenoz piodermiya 1-2% hallarda rast gəlinən ağırlaşmadır. Episklerit 5-8% hallarda, kəskin artropatiya 10-15% xəstələrdə rast gəlinir. Qaraciyər zədələnməsi xroniki kolitlə olan xəstələrin 33,3%-də rast gəlinir. Ən xarakter hepatobiliar xəstəlik birincili sklerozlaşmış xolangit rast gəlinir ki, bu da qaraciyər xarici və daxili öd axarlarının xroniki stenozlaşmış iltihabı ilə xarakterizə olunur. Əsasən xroniki kolit ilə olan xəstələrin 3%-də rast gəlinir [9,10].

Xoralı kolitin diaqnozu xəstəliyin kliniki şəklinin qiymətləndirilməsi, rektoromanoskopiya, endoskopik və rentgenoloji müayinə əsasında qoyulur.

Endoskopik müayinə nəticələrinə əsasən bağırsaq iltihabının 4 dərəcə aktivliyi ayırd edilir: minimal, orta, ağır, hədsiz ağır.

I dərəcə (minimal): selikli qişanın ödemi, hiperemiyası, damar şəklinin itməsi, yüngül kontakt qanama, xırda nöqtəli hemorragiyalar ilə müşayiət olunur.

II dərəcə: ödem, hiperemiya, kontakt qanama, eroziyalar, hemorragiyalar, divarda fibrinoz ərp qeyd olunur.

III dərəcə: çoxsaylı eroziya və xoralar, bağırsaq mənfəzində irin və qan xarakterikdir.

IV dərəcə: qeyd olunan dəyişikliklərdən əlavə psevdopoliplər və qanayan qranulyasiyalar olur [11,12].

Xoralı kolitin aktiv mərhələsində irriqoskopiya zamanı qaustraların itməsi, konturların hamarlaşması, ödem, ikili kontur, psevdopoliplərə uyğun xırda dolma defektlərin olması xarakterikdir. Uzun müddətli xoralı kolitin gedişi zamanı ödem hesabına selikli qişa və selikaltı qatın qalınlaşması ola bilər.

Rentgen müayinə həmçinin QSXK ağırlaşmalarının (toksiki dilyatasiyanın) diaqnostikasında da böyük rol oynayır. Qarın boşluğunun icmal rentgenoqrafiyası icra olunur. I dərəcəli dilyatasiyada bağırsaq diametri 8-10 sm, II-də 10-14 sm, III-də 14 sm-dən yuxarı olur [13].

QSXK zamanı müalicə taktikası yoğun bağırsaqda patoloji prosesin lokalizasiyasından, gedişatından, ağırlıq dərəcəsindən, yerli və ümumi ağırlaşmalardan asılı olaraq müəyyən olunur. Konservativ müalicə tez bir zamanda kəskinləşmənin qarşısının alınmasına yönəldilir. Xəstələrin qidalanmaları kalorik, zülalla, vitaminlərlə zəngin olmalı, heyvani yağlar az olmalıdır. Yağsız balıq, para verilmiş və qaynadılmış ət, yarmalar icazə verilir. Meyvə və tərəvəz, süd məhsulları qida rasionundan çıxarılır [14,15].

Xoralı kolit zamanı aparılan müalicə konservativ və cərrahi olmaqla iki qrupa ayrılır. Konservativ müalicə məqsədilə istifadə olunan dərman preparatları iki qrupa bölünür: I qrup bazis iltihabəleyhinə preparatlara – aminosalisilatlar - 5-aminosalisil turşusu tərkibli-mesalazin, sulfosalazin, salofalk, kortikosteroidlər, immunodepressantlar aiddir. II qrup dərman preparatları xoralı kolit zamanı köməkedici-simptomatik xarakter daşıyır. Cərrahi müdaxiləyə xoralı kolit ilə olan 10-20% xəstələrdə ehtiyac duyulur. Cərrahi metod radikal ola bilər, lakin bu zaman residivin qarşısını almaq üçün yoğun bağırsağı tam xaric etmək lazım gəlir. Bu ağır travmatik əməliyyat əksər xəstələrdə anal defekasiyanın itməsinə və daimi ileostomanın qoyulmasına səbəb olur. Cərrahi əməliyyata göstəriş 3 əsas qrupdur.

1. Konservativ müalicənin qeyri-effektivliyi; 2. Xoralı kolitin ağırlaşmaları (bağırsaq qanaxmaları, çənbər bağırsağın toksiki dilatasiyası, yoğun bağırsağın perforasiyası); 3. Xoralı kolit fonunda kolorektal xərçəngin baş verməsi [16,17,18].

Tədqiqatımızın məqsədi qeyri-spesifik xoralı kolitlərdə kompleks müalicə və residivlərin profilaktika üsullarını təkmilləşdirmək yolu ilə nəticələrin yaxşılaşdırılmasına nail olmaqdan ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodları: ATU-nun Cərrahi xəstəliklər kafedrasının bazalarında 2005-2017-ci illər ərzində qeyri-spesifik xoralı kolit diaqnozu ilə müalicə olunmuş 235 xəstə nəzarətimiz altında olmuşdur. Xəstələrdən 151-i qadın, 84-ü kişi olmuşdur. Xəstələrin yaş həddi 16-64 arasında olmuşdur. 41 xəstədə total kolit, 84 xəstədə sol tərəfli zədələnmə, 110 xəstədə proktit, proktosiqmoidit qeydə alınmışdır. QSXK ilə olan xəstələrin əksəriyyətində yerli əlamətlər bağırsaq qanaxmaları, diareya, qəbizlik, qarında ağrı, tenezmlər; ümumi əlamətlər qızdırma, bədən çəkisinin azalması, ürəkbulanma, qusma, ümumi zəiflik müşahidə olunmuşdur. QSXK zamanı əlamətlərin intensivliyi bağırsaqda patoloji prosesin lokalizasiyası və iltihabi dəyişikliyin ağırlığından asılı olaraq müşahidə olunmuşdur. Yoğun bağırsağın ağır total zədələnməsi zamanı profuz diareya-külli miqdarda qanla qarışıq nəcis, arabir laxtalar şəklində qanlı nəcis müşahidə olunmuş, sutkada 14-16 dəfə qanlı, selikli defekasiya aktı, bunun fonunda posthemorragik anemiya qeydə alınmışdır, defekasiya aktından əvvəl qarında tutmaşəkilli ağrı, anemiya, intoksikasiya əlamətləri-qızdırma, bədən çəkisinin azalması, ümumi zəiflik rast gəlinmişdir. Proktit və proktosiqmoiditlə olan xəstəlik əsasən qəbizlik, yalançı defekasiya aktına çağırış, təzə qan, selik, irin ilə müşayiət olunmuşdur.

Xəstələrin kompleks müalicəsində iltihabəleyhinə preparatlar-aminosalisilatlar-5-aminosalisil turşusu tərkibli sulfosalazin və ya salofalk; kortikosteroidlər; immunodepressantlar istifadə olunmuşdur. Salofalk preparatı 3 dərman formasında istifadə olunmuşdur: tablet, suppozitoriya, mikroklizma. Proktit zamanı suppozitoriya, sol tərəflidə mikroklizma, totalda tablet istifadə edilmişdir. Kompleks müalicə zamanı kortikosteroidlərdən metipred istifadə olunmuş, müalicə müddəti hormon preparat orqanizm tərəfindən yaxşı qəbul edildikdə 10-14 gün müddətində aparılmış, sonra isə doza hər 10 gündə 10 mq azaldılmaqla daha sonra kəsilmişdir. Beləliklə, hormonla kurs müalicə xoralı kolitin növündən asılı olaraq 8-12 həftə davam etmişdir. Distal zədələnmə və I-II aktivlik dərəcəsi zamanı hidrokortizon rektal damcı ilə və ya mikroklizmalarda təyin olunmuşdur. Xoralı kolitin kompleks müalicəsi zamanı hormonal rezistentliyə və asılılığa görə immunodepressantlardan, əsasən 6-merkaptopurin və azatioprin istifadə olunmuşdur. Xoralı kolit zamanı mübadilə pozğunluğuna görə parenteral zülal qəbulu, plazma, albumin, aminturşular, mikrosirkulyasiyanı yaxşılaşdırmaq məqsədilə reopoliqlukin, poliqlukin, anemiya zamanı (Hb 90q/l-dən aşağı olarsa) dəmir preparatları, qan və qanəvəzedicilər köçürülmüşdür. Xoralı kolit zamanı immunoloji pozğunluğu nəzərə alaraq immunomodulyatorlar-timalin, levamizol istifadə olunmuşdur. Həmçinin vitaminlər bağırsaqlarda eubiozu bərpa etmək üçün istifadə olunub. Qeyd olunan müalicə sxemi qəbul etmiş xəstələrin əksər hissəsində kəskin dövr aradan qaldırılmış, remissiya əldə olunmuşdur. Sol tərəfli xoralı kolit ilə olan xəstələrdən 9-da yoğun bağırsağın perforasiyası müşahidə olunduğundan xəstələrdə təcili cərrahi əməliyyat, yoğun bağırsağın subtotal rezeksiyası, kolostomanın qoyulması əməliyyatı icra olunmuşdur. 6 ay-2 il əməliyyatdan sonrakı dövr ərzində yoğun bağırsağın saxlanılmış seqmentinə suppozitoriya və mikroimalələr formasında hormonlar, yerli mesalazin, metronidazol, bağırsağın antiseptiklərlə sanasiyası aparılmışdır. Daha sonra isə əməliyyatın ikinci mərhələsi, kolostomanın ləğvi ilə bağırsaq keçiriciliyinin bərpası əməliyyatı icra olunmuşdur. Sol tərəfli xoralı kolit ilə olan 11 xəstədə kəskin toksiki dilyatasiya müşahidə olunmuşdur. Toksiki dilyatasiya ilə ağırlaşmış xəstələrin 5-də konservativ müalicə ilə vəziyyət stabilləşmiş, lakin digər 6 xəstədə konservativ müalicələr heç bir effekt verdiyindən cərrahi əməliyyat-yoğun bağırsağın subtotal rezeksiyası, ileostomanın qoyulması əməliyyatı icra olunmuşdur. Qeyd olunan xəstələrdə də 6 ay-2 il əməliyyatdan sonrakı dövr ərzində yoğun bağırsağın saxlanılmış seqmentinə suppozitoriya və mikroimalələr formasında hormonlar, yerli mesalazin, metronidazol, bağırsağın antiseptiklərlə sanasiyası aparılmışdır. Daha sonra isə əməliyyatın ikinci mərhələsi, ileostomanın ləğvi ilə bağırsaq keçiriciliyinin bərpası əməliyyatı icra olunmuşdur. Total kolit ilə olan xəstələrdən 4-də konservativ müalicə effektsiz olduğundan, sutka ərzində 14-16 dəfə qanlı, selikli defekasiya aktı davam etdiyindən, xəstəlik psevdopolipozla fəsadlaşdığından xəstələrdə radikal əməliyyat yoğun bağırsağın total çıxarılması, total kolektomiya, ileostomanın qoyulması əməliyyatı icra olunmuşdur. 6 ay-2 il əməliyyatdan sonrakı dövr ərzində xəstələrə qeyd etdiyimiz sxem üzrə konservativ müalicələr aparılmış, əsasən hidrokortzon rektal damcı ilə və mikroklizmalarda təyin olunmuşdur. Nəticədə düz bağırsaqdakı proses tam aradan qaldırıldığından, xəstələrə ileostomanın ləğvi ilə bağırsaq keçiriciliyinin bərpası əməliyyatı icra olunmuşdur. Proktitlə olan xəstələrin 100%-də aparılan müalicələr fonunda müsbət nəticə əldə olunmuşdur.

Nəticə: Apardığımız müşahidələrimizə əsasən qeyri-spesifik xoralı kolit ilə olan xəstələr üzərində müsbət nəticələr əldə etmişik. Beləliklə, iltihabəleyhinə olan aminosalisil turşusu tərkibli sulfosalazin və ya salofalk, kortikosteroidlər və immunodepressantlarla aparılan kompleks müalicə əlverişli metod olub, xəstələrin tez aktivləşməsinə, kəskin dövrün tez bir zamanda aradan götürülməsinə, stasionardan tezliklə evə yazılmalarına, residivlərin xeyli azalmasına gətirib çıxarmışdır. Ağırlaşmalar zamanı vaxtında icra olunan

əməliyyat, xəstələrə dinamik müşahidə xəstələrdə müsbət nəticə əldə etməyə imkan verir. Əməliyyatdan sonra 70-80% hallarda müsbət nəticə əldə edilir. Hər il profilaktik müayinə məqsədəuyğundur.

ƏDƏBİYYAT

1. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. М.: Феникс 2001, 414с.
2. Смакаев Р.У., Галлеев М.А., Мухин А.Г. К вопросу о тактике лечения неспецифического язвенного колита //Сборник научных работ Республиканской клинической больницы имени Г.Г. Куватова. Уфа, 1995.
3. Костенко Н.В. Хирургическое лечение резистентных и осложненных форм язвенного колита: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Астрахань, 2009.
4. PareY., Radice E., Dozois R. Surgery for ulcerative colitis // Dis.Colon Rectum, 1999,v.42, p.299-306.
5. Воробьев Г.И., Костенко Н.В., Михайлова Т.Л., Капуллер Л.Л. Хирургическое лечение резистентных и осложненных форм неспецифического язвенного колита / Тезисы докл. I съезда колопроктологов России /Под ред.акад. РАМН Г.И.Воробьева, чл. -корр. РАМН Г.П.Котельникова, проф. Б.Н.Жукова. Самара: ГП «Перспектива»; СамГМУ, 2003. с. 444-447.
6. Greenstein A.J., Sachar D.B., Gibas A. Outcome of toxic dilatation in ulcerative and Crohn colitis. // J Clin Gastroenterol, 1985.
7. Галеев М.А., Мухин А.Г., Смакаев Р.У., Булгаков А.В. Лечение болевого синдрома при неспецифическом язвенном колите / Тезисы Российской научно-практической конференции «Организация медицинской помощи больным с болевыми синдромами». Новосибирск, 1997.
8. Галеев М.А., Смакаев Р.У., Булгаков А.В., Мухин А.Г. Хирургическое лечение при неспецифическом язвенном колите, осложненном кишечным кровотечением //Кровотечения при заболеваниях желудочно-кишечного тракта: Сборник тезисов. Новосибирск, 1994.
9. Геллер Л.И., Геллер А.А. Внекишечные осложнения неспецифического язвенного колита и болезни Крона // Сов. Медицина, 1987, №12, с.54-57.
10. Костенко Н.В. Михайлова Т.Л., Капуллер Л.Л., Дифференциальная диагностика при тяжелой форме неспецифических колитов / Актуальные проблемы колопроктологии. Сборник. М.,2002, с.597-601.
11. Костенко Н.В. Хирургическое лечение осложнений неспецифического язвенного колита. / Воробьев Г.И., Костенко Н.В., Михайлова Т.Л., Капуллер Л.Л., Веселов В.В. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2003, №1, том 13
12. Карпухин О.Ю. Оптимизация методов диагностики и комплексного лечения больных неспецифическим язвенным колитом: Автореф. дис. доктора медицинских наук. Казань, 2002.
13. Райнох Э.Н., Петров В.В., Булгаков А.В. и др. Опыт лечения неспецифического язвенного колита. // Пути совершенствования медицинского обеспечения населения Республики Башкортостан. Вопросы неотложной и скорой помощи при катастрофах и неблагоприятных ситуациях: Сборник тезисов. Уфа, 1991.
14. Назарбекова Р.С. Сравнительная фармакоэкономическая оценка эффективности схем лечения больных язвенным колитом, включающих препараты 5-аминосалициловой кислоты месалазин и сульфасалазин// дис. кандидата медицинских наук. - Москва, 2009.
15. Голубцова Е.Е. Ближайшие и отдаленные результаты тотальной колэктомии с одномоментной илеоректостомией по поводу неспецифического язвенного колита: Автореф. дис. канд.мед.наук. М., 2006, 21с.
16. Vorobiov G.I., Mikhailova T.L., Kostenko N.V. Surgical treatment of ulcerative colitis. IBD- from bench to benside. Springer-Verlag, 2006, p. 211-222.
17. Hurst R.D., Finco C., Rubin M. Prospective analysis of perioperative morbidity in one hundred consecutive colectomies for ulcerative colitis // Surgery 1995, v.118.
18. Булгаков А.В., Нартайлаков М.А., Булгаков Р.А. и др. 5-ти летний опыт и оптимизация хирургического лечения неспецифического язвенного колита / Труды ассоциации хирургов Республики Башкортостан. Уфа, 1997.

Резюме

Комплексное лечение неспецифического язвенного колита

П.Г.Наджафкулиева, М.А.Шукуров, Е.А.Алмамедов

Под нашим наблюдением в период с 2005 по 2017 год было 235 пациентов с диагнозом неспецифических язвенных колитов. 151 из них- женщины, 84- мужчины. Возраст пациентов составлял 16-64 года. У 41 пациента были тотальный колит, левосторонние поражения у 84 пациентов, проктит и проктосигмоидит у 110 пациентов. При комплексном лечении пациентов

применяли противовоспалительные препараты-аминосалицилаты- сульфасалазин или салофальк; кортикостероиды; иммунодепрессанты. Салофальк использовался во время проктита и проктосигмоидита в форме суппозитория, в левосторонний колите в форме микроклизма, в тотальный колите в виде таблеток. При комплексном лечении от кортикостероидов использовались метипред. Гидрокортизон определяется ректальными каплями или микроклизмами при дистальном повреждении и I-II активности. При комплексном лечении от иммунодепрессантов в основном использовались 6-меркаптопурин и азатиоприн. Это комплексное лечение было эффективным методом, что привело к быстрой активации пациентов, быстрому восстановлению острой фазы и значительному сокращению рецидива.

Summary

The complex treatment of non-specific ulcerative colits

P.H. Najafgulieva, M.A. Shukurov, E.A.Almammadov

Under our observation during from 2005 till 2017 there were 235 patients with the diagnosis non-specific ulcerative colits. 151 of them were women and 84 were male. The age of the patients was 16-64 years. In 41 patients were total colitis, left-sided lesions in 84 patients, proctitis and proctocigmoiditis in 110 patients. In complex treatment of this patients were used inflammatory preparations-aminosalicylates-sulfasalazine or salofalk; corticosteroids; immunodepressants. Salofalk was used during proctitis as suppository, in left-sided as microclisma, in total form as tablet. During complex treatment from corticosteroids were used metipred. During distal injury and I-II activity hydrocortisone was determined by rectal drops or microclismas. In the complex treatment from immunodepressants mainly were used 6-mercaptopurine and azathioprine. This complex treatment has been an effective method, leading to rapid activation of patients, rapid recovery of the acute phase and significant reduction in recurrence.

Daxil olub:09.01.2018

KƏSKİN DAŞLI XOLESİSTİTLƏRDƏ MÜALİCƏ PROSESİNDƏ KƏSKİN FAZALI CAVABIN DİNAMİKASI

R.R. Babayeva

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: kəskin daşlı xolesistit, C-reaktiv protein, ferritin
Ключевые слова: острый калькулезный холецистит, С-реактивный протеин, ферритин
Key words: acute calculaes cholecystitis, C-reactive protein, ferritin

Məlum olduğu kimi, iltihab etioloji səbəbindən asılı olmayaraq eyni qanunauyğunluğla gedir və kəskin iltihabi proseslərə isə orqanizm kəskin fazalı cavab (KFC) verir. Sitokinlər, prostoqlandinlər, hormonlar və kininlər kimi müxtəlif iltihab mediatorları tərəfindən törədilən, kompleks yerli və sistem reaksiyası kimi meydana çıxan KFC-nın xarakteri və amplitudu iltihabi prosesin aktivliyindən birbaşa asılı olur [1]. KFC ilk növbədə qaraciyərdə hepatositlərin sintez etdikləri kəskin faza zülallarının (KFZ) miqdarının qanda kəskin artması ilə özünü bürizə verir. KFZ-yə müxtəlif funksional qruplara məxsus olan qan plazmasının 30-a qədər zülalı daxildir: proteaz ingibitorları, qanın laxtalanması zülalları, komplement sistemi zülalları, nəqliyyat zülalları və immonmoduləedici xüsusiyyətə malik zülallar [2]. İltihabi reaksiya zamanı konsentrasiyası 25%-dən çox artan zülallar iltihabın kəskin fazasının pozitiv reaktantları, əksinə konsentrasiyası azalan zülallar isə iltihabın kəskin fazasının neqativ reaktantları adlanır.

Bir sıra tədqiqatlarla [2,3] KFZ-nin iltihabi proseslər zamanı çoxcəhətli fəaliyyəti sübuta yetirilmişdir: zədələnmə ocağında gedən proseslərin təşkilində, orqanizmin qeyri-spesifik müdafiəsində mühüm rol oynamaqla yanaşı toxumalardakı iltihabi-destruktiv proseslərin gedişində bir çox funksiyaları yerinə yetirirlər, proteolitik kaskad reaksiyaların komponentləri olmaqla yanaşı, bakterisid, bakteriostatik və immuntənzimləyici təsir göstərirlər.

İltihab zamanı qan zərdabında səviyyəsi artan və iltihabın kəskin fazasının pozitiv reaktantlarından olan C-reaktiv protein (CRP) və ferritin proteaz aktivliyini endirməklə yanaşı toksiki molekulları da

neytrallaşdırırlar [4]. CRP qaraciyərdə sintez olunur və onun sintezinin əsas induktoru IL-6-dır. CRP mikrobla birləşməklə və komplement sistemini klassik yolla aktivləşdirməklə antimikrob təsir göstərir və leykositlərin transendotelial miqrasiyasını artırmaqla immunkompitent hüceyrələrin tənzimində iştirak edir. Əvvəlcə bakteriyalarla və onların hüceyrə komponentləri strukturları ilə, sonrakı mərhələdə isə antitellərlə birləşən CRP-nin səviyyəsi qandakı bakterial təbiətli molekulların konsentrasiyasından birbaşa asılı olduğundan onun miqdarı iltihab ocağında patogen və şərti-patogen mikroflora olduğu təqdirdə artır.

Qeyd etmək lazımdır ki, KFZ-dan biri olan ferritin orqanizmdə dəmiri qeyri-toksiki və fizioloji istifadəyə əlçatan formada depolaşdıran əsas zülaldır [5].

Bir çox iltihabi və destruktiv proseslər zamanı plazmada iltihabın kəskin fazasının pozitiv reaktantlarının miqdarının artmasını nəzərə alaraq son illər CRP və ferritindən klinik praktikada bir laborator test kimi istifadə edilir [6 – 12].

Lakin öddaşı xəstəliyi və onun ağırlaşmaları kimi aktual bir problem olan patologiyada bu məsələlər tam araşdırılmamış qalır. Kəskin daşlı xolesistit və onun ağırlaşmalarına görə aparılan əməliyyatların sayının durmadan artması öd kisəsindəki iltihabın aktivliyini qiymətləndirən və əməliyyatdansonrakı dövrün gedişinin monitorinqində daha həssas laborator testlərin işlənib hazırlanmasını aktual bir məsələyə çevirir.

Tədqiqatın məqsədi. Kəskin daşlı xolesistitlər (KDX) zamanı öd kisəsindəki iltihabi prosesin aktivliyinin və destruktiv dəyişikliklərin dərəcəsinin təyinində, əməliyyatdansonrakı dövrün klinik gedişinin qiymətləndirilməsində plazmada C-reaktiv protein (CRP) və ferritin səviyyəsinin dinamikada öyrənilməsinin əhəmiyyətini qiymətləndirmək.

Tədqiqatın material və metodları. KDX diaqnozu ilə laparoskopik xoresistektomiya (LXE) keçirmiş 37 xəstədə dinamikada-əməlliyyatönü dövrdə, əməliyyatdansonrakı dövrün 3-cü və 5-ci sutkalarında plazmada CRP və ferritin miqdarı öyrənilmişdir. Öd kisəsindəki iltihabın klinik-morfoloji forması nəzərə alınmaqla tədqiqatlar müqayisəli surətdə 3 qrupda aparılmışdır: 1-ci qrupa KDX-nin kataral forması ilə 12, 2-ci qrupa fleqmonoz forması ilə 14 və 3-cü qrupa isə qanqrenoz forması olan 11 xəstə daxil edilmişdir.

Plazmada CRP səviyyəsi "CRB-İFA-Best", ferritin konsentrasiyası isə ZAO "Vektor-Best" (Novosibirsk) kommersiya test-sistemləri ilə İFA metodu ilə təyin edilmişdir.

15 praktik sağlam şəxsin analoji göstəriciləri norma kimi qəbul edilmişdir. Tədqiqat zamanı alınan nəticələr parametrik və qeyri parametrik (Manna-Uitni-Uilkokkson) üsulları ilə statistik işlənilmişdir.

Nəticələr və onların müzakirəsi. Ümumilikdə əməliyyatönü dövrdə plazmada CRP konsentrasiyası 11,5±0,9 mq/l- normal göstəricidən 3,3 dəfə ($p<0,001$) yüksək həddə olmuşdur. LXE-dən sonra 3-cü sutkada plazmada onun səviyyəsi ilkin göstərici ilə müqayisədə 35,7% ($p_0<0,01$) artır və bu müddətdən sonra azalaraq 5-ci sutkada 7,8±0,5 mq/l-ə bərabər olur, lakin normadan 2,2 dəfə ($p<0,01$) çox olaraq qalır.

KDX-nin müxtəlif formalarında plazmada CRP miqdarı və onun dəyişmə dinamikası fərqli olmuşdur. Belə ki, KDX-nin kataral formasında əməliyyatönü dövrdə plazmada CRP konsentrasiyası 6,1±0,8 mq/l (normadan 71,6% çox; $p<0,01$), fleqmonozda- 12,4±1,1 mq/l (normadan statistik dürüst 3,5 dəfə çox) və qanqrenoz formasında isə 16,3±1,4 mq/l (sağlam şəxslərin göstəricisindən 4,6 dəfə çox; $p<0,001$) olmuşdur. Müqayisəli təhlil göstərir ki, CRP-nin miqdarının artması birbaşa öd kisəsinin divarındakı iltihabın və destruktiv proseslərin dərinliyindən asılı olmuşdur.

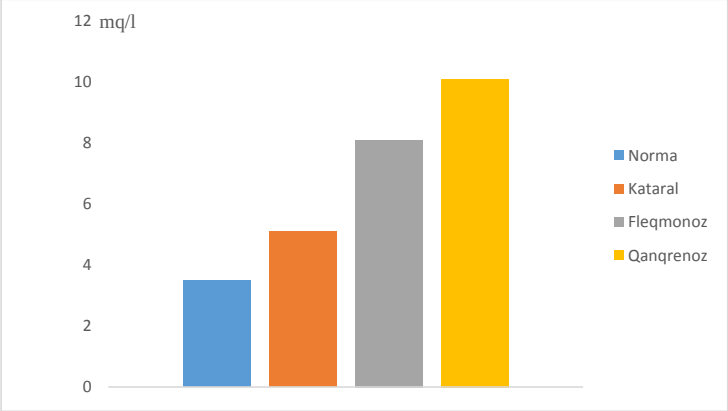
Əməliyyatdansonrakı dövrdə hər 3 qrup xəstədə plazmada CRP miqdarı ilk 3 sutka ərzində artsa da, sonrakı günlərdə dinamikada azalmağa istiqamətlənir və 5-ci sutkada norma ilə müqayisədə yüksək hədlərdə qalır. Lakin tədqiqatın sonuncu sutkasında da plazmada CRP konsentrasiyası KDX-nin formasından birbaşa asılı olaraq müxtəlif səviyyələrdə təyin edilir (Şək. 1).

Ferritin konsentrsiyası KDX-li xəstələrin hamısında əməliyyatönü dövrdə artaraq 405,6±21,6 nq/ml-ə yüksəlmişdir (norma-136,1±8,1 nq/ml), yəni sağlam şəxslərdəki səviyyədən statistik dürüst 3,0 dəfə çox olmuşdur. LXE-dən sonra plazmada ferritin miqdarı dinamikada azalaraq ilkin göstəriciyə nisbətən 3-cü sutkada 21,2% ($p_0<0,01$), 5-ci sutkada isə 43,6% ($p_0<0,001$) aşağı həddə düşür.

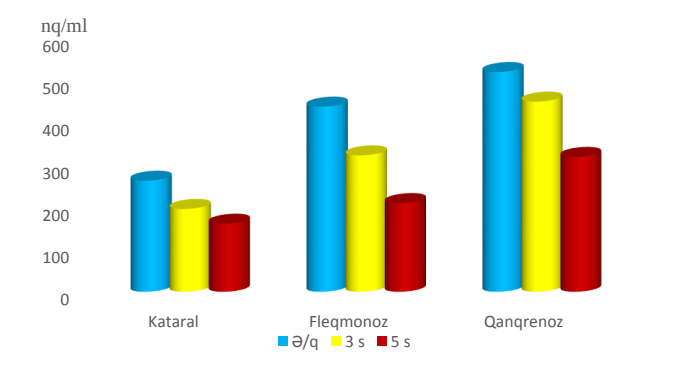
Qeyd etmək lazımdır ki, əməliyyatönü dövrdə plazmada ferritin miqdarı KDX-nin formasından birbaşa asılı olaraq müxtəlif hədlərdə dəyişmişdir. Həmçinin əməliyyatdansonrakı dövrdə bu zülalın plazmada dəyişmə dinamikası ilə KDX-nin formaları arasında dürüst bir asılılıq müşahidə edilir (Şək. 2).

Belə ki, KDX-nin kataral formasında plazmada ferritin miqdarı 262,9±8,1 nq/ml olmuşdur – normadan 93,1% çox ($p<0,001$). Lakin öd kisəsindəki iltihabın fleqmonoz formasında plazmada onun miqdarı kataral formadakı səviyyəni 66,6% ($p_1<0,001$) üstələyir. KDX-nin qanqrenoz formasında plazmada ferritin miqdarı 520,0±34,2 nq/ml-ə çatır. Bu səviyyə isə kataral və fleqmonoz formalardakı göstəricidən müvafiq olaraq statistik dürüst 97,8% və 18,7% çoxdur.

Əməliyyatdansonrakı dövrdə qanda hər iki KFZ-nin miqdarının dəyişmə dinamikasının normaya doğru istiqamətlənməsi xəstələrin vəziyyətinin yaxşılaşması və iltihabın digər laborator markerlərinin (leykositoz, EÇS və s.) normallaşması meyli ilə müşayiət edilir.



Şək. 1. LXE-nin 5-ci sutkasında plazmada CRP konsentrasiyasının KDX-nin formasından asılı olaraq dəyişməsi



Şək. 2. KDX-nin formasından asılı olaraq plazmada ferritin miqdarının müqayisəli dəyişmə dinamikası (N=136,1 nq/ml)

Nəticələr: 1.İltihabın kəskin faza zülallarından olan CRP-nin və ferritinin plazmada miqdarı daha çox KDX-nin destruktiv formalarında artır. 2. İstər CRP-dən, istərsə də ferritindən KDX-nin destruktiv formalarının erkən diaqnostikasında və əməliyyatdansonrakı dövrün gedişinin monitorinqində bir biomarker kimi istifadə edilə bilər.

ƏDƏBİYYAT

1. Kawai T. Inflammatory markers especially the merchanism of increased CRP// Rinsho Biory, 2000, V.48, №8, P.719-721.
2. Назаров П.Г. Реактанты острой фазы воспаления. СПб. Наука, 2001, 401 с.
3. Al-Delaimy W.K., Jansen E.H. Reliability of biomarkers of iron status, blood lipids, oxidative stress, vitamin D, C-reactive protein and fructosamine in two Dutch cohorts. Biomarkers - 2006.
4. Nielsen S., Grotii T. et. al. Synthesis of acute phase proteins in rats with cirrhosis exposed to lipopolysaccharide // Comp. Hepatol., 2006, v. 12, p. 3-5
5. Данилов И.П., Смирнова Л.А., Козич Ж.М., Краврук З.И. Клиническое значение маркеров метаболизма железа: ферритин, трансферрин, гепсидин.// Здравоохранение, 2011, № 9, с. 30-35.
6. Гаджиев Н.Дж. Динамика белков острой фазы воспаления при распространенном перитоните// Клин. Хирургия, 2011, №10, с. 24-26

7. Гаджиев Н.Дж. Значение белков острой фазы воспаления в прогнозировании клинического течения распространенного перитонита. Вестник общественной организации "Ассоциация хирургов Иркутской области". Матер. Науч-Практ. Конф. Хирургов Иркутской области» Иркутск, 2012, с. 109.

8. Рамазанов М.В., Бутырина Е.В., Кчибеков Э.А. Анализ корреляции ферропротеинов при распространенном перитоните // Астраханский медицинский журнал, 2011, № 1, с. 96-99.

9. Сердюков М.А., Кчибеков Э.А., Дибирова Д.С. Новый подход к диагностике деструктивных форм острого холецистита. Актуальные вопросы и перспективы развития медицины / Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. № 3, г.Омск, 2016. 194 с.

10.Kimura Y., Takada T., Kawarada Y. et. al. Definition, pathophysiology and epidemiology of cholangitis and cholecystitis // J. Hepatobiliary Pancreat Surg., 2007, p. 15-26.

11.De Vita L., Balisteri C., Arcolio F. et al. Systemic inflammatory response in elderly patients following hernioplastical opearation // Immun. Ageing, 2006, v.29, p. 3-6.

12.Keus F., Broeders I., van Laarhove C. Surgical aspects of symptomatic cholecystolitithiasis and acute cholecystitis // Best Pract Res Clin Gastroenterol., 2006, p. 31-51

Резюме

Динамика острофазного ответа в процессе лечения при остром калькулезном холецистите

Р.Р. Бабаева

В работе проведен сравнительный анализ уровня острофазных белков С-реактивного протеина (СРП) и ферритина в плазме крови у больных с острым калькулезным холециститом (ОКХ) в динамике в зависимости клинико-морфологической формы заболевания. Проведенные исследования до и после лапароскопической холецистэктомии у 37 больных в динамике показали, что уровень данных белков зависела от формы ОКХ. С повышением выраженности воспаления и развитием деструктивных изменений желчном пузыре повышается и содержание обеих острофазных белков. На основании проведенных исследований сделан вывод, что для достоверной ранней диагностики деструктивных форм ОКХ и оценки течения послеоперационного периода СРП и ферритина можно использовать в качестве более чувствительного биомаркера.

Summary

Dynamics of acute phase Respond in Treatment of Acute Calculous Cholecystitis.

R.R. Babayeva

There has been carried a comparative analysis of the acute phase protein level of C-reactive protein (CRP) and ferritin in plasma of the blood in the patients with calculous cholecystitis (ACC) in dynamics depending of the clinic-morphological form of the disease. The investigations, before and after laparoscopic cholecystectomy in 37 patients in dynamics, revealed that the level of these proteins depends. On the from of ACC. With increase of inflammation expression with development of destructive changes in the gallbladder, the content of both acute phase proteins also increases. On the base of investigations we came to conclusion that for authentic early diagnostics of the destructive forms of ACC and estimation of the course of post-operative period of CRP ferritin might be used as more sensitive biomarker.

Daxil olub:16.01.2018

FARİNGİT VƏ TONZİLLİTLİ XƏSTƏLƏRDƏ MÜXTƏLİF MİKROORQANİZMLƏRİN RAST GƏLİNMƏSİNİN MÜQAYİSƏSİ

Ş.Ə. İbayeva, M.H.Əliyev
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: faringit, farinqit, bakteriyalar
Ключевые слова: фарингит, ларингит, бактерии
Keywords: pharyngitis, laryngitis, bacteria

Faringit udlağın iltihabı olub, udlağın selikli qişasının qızarması və şişkinləşməsi, yemək zamanı ağrı ilə müşayiət olunur. Faringitə tez-tez respirator viruslar (rhinovirus, coronavirus, adenovirus, influenza virus, parainfluenza virus, respiratory syncytial virus), Epstein-Barr virusları yaxud koksakiviruslar səbəb olur [5, 11].

Xəstəliyin etioloji əlaqələrinə aşağıdakılar daxildir:

-konyuktivitlər: adenovirus

-konstitutional simptomlar (narahatlıq və halsızlıq) və tonzilyar eksudat: Epstein-Barr virus

-posterior palatinal xoralar: koksakiviruslar

-kəskin başlanğıc, "donutşəkilli" udlaq zədələnmələri və dilçəyin şişkinləşməsi və diametrinin böyüməsi: Streptococcus pyogenes (A qrup streptokoklar)

-vaksinasiya olunmamış şəxslərdə udlaqda boz psevdomembran: Corynebacterium diphtheriae [4].

Bakterial faringitə nisbətən az rast gəlinir və çox vaxt əsas səbəbkar amil S.pyogenes olur. Xəstəliyin nadir rast gəlinən etioloji amillərinə Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma pneumoniae, C. diphtheriae və Arcanobacterium haemolyticum aiddir [9]. Xəstəliyin ən çox rast gəlinən dövrləri mülayim iqlimə malik coğrafi ərazilərdə yaz və payız, tropiki iqlimə malik coğrafi ərazilərdə isə yağışlı mövsümlərdir. İnsanların sıx halda yaşadığı yerlərdə xəstəlik daha sürətlə yayılır, həm damcı, həm də təmas yolu ilə yoluxur. Viral faringitlər özü-özünə sağalan xəstəlik olub, həmişə spesifik etioloji diaqnoz tələb etmir [8].

Epstein-Barr virusu infeksiyasından (infeksion mononükleoz) şübhələndikdə, qanın ümumi analizi, qan yaxmaları və heterofil anticisimlərə görə Paul-Bunnel testi icra edilməlidir. Bu test asiyalılar üçün həssas deyildir. Bu populyasiyada virus kapsidinə qarşı IgM immunoqlobulinlər araşdırılmalıdır [6]. Faringit zamanı müayinələr çox vaxt S.pyogenes mikroorqanizminin müəyyən edilməsi istiqamətində olur. Bu mikroorqanizmin nümayəndələri həm qanlı aqarda, həm qrup üzrə spesifik polisaxaridlərə görə lateks aqqlütinasiya reaksiyası, həm də birbaşa antigenlərin müəyyən edilməsi ilə aşkar edilə bilər [1]. Heç bir üsul orofarinqeal kolonizasiyanı, həqiqi infeksiyadan ayırd etməyə imkan verməsə də, kultural metodla antibiotiklərə qarşı həssaslığı müəyyən etməyə imkan vermir. N. gonorrhoea, Mycoplasma spp., Arcanobacterium sp. yaxud Corynebacterium spp. infeksiyalarına şübhə olduqda müvafiq mütəxəsisə müraciət olunaraq laborator müayinələr icra edilməlidir və bu zaman ənənəvi olmayan qidalı mühitlərdən istifadə oluna bilər [10].

Streptokok faringitini müalicə etmək üçün oral penisillin yaxud eritromisindən istifadə edilə bilər. Müalicə farinqeal infeksiyanın gedişatını dəyişdirə bilmir, ancaq müalicə xəstəliyin revmatik üsrək xəstəliyi, poststreptokokkal qlomerunefrit və Sidenham xoreası kimi qeyri-infeksion ağırlaşmla risklərini azaldır [7]. İnkişaf etmiş ölkələrdə streptokokk infeksiyasının qeyri-infeksion ağırlaşmalarının çox nadir hallarda rast gəlindiyinə görə onların antibiotikoterapiya ilə müalicə edilməsi tənqid olunur, ancaq son zamanlar Avropa və Şimali Amerikada streptokokk infeksiyalarının rast gəlinməsinin artması bu fikri dəyişdirə bilər. Streptokokk faringitinin digər ağırlaşmalarına isə skarlatina (inkişaf etmiş ölkələrdə nisbətən az rast gəlinir), streptokokk mənşəli toksiki şok sindromu və paratonzilyar abses aiddir. Paratonzilyar abses zamanı oral anaerob bakteriyalar mənşəli ikincili infeksiya baş verə bilir ki, bu da penisillinlə nəzarət altına alına bilər. İrinli ocaqların drenajına da ehtiyac yaranır [3].

Tədqiqatın məqsədi: Faringit və tonzillitli xəstələrdə müxtəlif mikroorqanizmlərin rast gəlinməsinin müqayisəli qiymətləndirilməsi.

Tədqiqatın material və metodları: Bu məqsədlə tərəfimizdən Respublika Kliniki Xəstəxanasının Mərkəzi Laboratoriyasına analiz məqsədilə müraciət etmiş 15 nəfər faringit, 16 nəfər isə tonzillit diaqnozu qoyulmuş xəstələrin analiz nəticələri və xəstəlik tarixləri tədqiq edilmişdir. Mikrobioloji analiz zamanı tərəfimizdən xəstələrin ağız udlaq nahiyyələrindən götürülmüş yaxmaların mikrobioloji tərkibi öyrənilmişdir. Faringitli və tonzillitli xəstələr tərəfimizdən şərti olaraq, ayrı-ayrı qruplar kimi qəbul edilmişdir. Yaxma nümunələrinin tərkibində Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes, Enterococcus faecalis, Klebsiella pneumonie və Candida albicans mikrooqanizmlərinin rast gəlinməsi say və faizlə

öyrənilmişdir. Əldə etdiyimiz göstəricilər parametrik və qeyri –parametrik üsullardan istifadə edilməklə statistiki işlənmişdir. Statistiki üsullar variasion üsullarla tədqiq olunmuşdur (orta riyazi kəmiyyət – M, onların standart xətası – m, Styudentin dürstlük əmsalı – t müəyyən edilməklə). Kliniki tədqiqatın nəticələrinin statistiki işlənməsi standart tətbiqi proqram paketinin köməyilə icra edilmişdir (Windows üçün Microsoft Excel və Statistica 7.0).

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi: Tədqiqat nəticəsində 15 nəfərdən ibarət şərti olaraq, faringitli xəstələr qrupundan əldə edilmiş udlaq yaxması nümunələrində Staphylococcus aureus növü nümayəndələrinin rast gəlinməsi 7 nəfərdə olmaqla, şərti qrupun 46,7%-ni əhatə etmişdir. Bu qrupda Streptococcus pyogenes növlərinin rast gəlinməsi bioloji nümunələrin 4-ündə aşkar edilmişdir və qrup üzrə 26,7% təşkil etmişdir. Streptokokklar dairəvi-oval formalı, qısa yaxud da uzun zəncirlər əmələ gətirən mikroorqanizmlərdir. Streptokokk zəncirləri 2-12 və ya daha çox kokk hüceyrəsindən meydana gəlir. Streptokokklar, "S.gallinarium" növü istisna olmaqla, hamısı hərəkətsiz mikroorqanizmlərdir. Bunlar spor əmələ gətirmir. Anilin boyaları ilə rahat boyanırlar və Qram müsbətdirlər. "S.pyogenes" mikroorqanizminin gənc kulturalarında olan hialuron turşusundan təşkil edilmiş kapsul köhnəlmiş kulturanın koloniyalarında yox olur. Streptococcus pyogenes-lər D və N istisna olmaqla bütün lancefield qrupu streptokoklarını əhatə edir. Demək olar ki, hamısı betta hemolitikdir. Bu streptokoklar,

- 10-45 °C arasında çoxaldığı halda 10 °C-dən aşağı və 45 °C-dən yuxarı temperaturlarda çoxala bilmirlər,
- 6,5% NaCl məhlulunda və pH-ı 9.6 olan bulyonda çoxalmırlar,
- "Neytral qırmızı" reduksiyasını icra etmirlər,
- 1%-li metilen mavisi olan süddə çoxalmırlar,
- Maltoza, saxaroza və laktozanın fermentasiyası müsbət, inulin və mannitolu isə fermentasiya etmirlər.

Faringitli xəstələrdən əldə edilmiş ağız-udlaq yaxması nümulərindən 3-ündə Enterococcus faecalis növünə rast gəlinmişdir ki, bu da müvafiq xəstələr qrupunun 20%-ni əhatə etmişdir (cədvəl 1). Enterokoklar tək-tək və ya cüt olmaqla qısa zəncirlər halında mövcud olan qram-müsbət fakultativ anaerob koklardır. Optimal çoxalma temperaturu 35°C (10-45°C) olub, bütün ştammlar 6,5% NaCl olan qidalı mühitlərdə çoxalır və 40%-li öd duzları olan mühitdə isə eskulini (Eskulin-kumarin qlükozidlərinə aid olub, təbii şəkildə əsasən at şabalıdının tərkibində olur) hidrolizə uğrada bilir. Əsasən hərəkətsiz olan bu bakteriyaların, hərəkətli növləri də vardır. Enterokoklar leysin-aminopeptidazaları hidroliz edir. E.cecorum, E.columbae və E.saccharolyticus mikroorqanizmlərindən başqa növlər də "pirolidonil-betta-naftilamid-i hidrolizə uğradır. Sitoxrom fermentlərə malik deyildirlər. Katalaza testi mənfidir. Qlükoza və digər şəkərlərdən qaz əmələ gətirmirlər. pH=9,6-da çoxalırlar. 60 °C temperatura 30 dəqiqə davam gətirə bilirlər. 0,1%-li metilen abılı süddə çoxala bilirlər. Ammonyak əmələ gətirirlər. Neytral qırmızını reduksiya edirlər. Saxaroza, maltoza, laktoza və mannitolun fermentasiyası müsbət, inulinin fermentasiyası isə neqativdir. S.liquefaciens jelatini lizisə uğradırlar.

Enterococcus mikroorqanizmlərin izolyasiyası məqsədilə müxtəlif qidalı mühitlərdən istifadə olunur. Qan, sidik və yaradan götürülmüş yaxma nümunələri,

1. 5%-li qoyun qanlı, triptikaz soya aqarı,
2. Brain-Heart infuzion aqarı,
3. Kolumbiya-Kolistin-Nalidiksik turş aqar (CAN),
4. Fenil-etil spirtli aqar (PEA)

kimi qidalı mühitlərdən birinə kultivasiya olunur. Sefaleksin-aztreonam arabinozalı aqarda S.faecium arabinozadan turşu əmələ gətirir. Sarı həlqəli ağ koloniyalar əmələ gətirirlər. E.faecalis isə arabinozadan istifadə etmir və ətrafından sarı həlqə olmayan ağ koloniyalar şəklində çoxalırlar. Vankomisinli (qlikopeptidlərə aid trisiklik antibiotiklərə aiddir) qidalı mühitlər vankomisinə davamlı enterokokların izolyasiyası üçün yaradılmışdır.

Tərəfimizdən şərti olaraq, tonzillitli xəstələr qrupu kimi qəbul edilmiş, Respublika Kliniki Xəstəxanasının Mərkəzi Laboratoriyasına analiz vermiş 16 nəfər tonzillitli xəstələrdən götürülmüş ağız-udlaq yaxması nümunələrindən 7-sində Staphylococcus aureus növünə rast gəlinmişdir ki, bu da şərti qrupun 43,8%-i təşkil etmişdir. Tonzillitli xəstələrdən götürülmüş nümunələrdən 5-ində yəni müvafiq şərti qrupun 31,3%-ində Streptococcus pyogenes növlərinə rast gəlinmişdir. Enterococcus faecalis növlərinə isə 16 nəfər tonzillitli xəstələrdən götürülmüş bioloji nümunələrdən 4-də müəyyənləşdirilmişdir ki, bu da qrupun 25%-ni əhatə etmişdir. Staphylococcus aureus növlərinin faringitli və tonzillitli xəstələrdə rast gəlinməsi demək olar ki, eyniyyət təşkil etmişdir. Streptococcus pyogenes növlərinin rast gəlinməsi isə tonzillitli xəstələrdə daha yüksək olmuşdur. Bu hal tonzillitin əsas törədiciləri arasında streptokokların xüsusi çəkisinin olduğunun bir

daha sübutudur. Enterococcus faecalis növlərinin rast gəlinməsi göstəricilərində də eyni hal qeydə alınmışdır.

Cədvəl 1

Faringit və tonzillitli xəstələrdə müxtəlif mikroorqanizmlərin rast gəlinməsi.

Mikroorqanizmlər	Faringitli xəstələr (n=15)		Tonzillitli xəstələr (n=16)	
	Sayla	%-lə	sayla	%-lə
Staphylococcus aureus	7	46,7	7	43,8
Streptococcus pyogenes	4	26,7	5	31,3
Enterococcus faecalis	3	20,0	4	25,0
Klebsiella pneumonie	3	20,0	2	12,5
Candida albicans	1	6,7	2	12,5

Faringitli xəstələrdən əldə etdiyimiz bioloji nümunələrdən 3-ündə Klebsiella pneumonie növünə rast gəlinmişdir ki, bu da şərti olaraq, faringitli xəstələr qrupu kimi qəbul etdiyimiz 15 nəfərlik qrupun 20%-ni təşkil etmişdir. Buna baxmayaraq, bu növ tonzillitli xəstələr qrupundan əldə edilmiş bioloji nümunələrdən 2-sində aşkar edilmişdir ki, bu da şərti olaraq, tonzillitli xəstələr qrupu kimi qəbul etdiyimiz 16 nəfərlik qrupun 12,5%-ni əhatələmişdir.

Candida albicans növünə mənsub mikrogöbələkciklərin şərti olaraq, qəbul etdiyimiz qruplarda rast gəlinməsi üzrə tədqiqatlarımız zamanı faringitli qrupdan əldə etdiyimiz bioloji nümunələrdən cəmi 1-ində müəyyən edilmişdir ki, bu da qrupun 6,7%-ni təşkil etmişdir. Tonzillitli xəstələr qrupunda isə bu mikroorqanizmin rast gəlinməsi 2 nümunədə olmaqla, qrupun 12,5%-ni əhatə etmişdir. Klebsiella pneumonie mikroorqanizminin rast gəlinməsi faringitli xəstələr qrupunda tonzillitli xəstələrdə yüksək, Candida albicans növləri isə tonzillitli xəstələr qrupunda daha yüksək olmuşdur.

Faringit udlağın iltihabı olub, udlağın selikli qişasının qızarması və şişkinləşməsi, yemək zamanı ağrı ilə müşayiət olunur. Faringit və tonzillitli xəstələrdə müxtəlif mikroorqanizmlərin rast gəlinməsinin müqayisəli qiymətləndirilməsi məqsədilə tərəfimizdən tədqiqat aparılmışdır. Tədqiqat nəticəsində 15 nəfərdən ibarət şərti olaraq, faringitli xəstələr qrupundan əldə edilmiş udlaq yaxması nümunələrində Staphylococcus aureus növü nümayəndələrinin rast gəlinməsi 7 nəfərdə olmaqla, şərti qrupun 46,7%-ni əhatə etmişdir. Staphylococcus aureus növlərinin faringitli və tonzillitli xəstələrdə rast gəlinməsi demək olar ki, eyniyyət təşkil etmişdir. Streptococcus pyogenes növlərinin rast gəlinməsi isə tonzillitli xəstələrdə daha yüksək olmuşdur. Bu hal tonzillitin əsas törədiciləri arasında streptokokların xüsusi çəkisinin olduğunun bir daha sübutudur. Enterococcus faecalis növlərinin rast gəlinməsi göstəricilərində də eyni hal qeydə alınmışdır. Klebsiella pneumonie mikroorqanizminin rast gəlinməsi faringitli xəstələr qrupunda tonzillitli xəstələrdə yüksək, Candida albicans növləri isə tonzillitli xəstələr qrupunda daha yüksək olmuşdur.

ƏDƏBİYYAT

1. Gwaltney J.M., Phillips C.D., Miller R.D., Riker D.K. Computed tomographic study of the common cold //N Engl J Med. 2014, v.330, p.25-30.
2. Arroll B, Kenealy T. Antibiotics for the common cold // Cochrane Database Syst Rev. 2000
3. Howie J.G., Clark G.A. Double-blind trial of early demethylchlortetracycline in minor respiratory illness in general practice // Lancet, 2007, v.2, p.1099-102.
4. Kaiser L., Lew D., Hirschel B., Auckenthaler R.. et al. Effects of antibiotic treatment in the subset of common-cold patients who have bacteria in nasopharyngeal secretions // Lancet. 2006, v.347, p.1507-10.
5. Cronk G.A., Naumann DE, McDermott K. et al. A controlled study of the effect of oral penicillin G in the treatment of non-specific upper respiratory infections // Am J Med. 2004, v.16, p.804-9.
6. Melchart D, Linde K, Fischer P, Kaesmayr J. Echinacea for preventing and treating the common cold // Cochrane Database Syst Rev. 2000;CD000530.
7. Walsh B.T., Bookheim W.W., Johnson R.C. Tompkins R.K. Recognition of streptococcal pharyngitis in adults // Arch Intern Med., 2008, v.25, p.493-7.
8. Stott N.C., West R.R. Randomised controlled trial of antibiotics in patients with cough and purulent sputum // Br Med J. 2006, v.2, p.556-9.
9. Verheij T.J., Hermans J., Mulder J.D. Effects of doxycycline in patients with acute cough and purulent sputum: a double blind placebo controlled trial // Br J. Gen Pract., 2004, v.44, p.400-4.
10. Gadomski A.M. Potential interventions for preventing pneumonia among young children: lack of effect of antibiotic treatment for upper respiratory infections // Pediatr Infect Dis J., 1993, v.12, p.115-20.

11. Heikkinen T., Ruuskanen O., Ziegler T. et al. Short-term use of amoxicillin-clavulanate during upper respiratory tract infection for prevention of acute otitis media //J Pediatr., 1995, v.126, p.313-6

Резюме

Сравнение часоты встречаемости микроорганизмов при фарингите и тонзиллите

Ш.А. Ибаева, М.Х. Алиев

По результатам исследован ия в общей сложности 15 человек, в том числе с фарингитом, виды Staphylococcus aureus встречались чаще в 7 случаях, что составляло 46,7% группы сравнения. Показатели Staphylococcus aureus при фарингите и тонзиллите практически идентичны. Частота ввстречаемости Streptococcus pyogenes была выше у пациентов с тонзиллитом. Это еще одно свидетельство важной роли стрептококков в развитии тонзиллита. То же самое относится и к видам Enterococcus faecalis. Уровень Klebsiella pneumonie было выше у пациентов с фарингитом, а Candida albicans значительно чаще выявлялись в группе пациентов с тонзиллитом.

Summary

Comparison of the frequency of meeting of microorganisms in the pharingte and tonsillite

Sh.A. Ibayeva, M.H., Aliyev

Based on the results of the study, a total of 15 people, including pharyngitis, had more frequent Staphylococcus aureus in 7 cases, which was 46.7% of the comparison group. The indices of Staphylococcus aureus with pharyngitis and tonsillitis are almost identical. The incidence of Streptococcus pyogenes was higher in patients with tonsillitis. This is another indication of the important role of streptococci in the development of tonsillitis. The same applies to the types of Enterococcus faecalis. The level of Klebsiella pneumonie was higher in patients with pharyngitis, and Candida albicans was more often detected in the group of patients with tonsillitis.

Daxil olub:23.01.2018

REPRODUKTİV DÖVRDƏ HİPERPROLAKTİNEMİYA OLAN QIZ VƏ QADINLARDA SUBYEKTİV VƏ KLİNİK ƏLAMƏTLƏRİN TEZLİYİ

A.V. Rzayeva, E.M. Əliyeva, İ.Ə. Sultanova, S.N.Vəliyeva

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: hiperprolaktinemiya, əlamətlər, klinika, reproduktiv dövr

Ключевые слова: гиперпролактинемия, признаки, клиника, репродуктивный период

Key words: hyperprolactinemia, signs, clinic, reproductive period

Prolaktinin səviyyəsinin patoloji artması (25 ng/ml) hipotalamus və hipofizin fəaliyyətinə təsir edib, reproduktiv sistemin pozulmasını yaradır. Bu pozulmalara anovulyasiya, hirsutizm və endokrin mənşəli sonsuzluq aiddir [5,7,8].

Aparılan tədqiqatlar əsasında müəyyən edilmişdir ki, hiperprolaktinemiya (HP) sonsuzluq faktoru kimi boru və kişi faktorundan sonra III yeri tutur.

Nallusamy S. et al. [2] hiperprolaktinemiya olan qadınlarda l-li və ll-li sonsuzluğun gedişinin xüsusiyyətlərini öyrənmişdir. Təyin olunmuşdur ki, prolaktini yüksək olan qadınlarda l-li sonsuzluğun tezliyi 25,5%, ll-li sonsuzluq 21,31% olmuşdur. Bu qadınlarda prolaktinin səviyyəsi 84,83 ng/ml olmuşdur.

Aparılan tədqiqatlara görə 36,89% sonsuzluq olan qadınlarda prolaktinin səviyyəsi 26-100 ng/ml, 9,52% hallarda 101-200 ng/ml olmuşdur. Sonuzluq olan qadınların 3,33%-nin ailə anamnezində hiperprolaktinemiya qeyd olunurdu:I-li sonsuzluq 26,4 yaşında, II-li sonsuzluq 31,8 yaşında qeyd olunur.

Aparılan tədqiqatın nəticələrinə görə hiperprolaktinemiya və sonsuzluq olan qadınların 8%-də qalaktoreya, 24,67%-də anovulyator aybaşı sikli, 26%-də piylənmə, 27,33%-də hipotireoz təyin edilir. Uşaqlıq qanaxmaları olan qadınlarda hiperprolaktinemiyanın tezliyi 18-61% arasında tərəddüd edir [1,2,3,4,9].

Hiperprolaktinemiya olan qadınların reproduktiv funksiyasını pozan neyroendokrin sindromdur. Kubba M. et.al. [6] tərəfindən hiperprolaktinemiya olan qadınlarda I-li sonsuzluğun tezliyi 64,7%, II-li

sonsuzluğun 35,4% olmuşdur. Bu qadınlarda prolaktinin səviyyəsi 42,18±12,64 ng/ml, LH 2,60±0,937mİU/ml , FSH-ın səviyyəsi 3,71±1,077 mİU/ml olmuşdur.

Tədqiqatın məqsədi Problemin aktuallığını nəzərə alaraq hazırki tədqiqatın məqsədi təyin edildi. Tədqiqatın məqsədi reproduktiv dövrdə hiperprolaktinemiya olan qız və qadınların subyektiv və kliniki əlamətlərin, yaradan patologiyaların rastgəlmə tezliyinin öyrənilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Məqsədə uyğun olaraq reproduktiv dövrdə olan 71 qız və qadınlar müayinə olunmuşdur.HP olan qadınların yaşı 34,41±0,71 (18-43) olmuşdur. Müayinə olunan qadınların çəkisi 65,44±1,22 (44-105) kq, boyu 164,2±0,59 (150-178) sm, bədən çəkisi indeksi (BÇİ) 24,32±0,44 (16,6-39,3) kq/m² təyin edilmişdir.

Reproduktiv dövrdə olan 71 hiperprolaktinemiyalı qız və qadınların 28-də (39,4%) aybaşı funksiyası pozulmayıb, 43 (60,6%) hiperprolaktinemiyalı qız və qadında isə aybaşı funksiyasının pozulması qeyd edilmişdir. Reproduktiv dövrdə hiperprolaktinemiyalı qız və qadınların menarxesi 11,46±0,13 (9-16) yaşında olmuşdur. Reproduktiv dövrdə hiperprolaktinemiyalı qız və qadınlarda aybaşı funksiyasının pozulmalarının tezliyi cədvəl 1-də göstərilmişdir

Cədvəl 1

Reproduktiv dövrdə HP olan qız və qadınlarda aybaşı funksiyasının xüsusiyyətləri

Aybaşı funksiyasının xüsusiyyətləri (n=43)	Müt.	%
Aybaşı funksiyası pozulmayıb	28	39,4
Aybaşı funksiyası pozulub:	43	60,6
-II-li amenoreya	6	14,0
-Oliqomenoreya	25	58,1
-Opsomenoreya	8	18,6
-Polimenoreya	4	9,3

Cədvəl 1-dən göründüyü kimi 43 (60,6%) reproduktiv dövrdə olan qız və qadınların aybaşı funksiyasının pozulması qeyd edilir. Müəyyən edilmişdir ki, HP olan qız və qadınların 58,1%-də oliqomenoreya, 18,6%-də opsomenoreya, 14,0%-də II-li amenoreya, 9,3%-də -də polimenoreya qeyd olunur.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Reproduktiv dövrdə HP olan qız və qadınların təqdim olunan şikayətlərinin tezliyi öyrənilmiş və cədvəl 2-da təqdim olunmuşdur.

Cədvəl 2

HP-lı reproduktiv dövrdə olan qız və qadınların şikayətlərinin tezliyi

Şikayətlər	Müt.	%	Şikayətlər	Müt.	%
Baş ağrıları	61	7,5	Ürəkbulanma	41	5,0
Görmənin pozulması	42	5,2	Qusma	23	2,8
Bədən çəkisinin artması	32	3,9	Üz nahiyəsində şişkinlik	55	6,7
Piylənmə	17	2,1	Aşağı ətraflarda şişkinlik	39	4,8
Bədən çəkisinin azalması	16	2,0	Tənəffüs zamanı döş qəfəsində ağrılar	18	2,2
Tüklənmənin artması	57	7,0	Emosional labillik	68	8,3
Süd vəzilərindən ifrazatın olması	70	8,6	Üz cizgilərinin kobud olması	28	3,4
Göz almasının hərəkətliyinin artması	6	0,7	Dərinin quruluğu	71	8,7
Dırnaqların kövrəkliyi	24	2,9	Qıcıqlanma	71	8,7
Ağlağanlıq hissi	61	7,5	Huşun itməsi	15	1,8

Cədvəl 2-dən göründüyü kimi reproduktiv dövrdə HP olan qız və qadınlarda yüksək tezliklə süd vəzilərindən ifrazatın olması (8,6%), qıcıqlanma (8,7%), dərinin quruluğu (8,7%), emosional labillik (8,3%), ağlağanlıq hissi (7,5%), baş ağrıları (7,5%), tüklənmənin artması (7%), ürəkbulanma (5%), üz nahiyəsində şişkinlik (6,7%), görmənin pozulması (5,2%) qeyd olunur.

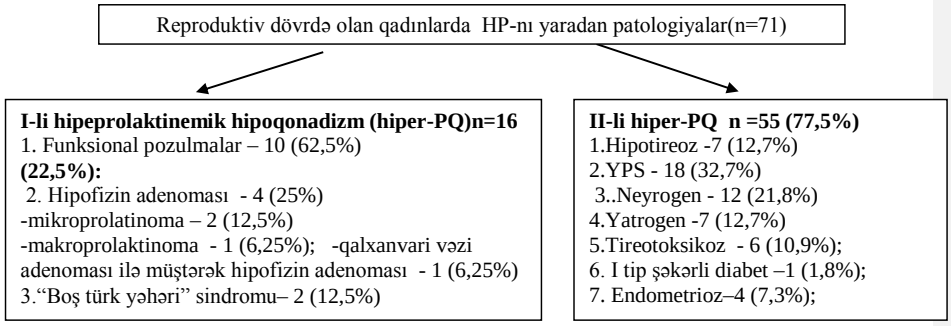
Reproduktiv dövrdə HP olan 71 qız və qadınların 70-də (98,6%) süd vəzilərindən ifrazatın olması (qalaktoreya), 71-də (100%) qıcıqlanma, 71-də (100%) dərinin avazıması , 68-də (95,8%) emosional labillik, 61-də (85,9%) ağlağanlıq hissi, 55-də (77,5%) üz nahiyəsində şişkinlik, 61-də (85,9%) baş ağrıları, 57-də (80,3%) tüklənmənin artması, 42-də (59%) görmə qabiliyyətinin pozulması, 39-da (54,9%) aşağı ətraflarda şişkinlik, 32-də (45%) bədən çəkisinin artması, 28-də (39%) üz cizgilərinin kobud olması, 23-də

(32%) qusma, 41-də (57,7%) ürəkbulanma, 24-də (33,85) dırnaqların kövrəkliyi, 18-də (25%) tənəffüs zamanı döş qəfəsində ağrılar, 17-də (23,9%) piylənmə, 16-da (22,5%) bədən çəkisinin artması qeyd olunur.

Beləliklə, reproduktiv dövrdə HP olan qız və qadınların subyektiv əlamətlərinin çoxluğu və yüksək tezliyi qeyd olunur.

Aparılan tədqiqatda reproduktiv dövrdə olan qız və qadınlarda hiperprolaktinemiyanın səbəbləritəyin edilmişdir.

Təsnifata uyğun olaraq reproduktiv dövrdə olan qız və qadınlarda HP yaradan patologiyalar sxem 1-də təqdim edilmişdir.



Şək. Reproduktiv dövrdə olan qadınların hiperprolaktinemiyanın kliniki təzahürləri

Şəkildən göründüyü kimi reproduktiv dövrdə HP özünü I-li hiperprolaktinemik hipoqonadizm və II-li hipeprolaktinemik hipoqonadizm (simptomatik hipoqonadizm) kimi biruzə verir. I-li hiper-PQ-in tezliyi 22,5%, II-li hiper-PQ-in tezliyi 77,5% olmuşdur.

I-li hiper-PQ-ə funksional pozulmalar (62,5%), hipofizin adenoması (25%), onlardan mikroprolaktinoma (12,5%), makroprolaktinoma (6,25%), qalxanabənzər vəzin adenoması ilə müştərək hipofizin adeoması (6,25%), "boş türk yəhəri" sindromu (12,5%) müəyyən edilmişdir.

II-li hiper-PQ-ə (simptomatik hipoqonadizm) yüksək tezliklə YPS (32,7%), neyrogen mənşəli (21,8%), hipotireoz (12,7%), yatrogen mənşəli (12,7%), tireotoksikoz (10,9%), I tip şəkərli diabet (1,18%), endometrioz (7,3%) təyin edilir.

Beləliklə reproduktiv dövrdə HP özünü subyektiv əlamətlərin çoxluğu və yüksək tezliyi ilə biruzə verir. Kliniki olaraq I-li hiper-PQ-in tezliyi 22,5%, II-li (simptomatik) hiper-HQ-in tezliyi isə 77,5% təyin edilir.

ƏDƏBİYYAT

1. Мохорт Т.В., Сафина М.Р. Синдром гиперпролактинемии: современные подходы к диагностике и лечению // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа, 2012, в.22, №4, с.130-141.

2. Соснова Е.А. Особенности состояния репродуктивной системы у пациенток с гиперпролактинемическим синдромом // М., 2006, 244 с.

3. Barclay L., Lie D. Endocrine Society Issues Guidelines for Management of Hyperprolactinemia // J.Clin.Endocrinol.Metab., 2011, №96, p.273-288.

4. Casanueva F.F., Molitch M.E., Schlechte J.A. Guidelines of the Pituitary Society for the diagnosis and management of prolactinomas // Clin.Endocrinol., 2006, v.65, p.265-273.

5. Eldin S., Abdelghani A., Elmagadum A. Hyperprolactinemia as a cause of female infertility and its prevalence in central Sudan // Egypt Acad. J. Biolog. Sci., 2013, v.5, №1, p.31-36.

6. Kubba M., Jabir A., Ramadan R. Hyperprolactinemia Causes Primary and Secondary Infertility in Women of raqi Patients // Int.J.Scienc.Basic and Applied Research., 2015, v.24, №7, p.336-345.

7. Melmed S., Casanueva F.F., Hoffman A.R. Diagnosis and Treatment of Hyperprolactiemia: An Endocrine Society Clinical Practice Guidelines // JCEM., 2011, v.96, №2, p.273-288.

8. Nallusamy S., Gracelyn L.J. Prevalence of hyperprolactinemia in infertile women and its association with hypothyroidism // Int.J.Advances in Med., 2016, v.3, №1, p.33-38.

9. Sharma N., Baliarsingh S., Kaushik G.G. Biochemical association of hyperprolactinemia with hypothyroidism in infertile women // Clin.Lab., 2012, v.58, №7-8, p.805-810.

Резюме

Частота клинических и субъективных проявлений у девушек и женщин с гиперпролактинемией в репродуктивном периоде

А.В.Рзаева, Э.М.Алиева, И.А.Султанова, С.Н.Велиева

Цель исследования изучить субъективные и клинические проявления, частоту патологий сопроваждающихся с гиперпролактинемией у девушек и женщин в репродуктивном периоде.Обследовано 71 девушка и женщины с ГП в репродуктивном периоде. Установлено, в репродуктивном периоде частота гиперпролактинемического (симптоматического) гипогонадизма составляет77,5%, частота первичного гиперпролактинемического гипогонадизма 22,5%. Причинами первичного гиперпролактинемического гипогонадизма являются функциональные (идиопатические) нарушения (62,5%), аденома гипофиза (25%), при этом частота микропролактиномы составляет 12,5%, макропролактиномы 6,25%, сочетание аденомы щитовидной железы с аденомой гипофиза 6,25%, синдром «пустого» турецкого седла 12,5%. Причинами вторичного гиперпролактинемического гипогонадизма были гипотиреоз (12,7%), сиптом поликистозных яичников (32,7%), нейрогенные нарушения (21,8%), ятрогенные нарушения (12,7%), тиреотоксикоз (10,9%), сахарный диабет первого типа (1,8%), аденомиоз (7,3%).

Summary

The frequency of clinical and subjective manifestations of hyperprolactinemia in girls and women in reproductive period

A.V. Rzayeva, E.M. Aliyeva, İ.A. Sultanova, S.N.Veliyeva

The aim of the study was to investigate subjective and clinical manifestations, the frequency of pathologies with hyperprolactinemia in girls and women in the reproductive period. 71 girls and women with hyperprolactinemia in reproductive period were examined. It was determined that the frequency of secondary hyperprolactinemichypogonadism (hyper-PQ) was 77,5%, frequency of the primary hyper-PQ was 22,5%. The reasons of the primary hyper-PQ were functional disorders (62,5%), adenoma of cellaturcica (25%), the frequency of mycroprolactinemia was 12,5%, macroprolactinemia 6,25% adenoma of the thyreoid gland with the adenoma of pituitary gland 6,25%, the syndrome of the “empty”cellaturcica 12,5%. The reasons of the primary hyper-PQ were hypothyroidism (12,7%), the syndrome of the polycysctic ovarian 32,7%, neyrogenic disorders (21,8%), iatrogenic (12,7%), thyrotoxicosis (10,9%), diabetes (1,8%), adenomyosis (7,3%).

Daxil olub: 17.01.2018

BİOSTİMULLAŞDIRILMIŞ ƏZVAY YARPAQLARININ EKSTRAKTI VƏ POLİSAXARİDLƏR MƏCMUSU ƏSASINDA KREMİN HAZIRLANMASI VƏ BƏZİ KEYFİYYƏT GÖSTƏRİCİLƏRİNİN ÖYRƏNİLMƏSİ

M.N. Vəliyeva, S.C. Mehralıyeva, Ü.E.Məhərrəmli

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: əzvay ekstraktı, emulsion *krem, termostabillik, damcıdüşmə temperaturu*

Ключевые слова: экстракт алоэ, эмульсионный крем**,** температура каплепадения

Key words: aloe extract, emulsion cream*, thermal stability, dropping point*

Müasir dövrdə ətraf mühitin ekoloji çirklənməsi, stres situasiyası, hipodinamiya, qeyri-sağlam qidalanma insan orqanizminin immunitetinin aşağı düşməsinə səbəb olmuşdur. Bu baxımdan, xəstəliklərin sayının sürətlə artmasının qarşısını almaq üçün yüksəkkeyfiyyətli adaptogen və immunostimulyasiyaedici dərman vasitələrinin işlənib hazırlanması əczaçılıq texnologiyasının aktual problemlərindən hesab edilir.

Tibb təcrübəsində biogen stimulyator kimi bitki və heyvan orqanizmlərindən, mineral mənşəli xammallardan istifadə edilir. Bunlardan bitki məşəli biostimulyatorlar, xüsusilə də ağcabənzər əzvay, lələkli kalanxoy, tozağacı göbələyini qeyd etmək olar. Çoxillik sukkulent bitki olan əzvay yarpaqlarından alınan

maye ekstrakt, liniment, şirə, şərbət və tablet artıq uzun illərdir ki, təbabətdə imminostimulyasiyaedici dərman vasitələri kimi işlədilir. Biogen stimulyatorların farmakodinamikası metabolik, bioenergetik proseslərin intensivliyinin artmasını təyin edir, nəticədə fermentlərin fəallığına təsir göstərir. Biogen stimulyatorlar hipotalamus-hipofiz-böyrəküstü vəzin qabıq maddəsini, çəngələbənzər vəzi, mədəaltı vəzi və s. sistemin funksiyasını gücləndirir [1,2,3,7].

Əzvayın əsas təsiredici maddələrinin antrasen törəmələri, floroqlüsidlər, karbohidratlar, proteidlər olmasına baxmayaraq, onun əlverişsiz şəraitdə saxlanılan zaman tərkibində əmələ gələn bioloji fəal maddələrin keyfiyyət və miqdarında baş verən dəyişikliklər hələ də dərindən öyrənilməmiş və maraqlı obyekt kimi dünyanın bir çox alimləri tərəfindən tədqiq edilməkdədir [7,8].

Son illər biogen stimulyatorlarla zəngin olan əzvayın müxtəlif növlərindən (*A. arborescens və A. vera*) dermatoloji xəstəliklərin və üz dərisinin vaxtından əvvəl qocalmasının qarşısının alınması üçün məlhəm, krem, gel, losyon və s. kosmetoloji vasitələrin işlənib hazırlanması həyata keçirilmişdir [1, 3].

Yuxarıda qeyd olunanları nəzərə alaraq, mövcud problemin aradan qaldırılması üçün Azərbaycanda becərilən əzvaydan alınan ekstrakt əsasında kremin hazırlanması qarşıya məqsəd kimi qoyulmuşdur.

Tədqiqatın *m*aterial və metodları. Tədqiqatın material və metodları *kimi ağacabənzər* əzvay (*A. arborescens*) ekstraktı, həqiqi əzvay (*A. vera*) yarpaqlarının polisaxaridlər məcmusundan ibarət fəal komponentlər və köməkçi maddələr (arı mumu, spermaset (setilpalmitat), lanolin, vazelin yağı, qliserin, zeytun, ərik, jojoba yağları, stearin turşusu, urea, propilenqlikol və b.) istifadə edilmişdir.

Dermatoloji kremin tərkibinin seçilməsinin elmi əsaslandırılması. Tərkibə daxil etdiyimiz *ağacabənzər əzvay* (*A. arborescens) ekstraktının*- üz dərisinə göstərdiyi müsbət təsir artıq uzun illərdir ki, klinikada sübuta yetirilmişdir. Bitkinin yarpaqlarında mürəkkəb efirlər, efir yağları, sadə üzvi turşular (alma, limon, kəhraba və s.), fitonsidlər, flavonoidlər, aşı maddələri, vitaminlər (A, B1, B2, B3, B6, B9, C, E), beta-karotin, aminturşular (qlisin, qlutamin, asparagin, əvəzolunmaz aminturşuları), polisaxaridlər (qlükomanan və asemanan), monosaxaridlər (qlükoza və fruktoza), antraqlikozidlər, antraxinonlar, allantoin, mikroelementlər (Se, Ca, K, Mg, Fe, Mn, P, Zn, Cu və b.), alkaloidlər, o cümlədən aloin vardır. Kosmetologiyada dərinin tipindən asılı olaraq əzvay onu dərindən təmizləyir, nəmləndirir və qidalandırır, bərpaedici, qoruyucu, cavanlaşdırıcı, dezodorasiyaedici və maddələr mübadiləsini normallaşdırıcı xüsusiyyətə malikdir. Kosmetologiyada əzvay əsasən sizanaq səpgilərinin müalicəsində və dermatitlərdə, dəri yaraları və ekzemalarda tətbiq edilir. Tərkibində olan liqnin, nəmlik və digər müalicəvi maddələrin hesabına əzvay dərinin dərin qatlarına qədər nüfuz edir. Əzvay ekstraktı hüceyrə səviyyəsində dərinin yeniləşdirmək qabiliyyətinə malikdir [3,7,8].

A*rı mumu* -piyəbənzər boz-sarı rəngli xarakterik iyli bərk kütlədir. Təbii emulqator və konservant kimi kremlərin tərkibinə daxil edilir. Mumun zəif emulsiyalaşdırıcı qabiliyyəti tərkibindəki sərbəst ali yağ turşularının olması ilə əlaqədardır. Arı mumu az miqdarda su ilə emulsiyalaşdırılır və hidrofil məhlul alınır. «Su/yağ» tipli krem konsistensiyasını nizamlamaq üçün mum 5-6% konsentrasiyada , «yağ/su» tipli kremlərdə isə 2-3 % olmaqla tərkibə daxil edilir. Mumun tərkibində həmçinin ali spirtlər, laktonlar, karotinoidlər, A vitamini, antibiotiklər, bakterisid maddələr, həmçinin aromatik, rəngləyici və digər maddələr vardır. Tərkibindəki A vitamini hüceyrələrin və dərinin epitel örtüyünün normal inkişafını təmin edir. Arı mumu yumşaldıcı, qidalandırıcı və iltihab əleyhinə xüsusiyyətlərə malik olub, müxtəlif dəri zədələnmələri zamanı sağalmanı sürətləndirir.

Spermaset (setil palmitat)- sintetik, bitki (palma yağı) və heyvan (kaşalotun beyni) mənşəli olur. Açıq havada spermaset dərhal bərkiyir, yumşaq, sarımtıl rəngli mumabənzər maddəyə çevrilir. Uzun illərdir ki, ondan məlhəm, şam, pomadaların hazırlanmasında istifadə edilir. Emulsiyanın stabilliyini artırır, örtük əmələgətirici xüsusiyyətə malikdir. Spermasetin əsas komponeneti setilpalmitatdır ($C_{15}H_{31}CO_2C_{16}H_{33}$), setil spirti və palmitin turşusunun mürəkkəb efiridir. Efir, asetonda, qaynar spirtdə yaxşı həll olur, suda həll olmur, ərimə tempetaturu 53-54°C-dir. Spermaseti dondurur və həlledicinin köməyilə filtrləyir və ya kristallaşdırırlar. Mumabənzər kütlə olan spermaset kremlərin tərkibində regenerasiyaedici, iltihabəleyhinə, yumşaldıcı, yarasağaldıcı təsir göstərir. Xırda qırışları aradan qaldırır, kollagen liflərini bərpa edir, dərinin qocalmasının qarşısını alır. Dərini dərindən nəmləndirir, hamarlandırır, asan sorulur. Günəş şüalarından baş verən ağrı hissini azaltmaq üçün tətbiq edilir.

Susuz lanolin- əsas kimi, həmçinin emulsiyalaşdırıcı vasitə və konservant kimi kremlərə daxil edilir. Lanolin tərkibinə görə insanın dərisinin yağına (xolesterin və izoxolesterin 25-33%) yaxın olduğundan ondan daha çox quru və yaşlanmış dəriyə qulluq üçün qidalandırıcı kremlərdə istifadə olunur [3, 4].

Kakao yağı - lubrikant (sürüşkənlik verən) xüsusiyyətə malik olduğu üçün kremlərdə 10%-ə kimi istifadə edilir. Açıq-sarı rəngli bərk kütlə olub, tərkibində antioksidant xüsusiyyətə malik E vitamini vardır. Eyni zamanda, kakao yağının tərkibi doymamış və doymuş yağ turşuları, o cümlədən olein, stearin, laurin, palmitin, linol, araxin turşuları ilə zəngindir. Unikal tərkibi hesabına kakao yağı dərinin yumşalmasını təmin edir, kollagenin əmələ gəlməsini sürətləndirir, dəriyə elastiklik verir, qırışları aradan qaldırır və qocalma prosesini ləngidir, regenerasiyaedici təsir göstərir [2, 3, 4].

Aloe vera bitkisinin yarpaqlarından alınan *polisaxaridlər məcmusu*- bitki polimerləri olan bu karbohidratlar şəkərlərdən və müxtəlif birləşmələrdən ibarətdir. Polisaxaridlər hüceyrəarası maddə olub, hüceyrə və toxumalar üçün tikinti materialı hesab edilir. Bu təbii immunstimulyatorlar hüceyrə membranını xəstəliktörədən bakteriya və viruslardan qoruyur. Eyni zamanda, polisaxarid örtüyü dəri səthinə paylanmaqla onun nəmlənməsini, qidalanmasını və UB- şüalardan qorunmasını təmin edir. Aloe vera polisaxaridləri immun sistemin hərəkətli hüceyrələrini-makrofaqları və sitokinləri fəallaşdırmaq qabiliyyətinə malikdir. Makrofaqların aktivləşməsi epidermisdə regenerasiya prosesini sürətləndirir, bununla da yaranın sağalmasını sürətləndirir.

Ərik yağı- tərkibi vitamin kompleksi (A, B, C, F), minerallar, linolen və olein turşuları ilə zəngin olub, iltihabəleyhinə, regenerasiyaedici, tonuslandırıcı, cavanlaşdırıcı təsirlərə malikdir. Xırda qırışları hamarlayır, dəriyə elastiklik verir, qıcıqlanma, qızartını aradan qaldırır, ona təravət verir, yumşaldır, nəmləndirir və onu qidalandırır. Asan paylanır və sorulur, epidermal baryeri bərpa edir. Ləkələri, səpkiləri, iltihabı aradan qaldırır, dərinin yağ mübadiləsini nizamlayır. Ərik yağı problemli dəri və quru dermatitdə, yaşlanmış dəridə, qarışıq tipli dəridə, uşaq dərisində və həssas dərilərdə gözəl vasitə kimi müsbət nəticə verir. Ərik yağı bəzi efir yağları (çobanyastığı və b.) ilə qarışdırılıb, dəridəki ləkələri aradan qaldırır, yorğunluğu götürür, qırışları hamarlayır. Uşaqlarda kəskin respirator xəstəliklərin profilaktikasında istifadə edilir. Təbii efir yağları ilə yaxşı həll olur. Verilmiş kompozisiyada ərik yağının konsentrasiyası 2% olduqda optimal effekt yaranır [3, 4].

Jojoba yağı –tərkibi monodoymamış yağ turşuları, kollagen, E vitamini, B qrupu vitamin kompleksi, aminturşularla zəngindir. Jojoba yağı adoptogen olub, iltihabəleyhinə, antioksidant, reparativ təsir göstərir; dərini yumşaldır, qidalandırır və nəmləndirir, hidrobalansı normaya salır, qırışları aradan qaldırır, yağlı parıltını tənzimləyir. Kimyəvi tərkibinə və xüsusiyyətinə görə spermasetə bənzəyir, oksidləşməyə davamlıdır, yüksək temperaturda stabildir ki, bu da onun müasir kosmetologiyada ən yaxşı lipid materiallarından olduğunu sübut edir. Bu tərkibdə onun konsentrasiyası 1% olduqda daha effektiv hesab edilir.

Zeytun yağının- tərkibində 83% olein turşusu, 10%-ə qədər linol turşusu, 10%-ə qədər doymamış yağ turşuları vardır.Yüksək müalicəvi xüsusiyyətlərə malikdir. Dərinin qıcıqlanmasının qarşısını alır. Xüsusilə, quru dərilər üçün effektivdir.

*Vazelin yağı- (*maye parafin)- aşağı istilik keçirmək qabiliyyətinə malik olub, çox kiçik porsiyalarda istiliyi ötürə bilir. Dərinin temperaturu isti parafin təbəqəsi altında 1,5-2°C-dən yuxarı qalxmır. Bu bərabərlik dərini qızdıraraq müxtəlif qarşılıqlı fizioloji reaksiyalara səbəb olur. Kapillyarların fəaliyyətinin dərhal artması regional mikrosirkulyasiya və limfa axınını gücləndirir. Əlbəttə ki, termiki stimulyasiya bütün dəri vəzinin işini aktivləşdirir. Bütün bunlar ona görə baş verir ki, parafin təbəqəsinin altında olan dəri güclü surətdə tərləyir, toksinlər dəri səthindən çıxır, orqanizmdə qan və limfanın sirkulyasiyası yaxşılaşır [3,4].

Qliserin- vasitənin komponenti kimi antiseptik, konservləşdirici xüsusiyyətə malik olub, epidermisin üst qatında maddələr mübadiləsini sürətləndirir, bu isə dəri məsamələrindən çirkin, yağın və toksinlərin azad edilməsini təmin edir.

Urea (sidik cövhəri)-dərini nəmləndirir, qoruyucu baryeri möhkəmləndirir, hüceyrələrin yeniləşməsini bərpa edir, digər inqrediyentlərin dəriyə keçməsini yaxşılaşdırır.

Propilenqlikol- qeyri-ionogen oksigensaxlayan yüksəkmolekullu birləşmədir. Krem, losyon, diş pastalarının resepturasında dəriyə olan adgezivliyi yüksəldir, dəriyə hamarlılıq xüsusiyyəti verir.

Hazırlanmış emulsion kremin bəzi fiziki-kimyəvi xüsusiyyətləri: damcıdüşmə temperaturu, termostabilliyi, kolloid stabilliyin təyini məlum farmakopeyalarda qeyd olunan metodikalar üzrə həyata keçirilmişdir [3-6].

Emulsion kremin tərkibinə daxil olan əzvayın sulu ekstraktının alınma texnologiyası ənənəvi metodika üzrə aşağıdakı kimi yerinə yetirilmişdir [1,3,8].

2 illik *A.arborescens* yarpaqları dərilir, qaynadılıb soyudulmuş su ilə yuyulur, qurudulur, folqaya bükülərək soyuducuda -10°C temperaturda 2 saat müddətində saxlanılır. Belə şəraitdə saxlanılan əzvay yarpaqlarında hüceyrənin həyat fəaliyyətinin aktivləşməsi nəticəsində xüsusi maddələr-biogen stimulyatorlar əmələ gəlir. Göstərilən müddət keçəndən sonra əzvay yarpaqları soyuducudan çıxarılır, tikanlardan azad edilir, 100qr olmaqla çəkilir, 0,5-0,1 mm ölçüdə xırdalanırıb, akustik gücü 550Vt, tezliyi 50-50Hz olan SMC 04 markalı konteynerə yerləşdirilir. Xammalın üzərinə təmizlənmiş su (1:3) əlavə edilir, ağzı kip bağlanıb və 20 dəq ərzində ekstraksiya aparılır. Bu müddət keçəndən sonra əzvayın alınmış sulu ekstraktı beltinqin köməyilə süzülüb standartlaşdırılır (pH-4,8; quru qalıq -1,87%, fenol birləşmələri, polisaxaridlər, aminturşulara aid müsbət reaksiya), əvvəlcədən hazırlanmış tünd rəngli şüşə flakonda qablaşdırılır. Termiki prosesə məruz qalmadığı üçün bu üsulla alınan ekstrakt əvvəlki nativ vəziyyətini saxlaya bilir.

A.vera yarpaqlarından polisaxaridlər məcmusunun alınması. Biostimul-laşdırılmış əzvay yarpaqları 100qr olmaqla xırdalanıb şirəsi ayrılır, 95%-li etil spirti ilə (1:3) polisaxaridlərin çökdürülməsi həyata keşirilir. Məhlulda ağ rəngdə çökmüş polisaxaridlər kağız filtrdən süzülərək ayrılır, otaq temperaturunda qurudulur (3%).

Alınmış nəticələr və onların müzakirəsi. Kremi hazırlamaq üçün 3 tərkibdən ibarət kompozisiya təklif edilmişdir (cədvəl 1).

Cədvəl 1
Biostimullaşdırılmış əzvay yarpaqlarından hazırlanan kremin tərkibi

Tərkiblər	Komponentlər
I tərkib	Emulsion kompleks (setilpalmitat-33,0qr, arı mumu-4qr, lanolin-5qr, kakao yağı-8,0qr, stearin turşusu-2,0qr, qliserin-5,0qr, vazelin yağı-10ml, propilenqlikol-3ml, təmizlənmiş su -30ml)-57,74qr, əzvay ekstraktı-30,5ml, polisaxaridlər məcmusu-1,5qr, ərik yağı-3ml, zeytun yağı-4ml, jojoba yağı-1 ml, urea-0,2qr, aromatizator-0,05ml, nipagin-0,02, nipazol-0,01, təmizlənmiş su -100ml-ə qədər)
II tərkib	Emulsion kompleks (vazelin-10,0qr, arı mumu-8qr, kakao yağı-6,0qr, qliserin-10,0qr, PQ-5ml, təmizlənmiş su 61ml)-75,0qr, əzvay ekstraktı-21ml, polisaxaridlər məcmusu -0,5qr, şaftalı yağı-3ml, aromatizator-0,05ml, təmizlənmiş su -100ml-ə qədər
III tərkib	Emulsion kompleks (arı mumu-10qr, lanolin-40qr, kakao yağı-10,0qr, qliserin-10,0qr, PQ-6ml, təmizlənmiş su 24ml)-68,43qr, əzvay ekstraktı-20,5ml, polisaxaridlər məcmusu -0,5qr, A vitamini-1ml, zeytun yağı-5ml, aromatizator-0,05ml, təmizlənmiş su -100ml-ə qədər

Hazırlanan II və III tərkibli kremlərin dəri səthində yayılması, su ilə yuyulması çətinlik törətdiyi və saxlanılan zaman kremin səthində təbəqələşmə əmələ gəldiyi üçün növbəti tədqiqatlarımızı I tərkibli emulsion krem üzərində həyata keçirdik.

Texnoloji prosesin gedişi:

TP 1. Avadanlıqların və komponentlərin hazırlanması

TP 2. Bitki xammalının hazırlanması

TP2.1 Biostimullaşdırılmış *A.arborescens* yarpaqlarının xırdalanması, ekstraktın alınması və standartlaşdırılması

TP2.2 Biostimullaşdırılmış *A.vera* yarpaqlarından şirənin alınması, polisaxarid-lərin çökdürülüb qurudulması

TP3. Emulsion kompleksin hazırlanması

TP3.1 Spermaset, arı mumu, lanolin, kakao yağı və stearin turşusunun əridilməsi (45-50°C)

TP3.2 Kütlənin soyudulub (20-22°C), təmizlənmiş suyun əlavə edilməsi

TP3.3 Kütlənin emulsiyalaşdırılması

TP 3.4 Kütləyə qliserin, vazelin yağı və propilenlikolun əlavə edilib qarışdırılması

TP4. Emulsion kremin hazırlanması

TP4.1 Emulsion kompleksə əzvay ekstraktının əlavə edilib qarışdırılması

TP4.2 Polisaxaridlərin suda həll edilib emulsion komplekslə qarışdırılması
TP4.3 Bitki yağlarının əlavə edilib kütlənin homogenləşdirilməsi
TP 4.4 Təmizlənmiş suda ureanın həll edilib homogen kütlə ilə qarışdırılması
TP 4.5 Aromatlandırıcı maddənin kütləyə əlavə edilib qarışdırılması
TP 5. Hazır məhsulun qablaşdırılması və keyfiyyət göstəricilərini təyin edilməsi

Fenol birləşmələri və polisaxaridlərin eynilik təyini. Hazırlanan kremdən 2 qr götürüldü, kimyəvi stəkana yerləşdirildi, üzərinə təmizlənmiş su əlavə edilib su hamamı üzərində 50-60°C temperaturda qızdırıldı və kağız süzgəcdən təmiz kolbaya süzüldü.

1. Alınan süzüntüdən 1 ml götürülüb sınaq şüşəsinə yerləşdirildi, üzərinə 1 ml 10%-li ammonyak məhlulu əlavə edildi, bu zaman sarı rənglənmə əmələ gəldi (fenol birləşmələri).
2. Məhluldan 1ml götürülüb üzərinə 1ml 95%-li etil spirt əlavə edildi, bu zaman pambığabənzər çöküntü əmələ gəldi (polisaxaridlər).
3. 2%-li ninhidrinin 95%-li etil spirtindəki məhlulu ilə reaksiya nəticəsində tədqiq olunan məhlulda göy-bənövşəyi rəng müşahidə edildi (aminturşuları).

Damcıdüşmə temperaturunun təyini. Hazırlanmış kremdən 0,1 qr götürülüb Ubellode termometrinin gilzasına yerləşdirildi və termometrin ucuna bərkidildi. Daha sonra içərisində qliserin olan kolba elektrik qızdırıcısı üzərinə qoyuldu. Həmin kolbaya içərisində dairəvi kəsilmiş filtr kağızı olan sınaq şüşəsi yerləşdirilildi. Sonra Ubellode termometri kolabanın dibinə və kənarlarına toxunmamaq şərti ilə ştativ vasitəsilə bərkidildi və damcıdüşmə temperaturu 2 dəfə ölçmə aparmaqla təyin edildi: $T= (T_1 + T_2)/ 2$; (42+44)/2= 43° C.

Termostabilliyinin təyini. Hazırlanmış kremdən 1qr götürülüb, çini kasaya yerləşdirildi və 60°C temperaturda termostata qoyuldu. 1 saat ərzində kremin stabil qalması, eynicinsli olması və təbəqələrə ayrılmaması müşahidə edildi.

Kolloid stabilliyin təyini. Tədqiq olunan kremdən 6 qr olmaqla sentrifuqanın plastik sınaq şüşələrinə doldurulur. Sonra sınaq şüşələri sentrifuqaya yerləşdirilir və 6000dövr/dəq sürətlə 5 dəq müddətində fırladılır. Mərkəzdənqaçma qüvvəsinin təsiri altında emulsion kremin tərkib hissələrinə parçalanıb-parçalanmaması yoxlanılır. Kremin təbəqələrə ayrılmaması onun kolloid stabilliyini sübut etdi.

Mikrobioloji təmizliyin təyini. Kremi 1:1 nisbətində fizioloji məhlulda həll edilməklə, 1:10,1:100, 1:1000 nisbətlərində durulaşdırılmışdır. Durulaşdırılmış əsas maddələrdən və hər bir durulaşmadan qidalı mühitlərə-ətli-peptonlu aqara, şəkərli aqara, 5%-li qoyun qanlı aqarına, Endo, saburo mühitlərinə əkilmişdir. Saburo mühiti olan petri kasası 28° C-də 7 sutka müddətində, digər kasalar isə 37° C-də 2 sutka müddətində termostatda inkubasiya olunmuşdur. 37°C temperaturda inkubasiya olunmuş kasalar 5 sutka müddətində 20-25°C-də otaq temperaturunda otaq şəraitində saxlanılmış (piqment əmələgətirmə və göbələk florasının inkişafı ehtimalına görə) və nəticələr qeyd edilmişdir. Məlum olmuşdur ki, şəkərli aqarda hazırlanmış krem isazə verilən həddə bakteriya koloniyası (1 qr preparatda 1000), həmçinin maya və kif göbələkləri (1 qr preparatda 100) olmuşdur. Bu da XI DF tələbinə uyğundur. Preparatda *Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus, Enterobasteriaceae* fəsiləsindən olan bakteriyaların olmadığı müəyyən edilmişdir.

pH-ın təyini. Hazırlanmış kremdən 5 q çəkilir kimyəvi stəkana əlavə edib, üzərinə 50 ml təmizlənmiş su töküb, 50-60° C istiliyi olan su hamamı üzərində 15 dəqiqə müddətində qarışdırıldı. Alınan sulu çıxarış pambıqdan süzülür. Sonra pampıq su ilə yuyuldu. Potensiometr vasitəsilə kremdə pH-ın 6,0-ya bərabər olduğu müəyyən edildi (cədvəl 2).

Cədvəl 2

Biostimullaşdırılmış əvzay yarpaqlarından hazırlanan kremin əsas keyfiyyət göstəriciləri

Göstəricilərin adı	Keyfiyyət normaları
Təsviri	açıq-sarımtıl rəngli, spesifik iyli, yumşaq kütlədir
pH göstəricisi	6,0
Termostabillik	stabildir
Kolloidal stabillik	stabildir
Damcıdüşmə temperaturu	43° C
Eynilik təyini	1. 10%-li NH3 məhlulu ilə sarı rənglənmə 2. 1%-li ninhidrinin 95%-li spirtdəki məhlulu ilə bənövşəyi rənglənmə 3.95%-li etil spirti ilə ağ rəngli çöküntü
Mikrobioloji təmizliyi	XI DF-ə uyğundur

Beləliklə, Azərbaycanda becərilən A. arborescens və A.vera bitkilərinin biostimullaşdırılmış yarpaqlarından alınan ekstrakt və polisaxaridlər məcmusu əsasında, əlverişli texnoloji üsulla hazırlanan unikal tərkibli krem yarasağaldıcı, regenerasiyaedici, bakterisid, antioksidant, iltihab əleyhinə təsirə malik, həmçinin dəriyə qidalandırıcı, yumşaldıcı, stimullaşdırıcı effekt göstərən vasitə kimi gələcəkdə yerli əczaçılıq sənayesində istehsal edilə bilər.

ƏDƏBİYYAT

1. Əczaçılıq texnologiyası: Dərmanların sənaye texnologiyası. Vəliyeva M.N., Mehralıyeva S.C. Dərslik, I hissə, Bakı 2012, s.90-107
2. Kərimov Y., Süleymanov T., İsayev C., Xəlilov C. Farmakoqnoziya: Dərslik. Bakı, "Herba Flora" , 2010, s. 678
3. Vəliyeva M.N. Müalicəvi-kosmetoloji vasitələrin texnologiyası: Dərslik. Bakı, 2015, 286s.
4. Башура А.Г., Гладух Н.П. и др. Технология косметических и парфюмерных средств Учеб. пособие для студ. фармац. спец. высш. учеб. заведений/А. Г. Башу-ра, Н. П. Половко, Е. В. Тладух и др., Х.: Изд-во НФАУ: Золотые страницы, 2002, 272 с
5. Государственная фармакопея СССР: XI изд. Вып. 2. Общие методы анализа.М. Медицина, 1990, с. 150-151
6. ГОСТ Р 52343-2005 - Кремы косметические. Общие технические условия.
7. Олейников Д-Н. *, Зилфикаров 2 И.Н., Ибрагимов3 Т.А. Исследование химического состава алое древовидного (Aloe arborescens Mill.)/ Химия растительного сырья. 2010. №3. С. 77-82
8. http://www.findpatent.ru/patent/244/2446852.html Матросов Николай Александрович (RU), Заярский Дмитрий Александрович (RU) Портнов Сергей Алексеевич (RU) Способ получения экстрактов

Xülasə

Biostimullaşdıılrmış əzvay yarpaqlarının ekstraktı və polisaxaridlər məcmusu əsasında kremin hazırlanması və bəzi keyfiyyət göstəricilərinin öyrənilməsi

M.N. Vəliyeva, S.C. Mehralıyeva, Ü.E.Məhərrəmli

Azərbaycanda becərilən A. arborescens və A.vera bitkilərinin biostimullaşdırılmış yarpaqlarından alınan ekstrakt və polisaxaridlər məcmusu əsasında regenerasiyaedici, iltihabəleyhinə, antioksidant, reparativ, stimuləedici effektə malik yeni tərkibli emulsion krem (emulsion kompleks (setilpalmitat-33,0qr, arı mumu-4qr, lanolin-5qr, kakao yağı-8,0qr, stearin turşusu-2,0qr, qliserin-5,0qr, vazelin yağı-10ml, propilenqlikol-3ml, təmizlənmiş su -30 ml)-57,74qr, əzvay ekstraktı-30,5ml, polisaxaridlər məcmusu-1,5qr, ərik yağı-3ml, zeytun yağı-4ml, jojoba yağı-1 ml, urea-0,2qr, aromatizator-0,05ml, nipagin-0,02, nipazol-0,01, təmizlənmiş su -100ml-ə qədər) hazırlanmışdır. Kremin bəzi keyfiyyət göstəriciləri: damcıdüşmə temperaturu, termo- və kolloidal stabilliyi, pH göstəricisi, eyniliyi, mikrobioloji təmizliyi öyrənilmiş və standartlara cavab verdiyi müəyyən edilmişdir.

Summary

Preparation of cream and some quality indicators on breeding breedible extraction extract and polysawarians

M.N. Veliyeva, S.J.Mehraliyeva, U.E.Meherremli

An emulsion complex (regenerative, anti-oxidant, reparative, stimulating effect, emulsion complex (cetylpalmitate-33,0qr, bee wax-4qr, lanolin-4)) on the basis of extracts and polysaccharides derived from biostimulant leaves of A. arborescens and A.vera plants cultivated in Azerbaijan 5qr, cocoa butter-8,0qr, stearic acid-2,0qr, glycerin-5,0g, petroleum jelly-10ml, propylene glycol-3ml, purified water -30 ml) - 57,74gr, peptic extract-30,5ml, polysaccharides 1.5g of apricot oil - 3ml, olive oil - 4ml, jojoba oil - 1 ml, urea - 0.2g, aromatizer - 0.05ml, nipagin - 0.02, nipazol - 0.01, purified water - 100ml). Some of the quality indicators of the cream: drip temperature, thermo- and colloidal stability, pH value, uniformity, microbiological cleanliness have been studied and meet the standards.

Daxil olub: 24.01.2018

VEZİKO VAGİNAL FİSTULA LƏĞVİ ƏMƏLİYYATLARININ NƏTİCƏLƏRİ

S.B. İmamverdiyev, E.Y. Binnətova
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: ginekoloji travmalar, veziko-vaginal fistullar, fistulların ləğvi yolları, transvaginal fistula ləğvi.
Ключевые слова: гинекологические травмы, везико-вагинальных фистул, трансвезикальный фистулопластика .
Key words: gynecological injuries, vesicovaginal fistulas, repair of vesicovaginal fistulae, transvesical approach.

Veziko vaginal fistulalar (VVF) qadınların psixoloji vəziyyətinə, ailə və iş həyatına ciddi təsir göstərən sağlıq problemi olaraq qalmaqdadır. VVF-ın konservativ müalicəsi az hallarda kiçik ölçülü fistullarda fibrin yapışdırıcılar, 30 gün müddətində sidik kisə drenajinin qoyulması və elektrokoaqulyasiya ilə, cərrahi müalicəsi isə transabdominal (ekstraperitoneal transvezikal, transperitoneal), transvaginal və kombinə olunmuş şəkildə mümkündür. Proksimal yerləşmiş mürəkkəb fistullarda peritoneal loskutdan, distal yerləşmiş mürəkkəb sağalmayan fistullarda Matrius loskutundan istifadə olunması məsləhət görülür. Eilber KS və məsləkdaşları (2003) 207 xəstədə apardığı transvaginal fistulorafiyalardan sonra toxuma interpozisiyasından istifadə edərək müxtəlif nəticələr əldə ediblər. Belə ki, periton loskutundan istifadə edərək 90%, Matrius loskutundan istifadə edərək 97%, Labial loskutdan istifadə edərək isə 33% sağalmağa nail olublar. Müəlliflər hesab edirlər ki, periton loskutundan istifadə etmək daha az travmalıdır və residiv fistullarda daha məqsədə uyğun sayıla bilər. Evans D.H.(2001) ginekologi mənşəli fistullarda toxumaların interpozisiyası aparılmadan 63% sağalma əldə etmişdir [1,2,3,4,5,].

Onu da qeyd etməliyik ki, ATU-nun urologiya kafedrasında fistula ləğvi əməliyyatlarında heç bir loskutdan istifadə etməmişik. Veziko-vaginal fistulların müalicəsində əsas məqsəd sidiyin axmasını aradan qaldırmaqla bərabər, sidik -cinsiyyət orqanlarının funksiyalarını bərpa etməkdir. Bu əməliyyatlar zamanı rast gəlinən vaginal stenoz və qısalmanın cinsi pozğunluq meydana gətirəcəyi düşünülsə də, aparılan elmi araşdırmalarda fistula təmirinin cinsi həyatı artırdığı və sosiyal problemləri azaltdığı qeydə alınmışdır. Əməliyyatdan sonrakı cinsi fəaliyyət baxımından transvaginal və transvezikal yolla girişlərin üstünlüyü barədə dəqiq məlumat yoxdur [6,7,8,9,10].

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqat işimizə 2005-2017-ci illər ərzində ATU-nun urologiya kafedrasının bazası olan Respublika kliniki xəstəxanasının urologiya şöbəsində veziko vaginal fistula ləğvi əməliyyatı icra olunmuş 53 xəstə daxil olunmuş və xəstələrdən 24 nəfərinə transvaginal, 29 nəfərinə transvezikal girişlə cərrahi əməliyyat icra olunmuşdur. Xəstələrin yaşı ortalama 45,3±1,4 (min-21, max-68) olmuş, 8(15,1 ±4,9%) xəstədə sidik kisəsində daş, 5 (9,4 ±4%) xəstədə sidik axarı mənsəbləri fistulaya çox yaxın olduğu üçün hidronefroz müşahidə olunmuş, qadınların 15 (28,3±6,2%) nəfərinin anamnezində bizim əməliyyata qədər VVF ləğvi əməliyyatı olduğu aşkarlanmışdır. Elmi araşdırmamıza əsasən uşaqlığın artımlarla birlikdə ekstripasiyası 21(39,6±6,7%), uşaqlığın amputasiyası 17 (32,1±6,4%) xəstədə, Kesariyyə əməliyyatı 7 (13,2±4,7%), ən çox rast gəldiyimiz yatrogen səbəblərdir. Bizim müşahidəmiz göstərir ki, ginekoloji əməliyyatlar zamanı sidik kisə zədələnmələrinin rast gəlmə faizi yüksəkdir. Əsas müayinə metodu olaraq sistoskopiya, görüntülü uretrosistoskopiya, sidik kisəsinə rəngli mayenin vurulması, vaginal baxış, vağinal baxış zamanı xəstələrə dəmir kateterlə click test icrası aparılmışdır. Bütün xəstələrədə əməliyyatdan əvvəl fistulanın yerləşməsi, ölçüsü, sayı sidik axarlarına münasıbəti müəyyən olunaraq supratriqonal-triqondan 3,0 sm. yuxarı 29 (54,7±6,8%) xəstədə, triqonətrafı, sidik axarı mənsəblərindən 2,0-2,5 sm. məsafəyə qədə aralıda və subtriqonal- 24 (45,3±6,8%) xəstədə olduğu müəyyən olunmuşdur. Fistulların sayına yerləşməsinə axarlara olan münasibətinə görə cərrahi əməliyyatın girişi seçilib və əməliyyatın transvezikal, transvaginal, kombinə və transperitoneal bərpasına ehtiyac olduğu müəyyənləşib. Xəstələrin cərrahi əməliyyatına sərf olunan zaman 164,0±11,6 (min-7, max-540) dəqiqə, ümmi yatış müddəti 21,2 ±1,2(min-11,max-62) gün, əməliyyatdan sonrakı yatış dövrü isə 16,6±1,1(min-5,max-54) gün olmuşdur. Əməliyyatlarda sidik kisəsinin drenləşdirilməsi iki cür aparılmışdır. Anamnezində uretral kateterə qarşı reaksiyası olan xəstələr və transvezikal VVF ləğvi icra olunan 18 (34,0%±6,5%) xəstəyə qasıqüstü drenaj, 35 (66,0%±6,5%) nəfərinə uretral drenaj qoyulmuşdur. Tikiş materialı olaraq 43 (81,1%±5,4%) xəstəyə yalnız uzun müddətə sorulan (Vikril №2/0, 3/0, 0), 10 (18,9%±5,4%) xəstədə isə sidik kisəsinə tikişlər qoyularkən xrom və sadə ketqutlardan (№ 2/0, 3/0) istifadə olunmuş, vaginaya qoyulan tikiş materialları isə Vikril № 0 olaraq seçilmişdir. Xəstələrdən 8 nəfərində sidik daşı xəstəliyi olmuş və bunlardan 2 nəfəri mexaniki litotripsiya, digər 6 nəfər isə VVF ləğvi ilə yanaşı sistolitotomiya olunmuşdur. Onu da qeyd edək ki, mexaniki litotripsiya olunan xəstələrə tansvaginal, sistolitotomiya icra olunan xəstələrə isə transvezikal VVF

ləğvi icra olunmuşdur. Xəstələrdən 3 (5,7%±3,2%) nəfərində sidik axarı mənsəbləri bilavasitə fistula yoluna açılmış və sistoneostomiya əməliyyatına ehtiyyac duyulmuşdur. Fistulası sidik axarı mənsəblərinə yaxın olan 4 (7,5%±3,6%) xəstədə sidik axarlarının zədələnməsinin qarşısını almaq üçün kateterizasiya aparılmışdır. Xəstələrdən 5 (9,4%±4,0%) nəfərinə fistula ləğvi ilə yanaşı olaraq xolesistoektomiya, hernioplastika əməliyyatları da icra olunmuşdur.

Əməliyyatdan sonrakı dövürdə sidik kisəsinin drenləşdirilməsini təmin etmək ən vacib şərtlərdən sayılır. Sidiklik 20 ya 22 №-l uretral kateterlə drenləşdirilir. Üç kanallı uretral kateterin qoyulması daha sərfəlidir ki, lazım olduqda sidikliyin irriqasiya olunması üçün yaxşı şərait yaransın. Uretral kateter adətən birinci fistularafiya icra olunanlarda 14 gün, residiv fistulası olanlarda 18 gün saxlanılır. Bəzi istisna hallarda kateter 24-25 sutka saxlanılmışdır.

VVF ləğvi əməliyyatlarından sonra sidik kisəsinin drenləşdirilməsi müəyyən hallarda ciddi məsələyə çevrilir. Bəzi xəstələr ginekoloji əməliyyatdan əvvəl xroniki tez-tez residiv verən sistitdən dəfələrlə müalicə almış olurlar. Onlar daimi kateterin saxlanmasına kəskin reaksiya verirlər. Belə xəstələrə gün ərzində 4-5 dəfə ağrıkəsici, spazmolitik, m-xolinolitik dərmanlar tətbiq olunsa da xəstələrdə rahatlıq yaratmaq mümkün olmur. Təcrübəmizdə iki xəstədə transvaginal fistuloplastikadan sonra daimi kateterə olan kəskin reaksiya nəticəsində residiv yarandı və təkrar əməliyyat aparmalı olduq. Xəstələrdən biri Qasımova Dilarə 39 yaşında, boy 168, kilo 78kq, BKİ-27,6 (artiq kilolu) uşaqlığın amputasiyasından sonra əmələ gələn fistulanın ləğvi transvaginal girişlə aparıldı. Qeyd olunmalıdır ki, bu xəstə keçirilən cərrahi əməliyyatdan əvvəl 3 il müddətində vaxtaşırı ildə 3-4 dəfə sistit diaqnozu ilə müalicə alırmış. Uşaqlığın amputasiyası əməliyyatından sonra fistula yaranmış və həmin əməliyyatı icra edən həkim tərəfindən transvezikal girişlə VVF ləğvi əməliyyatına məruz qalıb (ölkəmizin rayon mərkəzlərinin birində). Belə yanaşma kobud səhv sayılır. Bu əməliyyatdan sonra VVF sağalmır və xəstə 3 ay sonra bizə müraciət edir. Fistula uretranın xarici dəliyindən 7-8 sm dərinlikdə idi (çapıqlar arasında 1,7 sm dəlik) və özü sidiyə getmirdi-bütün sidik fistuladan xaric olurdu. Xəstəyə endotraxeal anesteziya altında transvaginal fistulaolastika əməliyyatı aparıldı. Əməliyyatdan sonra kateterə kəskin reaksiya olurdu. Tenezmlər xəstəni davamlı narahat edirdi və gün ərzində 3-5 dəfə ağrıkəsici, spazmolitik, sedativ dərmanlar və m-xolinolitik (vezikar 5) tətbiq olunmasına baxmayaraq dizurik əlamətlər qalırdı və ara bir kateterin yanından da xəstə güc verərək sidiyi xaric edirdi. 18 gündən sonra kateter xaric olundu. Kateteri xaric etməzdən əvvəl sidik kisəsinə 100 ml maye yeridildi (ondan artıq maye yeritmək mümkün deyildi- xəstə kəskin resksiya verirdi), nəticə olaraq fistula residivinin olmadığı təsdiq olundu. Kateter xaric olunduqdan sonra xəstədə dizurik əlamətlər davam etsə də fistulanın residivi üçün heç bir əsas yox idi. Xəstə evə yazıldıqdan 5 gün sonra sidiyinin qeyri iradi axması haqqında telefon vasitəsilə məlumat verdi. İcra etdiyimiz əməliyyatdan 3 ay sonra müayinə zamanı xəstədə 0,7sm. ölçüdə fistula müəyyən olundu. 23.10.2017 tarixində xəstədə vaginada daralma riskini nəzərə alaraq transvezikal VVF ləğvi əməliyyatı icra edildi. Uşaqlığın amputasiyası əməliyyatının çapığı qasıqüstü nahiyyədə köndələn idi. Biz əməliyyatı qasıqüstü boylama kəsiklə apardıq. Sidikliyin tədqiqi göstərirdi ki, Fistula sol sidik axarının 1,5 sm-liyindədir. Çapıqlar götürüldükdən sonra fistulanın ölçüsü 2,7sm idi. Uşaqlıq yolu və sidikliyə köndələn tikişlər qoyularaq əməliyyat qasıqüstü drenajla başa çatdırıldı. Xəstə əməliyyatdan sonrakı dövrü rahat keçirdi. Əməliyyatdan 15 gün sonra qasıqüstü drenaj 20 N-li boru. Sonra 18 N-li, o biri gün isə 16 N-li boru ilə əvəz olundu və 20 gündən sonra boru tam xaric olundu. Qasıqüstü yara uretradan kateter salınmadan bağlandı diurezi normallaşdı və xəstə 16.11.2017 tarixində sağalma ilə evə yazıldı.

Başqa bir müşahidə isə dizurik əlamətlərin və daimi kateterə olan reaksiyanın aparılan cərrahi əməliyyatın nəticəsinə mənfi təsir göstərməsinə dəlalət edir. Xəstə Abdullayeva Nazilə 51 yaşında 10.07.2017-ci ildə klinikaya qəbul olundu. 6 ay əvvəl uşaqlığın ekstripasiyası əməliyyatı keçirir və ondan 8 gün sonra vezikovaginal fistula yaranır. Müayinə zamanı xəstədə 2-ci dərəcəli piylənmə, BKİ-40,4 və 2-ci dərəcəli anemiya (Hb-80q/l) müəyyən olunur. Uşaqlıq yolunun ön divarında , uretranın xarici dəliyindən 6-7 sm. dərinlikdə çapıqlar içərisində 2,0 sm. həcmində fistula yolu müəyyən olunur. Özü sidiyə getmir, bütün sidik fistuladan axır. Anamnezinə görə son 4 ildə dəfələrlə sistit diaqnozu ilə müalicə alıbmış. Əməliyyata hazırlıq məqsədilə xəstəyə eyni qrup 300 ml eritrositar kütlə köçürüldü və 12.07.2017. ildə uşaqlıqdan keçməklə fistularafiya əməliyyatı icra olundu. Əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstənin daimi kateterə reaksiyası çox kəskin idi. Sutka ərzində 3-4 dəfə spazmolitik, ağrıkəsici, sedativ dərmanlar və m-xolinolitik olaraq vezikar 5mq. istifadə olunurdu. Xəstə rahatlıq duymurdu və 12 gün sonra kateteri xaric etməli olduq. Əməliyyatdan sonrakı dövr fistulanın ləğv olunmasına tam əminlik yaradırdı. Kateteri xaric etmədən əvvəl sidik kisəsinə 120 ml maye yeridilərək buna əmin olduq. Kateter xaric edildikdən sonra xəstə normal sidik xaric edirdi., amma dizurik əlamətlər davam edirdi və xəstə 40-50 dəqiqədən artıq sidiyi saxlaya bilmirdi. 26.07.2017 tarixində xəstə evə yazıldı və 1 həftədən sonra vezikovaginal fistula əlamətləri ilə bizə müraciət etdi. Xəstəyə m-xolinolitik, antibakterial , antianemik preparatlar və simptomatik müalicə davam etdirildi. Təkrar olaraq

xəstə klinikaya 21.09.2017. ildə qəbul olunaraq ümumi vəziyyətinin qənaətbəxş olmasını nəzərə alaraq 25.09.17 . ildə endotraxeal anesteziya altında qasıqüstü orta xətlə boylama kəsiklə sidiklikdən keçməklə fistularafiya əməliyyatı aparıldı. Qasıqüstü nahiyyədə uşaqlığın ekstripasiyasından sonra qalan Pfanenştil kəsiyinin çapığı var idi. Çapıqlardan keçməklə sidikliyi açmaq 2-ci dərəcəli piylənməsi olan qadında xeyli texniki çətinlik yaradırdı. Fistulanın sidikliyin arxa divarında çox dərinlikdə olması əməliyyatı xeyli ağırlaşdırırdı. Ona görə də sidikliyin divarı sidiklikdən, uşaqlıq yolunun divarı isə uşaqlıq yolundan qapandı. Sidik axarları fistulanın 1,5 sm –liyində idilər. Onlara sidik axarı kateteri yeridildi və fistularafiyadan sonra onlar xaric edildi. Sidiklik qasıqüstü yaradan drenləşdirildi (20 N-li boru ilə). Əməliyyatdan sonrakı dövr fəsadsız keçdi. Dizurik əlamətləri götürmək məqsədilə m-xolinolitik müalicəyə ehtiyyac qalmaqda idi. Görülən müalicəvi tədbirlər hesabına 4 saata kimi sidiyi saxlamaq səviyyəsinə nail ola bildik.

Başqa bir xəstənin müalicəsi son dərəcə mürəkkəb oldu və onun səbəblərinin şərh olunmasını lazım bildik., çünki düzgün cərrahi taktika seçilmədiyinə görə xəstə uzun müddət (5 il) iztirablı həyat yaşamalı olur və dəfələrlə uğursuz əməliyyata məruz qalır. Xəstə Novruzəliyeva Şərqiyyə 45 yaş, klinikamıza 31.10.2017-ci ildə qəbul olunub. Anamnezi: 2012.ilin may ayında Xaçmaz şəhərində uşaqlığın ekstripasiyası əməliyyatına məruz qalır. Əməliyyatdan sonra uşaqlıq yolundan təkrarlanan qanaxma olduğuna görə Təbriz şəhərinə (İran İR) gedir və ginekoloji müayinədən sonra xəstəyə deyilir ki, sidikliyin altında 5-6 sm həcmində şişkinlik var və ona yenidən əməliyyat aparmaq lazımdır. Qadın Bakıya qayıdır və onu əməliyyat etmiş həkimin iştirakı ilə Bakı şəhərinin özəl xəstəxanalarının birində 2012-ci ilin oktyabr ayında (ilk əməliyyatdan 5 ay sonra) uşaqlıq yolundan keçməklə təkrar əməliyyata məruz edilir (spinal anesteziya ilə). Xəstə 18 gün daimi kateter saxlayır və ondan sonra uşaqlıq yolundan sidik axmağa başlayır ki. formalaşmış veziko-vaginal fistula olması üzə çıxır. Xəstə 2013-cü ilin fevral ayında Bakı Uroloji Mərkəzə müraciət edir və endotraxeal narkoz altında sidiklikdən keçməklə fistularafiya əməliyyatı keçirir (əməliyyat 6 saat davam edir). Əməliyyat zamanı böyrəklərə stent salınır. Qasıqüstü yara qapanır və 22 gün xəstə daimi kateter saxlayır. Daha sonra kateter və stentlər xaric olunur, amma veziko-vaginal fistula bağlanmır- residiv fistula yaranır. 8 ay sonra yenə həmin xəstəxanada həmin operator tərəfindən endotraxeal anesteziya altında xəstəyə sidiklikdən keçməklə fistularafiya əməliyyatı aparılır (əməliyyat 6,5 saat davam edir). Sol sidik axarına stent salınmaqla qasıqüstü yara qapadılır. Daimi kateter 3 həftə saxlanılaraq xaric edilir. Stent də xaric olunur. Veziko-vaginal fistula bağlanmır, residivlə xəstə yaşamalı olur. Xəstə onu da təkidlə qeyd edir ki, fistularafiya əməliyyatına həm birinci, həm ikinci dəfə məruz qalandan sonra daimi kateteri saxlamaq onun üçün son dərəcədə əzab verici idi, tenezimlər, kəskin dizurik əlamətlər onu əldən salırdı, sutka ərzində dəfələrlə müxtəlif ağrıkəsici, spazmolitik dərmanlar istifadə olunsa da rahatlıq tapmırdı, çox əziyyət çəkirdi. Beləliklə qeyd olunan son əməliyyatdan 4 il sonra ağır mənəvi sarsıntılar yaşayan xəstə bizim klinikamıza qəbul olunmuşdu. Xəstəyə əvvəlcə ambulator olaraq müayinələr aparıldı, əməliyyata əks göstəriş olmadığından (HB-110q/l) 2.11.2017 tarixində endotraxeal anesteziya altında sidiklikdən keçməklə fistuloplastika əməliyyatı icra olundu. Qeyd olunmalıdır ki, xəstədə 1-ci dərəcəli piylənmə var idi, fistula uretradan 5-6 sm dərinlikdə, uşaqlığın ön divarında kobud çapıqlar arasında 2 sm həcmində idi. Xəstə özü sidik xaric etmirdi, bütün sidik fistuladan axırdı.

Əməliyyatın gedişı texniki çətinliklərlə başa gəlirdi. Nəzərə alınmalıdır ki, xəstə uşaqlığın ekstripasiyasını Pfanninştil (köndələn) kəsiyi ilə, iki dəfə isə sidiklikdən keçməklə fistuloplastika əməliyyatını qasıqüstü boylama kəsiklə keçirmişdi. Sidikliyin dərində (artıq kilolu BKİ 25,6) az hərəkətli, həcminin kiçik olması əməliyyatın gedişini ağırlaşdırırdı. Fistulanın təftişi göstərdi ki, fistula sol sidik axarıfistulanın kənarına açılır, sağ sidik axarı isə fistulanın kənarından 2 sm uzaqdır. Çapıq toxumalar götürüləndə fistulanın ölçüsü 3 sm çatırdı. Sol sidik axarının mənfəzi isə fistulanın divarının bir hissəsini təşkil edirdi. Belə olan halda fistulanın qapanması yalnız sidik axarının yerdıyişməsi hesabına başa gələ bilərdi. Ona görə də sidikliyin sol yan divarı mobilizə olundu. Əməliyyat zamanı çapıqlaşmış paravezikal sahədə hər hansı manipulyasiya mürəkkəb olduğu üçün qarın boşluğu açıldı və sidik axarının mobilizə olunması fəsadsız kontrol oluna bildi. Sol sidik axarı ekstravezikal (Qrequar üsulu ilə) antirefluks üsulu ilə sidikliyin sol yan arxa divarına stent üzərində köçürüldü. Bundan sonra isə sidiklik divarı sidiklikdən keçməklə 2/0 N-li vikrillə uşaqlıq yolu divarı isə vaginadan 1 N-li vikrillə qapadıldı. Sidiklik qasıqüstü nahiyyədən drenləşdirildi, periton qapandı, sol tərəfdə paravezikal sahə də drenləşdirildi. Əməliyyat 9 saat davam etdi, əməliyyatdan sonrakı dövr çox rahat keçdi. Paravezikal sahədən drenaj 5 sutka sonra xaric edildi. Sidikliyə qoyulan 20 N-li boru 16 gündən sonra ,16 N-li boru ilə əvəz olundu. Əməliyyatdan 24 gün sonra isə boru sidiklikdən xaric edildi. İlk iki gündə xəstə sidiyə gedərkən qasıqüstü yaradan az miqdarda sidik axını var idi. Əməliyyatdan 29 gün sonra isə qasıqüstü yara tam bağlandı və 09.12.17.-ci il tarixində xəstə evə yazıldı. Evə gedərkən xəstənin əsas şikayəti 1 saatdan bir sidiyi xaric etmək məcburiyyətində olması idi ki, buna müvafiq (m-xolinolitik) müalicə aparılırdı. 21.12.17-ci il tarixində vena daxilinə narkoz altında stent sol sidik axarından xaric edildi. Sonrakı

dövrdə sidikliyin tutumunu artırmaq üçün müalicə davam olunurdu. Xəstəyə son baxış 18.01.18-ci il tarixində oldu: özünü yaxşı hiss edir, sidiyini 3 saat saxlaya bilir, sidikliyin tutumunu artırmaq məqsədilə müalicə davam edir.

Beləliklə, qısaca təsvir etdiyimiz.son 3 xəstə barəsində məlumatlar göstərir ki, veziko-vaginal fistularafiya əməliyyatları xüsusi təcrübə tələb edərək fistulanın hansı səbəbdən əmələ gəlməsini, anamnezində tez-tez kəskinləşən xroniki sistit keçirməsini, sidikliyin tutumunun hansı səviyyədə olmasını diqqətdə saxlamağı tələb edir. Uretral kateterə xəstə tərəfindən kəskin reaksiya olan hallarda , sidiklik qasıqüstü nahiyyədən drenləşdirilməlidir ki, əməliyyatdan sonrakı dövr rahat keçə bilsin. Ginekoloji əməliyyatlardan sonrakı fistulalar sidik axarlarının bilavasitə yaxınlığında olduğundan müəyyən hallarda ureterosistoneostomiya aparılmaqla vezikovaginal fistulanı etibarlı qapatmaq imkanı yaranır. Bizim böyük təcrübəmizdə bu 3 (5,7±3,2%) xəstədə uğurla tətbiq olunub. Geniş uroloji cərrahiyyə praktikası olmayan həkimlərin veziko-vaginal fistularafiya əməliyyatı aparması məsləhət deyil. Yalnız xüsusi hazırlıq əldə edəndən sonra uğurlu nəticələr əldə oluna bilər ki, zədə almış qadın illərlə əziyyətli həyat sürməsin.

Qeyd etmək lazımdır ki, sidiklikdən keçməklə fistularafiya apardığımız xəstələrin beşində sidik axarlarının mənfəzi fistula yolunun çapıqlarından təmizləndikdən sonra, bilavasitə yanında , onun 2mm-liyində olmuşdu. Belə hallarda sidik axarına sidik axarı kateteri və ya ureteral stent salınaraq sidikliyin divarına tikişlər elə qoyulur ki, sidik axarı mənfəzi sıxılmasın. Dörd xəstədə hər sidik axarları kateterləşdirilərək transvezikal fistula təmiri icra olunub.

Nəticə: Transvezikal Fistula ləğvi icra olunan 29, tranvaginal tistula ləğvi icra olunan 24 xəstə yaxın və uzaq nəticələrə görə araşdırılmış, yaxın nəticələrdə 53 (100%) xəstədə sağalma əldə olunaraq residiv qeydə alınmamış, 2 (3,8±2,6%)-də sidik yolu infeksiyası olmuşdur. Xəstələr uzaq nəticələrə görə qiymətləndirilərkən 51 (96,2±2,6%) xəstədə sağalma qeyd olunaraq yaxşı, 2 (3,8±2,6%) xəstədə isə residiv aşkar olunaraq qeyri kafi kimi qiymətləndirilmişdir. Onu da qeyd edək ki, residiv aşkar olunan 2 xəstədən birinin anamnezində xroniki sistit əlaməti, və əməliyyatdan sonrakı dovürdə xroniki sistitin kəskinləşməsi qeyd alınmış, digərində isə kateterə qarşı kəskin reaksiyası olmuşdur. Sidikyolu infeksiyası olan xəstəyə sidiyin antibiotikoqramması əsasında konservativ müalicə təyin olunmuş və beləliklə 2(3,8±2,6%) nəfər qeyri kafi kimi qiymətləndirilən həmin xəstələrə transvezikal fistula ləğvi icra olunaraq 53 (100%) nəfərdə tam quruluq əldə olunmuşdur.

Nəzərə almaq lazımdır ki, fistulaplastika zamanı fərqli manipulyasiyalara, ureterosistoneostomiya, həm qasıqüstü nahiyyədən həm də vaginadan keçməklə -kombinə olunmuş əməliyyatlara ehtiyyac ola bilər. Ona görə də fistulaplastika əməliyyatını aparan həkimin cərrahi hazırlığının çox böyük əhəmiyyəti vardır.

Yekun: VVF bərpası əməliyyatlarında ən gözəl nəticə ilk əməliyyatda alındıgı üçün biz də öz xəstələrimizdə keçirilmiş cərrahi əməliyyatla fistulaplastika arasındakı zamanın ən az 3 ay olmasına diqqət etdik. Əməliyyatdan əvvəl bütün xəstələrdə fistulların ureterlərə münasibətini və yerləşməsini müəyyən edərək göstəriş olan xəstələrdə sidik axarlarının zədələnməsinin qarşısını almaq üçün sidik axarı stentləşməsi və ya kateterizasiyasını icra etdik. Fistula təmiri əməliyytları zamanı, gələcəkdə ola biləcək vagina darlığının və qısalmasının , toxuma çatışmazlığının qarşısını almaq üçün sidik kisə və vaginanı ayırarkən mümkün qədər toxumaları qorumağa, fistula kənarını incə rezeksiya etməyə çalışdıq. Tikişləri 3 qat - sidik kisəsinə, paravezikal toxumalara və vaginanın divarına qoyduq. Tikişlərin sidik kisə divarına qoyarkən selikli qişanın çevrilməməsinə əzələ qatı ilə örtülməsinə diqqət yetirildi, vaginaya tikişlər qoyarkən »U» şəkilli tikişlərdən istifadə olundu və lazın gələn nahiyyələrə uc –uca tikişlər qoyuldu. Əməliyyatdan sonrakı dövürdə yaranın birincili və infeksiyasız mühitdə sağalmasını təmin etmək üçün antibiotikoterapiya və antiseptiklərlə vaginanin sanasiyası aparıldı. Xəstələrdən 2 nəfərində ikinci dəfə icra etdiyimiz əməliyyatdan sonra sağalma əldə olundu. Fistuloplastika icra olunan butun xəstələrdə 100% sağalma qeydə alındı.

Beləliklə, bütün fistula əməliyyatlarının əsas prinsipi fistula kanalının çıxarılaraq toxumalarda normal qan dövranının bərpasına şərait yaratmaq, sidik kisə və vaginaya qoyulan tikişlərin su keçirməməsini təmin etmək, tikişlərin üst üstə düşməməsinə əməl etmək ,sidik kisə selikli qişasinin çevrilməsinin qarşısını alaraq onun selikaltı və əzələ qişasına qoyulan tikişlərlə örtülməsini təmin etmək və sidik kisəsinin drenə olunmasını təmin edərək infeksiyalaşma riski olmayan sahə yaratmaqdan ibarətdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Eric S., Rovner M.D. Urinary Tract Fistulae. Philadelphia: Elsevier Saundres: 2012.p.2223-2261.
2. Eilber K.S., et al. Ten year experiens with transvagynal fistula repair using tissue interposition //.J Urol., 2003, v.169, p.1033-6
3. Evans D.H. et al. İnterposition flaps in transabdominal fistula repairs:are they really necessary? // Urology, 2001, v.57(4), p.670-4.

4. Hong H.M. Vesicovaginal fistula repair using a transurethral pointed electrode // İnt. Neurourol J., 2010, p.65-8.
5. Morita T., Tokue A. Successful endoscopic closure of radiation İnduced vesicovaginal fistulae with fibrin glue and bovie collagen // J Urol, 1999, v.162, p.1689.
6. Mohr S., Brandner S., Mueller M.D., Dreher E.F. Sexual Function after vaginal and abdominal fistula repair // Am J Obstet Gyenecol., 2014, v.211, p.4
7. Nardos R., Browning A., Member B. Duration of bladder catheterization after surcery for obstetric fistula // Int J Gynaecol Obstet., 2008, v.103, p.30-3
8. Welp T., Bauer O., Deidrich K. Use of fibrin glue in vesico-vaginal fistulas after gynecologic treatment // Zentralbl Gynakol., 1996, v.118, p.430-432.
9. Shah S.J. Role of care vesicovaginal fistula fulguration in small vesicovaginal fistula // J Endurol, 2010, v. 24, p.1659-1660
10.İmamverdiyev S.B., Bахışov Ə. Uroginekologiya. Bakı, 2016.

Резюме

Результаты трансвезикального и трансвагинального подхода везиковагинальных фистул

С.Б. Имамвердиев, Э.Ю. Биннатова

Для принятия решения трансвагинального и трансвезикального подхода при оперативном лечении болных с везико-вагинальный фистулой необходимо проводит цистоскапию с целью точной верификации размера, локализации и число фистул. У больных,которым проведена фистулопластика, минимальные 2 период между операцией, ставшей причиной фистулы и фистулопластикой составил 3 месяца. 29 болных с супратригональным расположение фистулы было проведена операция трансвезикальная фистулопластика. У болных отмечалось 100% выздоровление. 24 болных с субтригональным расположение фистулы было проведена операция трансвагинальная фистулопластика. У болных отмечалось 100% выздоровление.

Summary

The results of the transvesical and transvaginal approach of vesicovaginal fistulas

S.B. İmamverdiyev, E.Y. Binnatova

We did cystoscopy for determination of possibility transvesical and transvagynal approach and tried to determine the localization, amount and the size of the fistulas in patients who had vesicovaginal fistul. We noticed that the period of first operation and transvesical fistulaplasty were at least 3 month. For 27 patients whose fistula was located suprathriqonaly we executed transvesical fistulaplasty. Patients were 100% recovered. For 32 patients whose fistula was located subtryqonaly we executed transvesical fistulaplasty. Patients were 100% recovered.

Daxil olub: 24.01.2018

UŞAQLARDA NEKROTİK ENTEROKOLİTİN FORMALAŞMASININ RİSK AMİLLƏRİNİN TƏHİLİ

S.C.İsmayılova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: nekrotik enterokolit, risk faktorları, erkən yaşlı uşaqlar
Ключевые слова: некротический энтероколит, факторы риска, дети раннего возраста
Keywords: necrotizing enterocolitis, risk factors, young children

Nekrotik enterokolit (NEK) yenidoğulma dövrünün xəstəliyi olub yüksək letallıq ilə səciyyələnir və çoxfaktorlu və mərhələli gedişi ilə fərqlənir [1,2,3].Bu patologiya yenidoğulanlara reanimasiya yardımının və ümumilikdə neonatologiyanın inkişaf etməsi ilə əlaqədar son onillikdə xüsusilə aktual məsələyə çevrilmişdir. Belə ki, tibbdə ekstremal az çəkili yenidoğulanlara göstərilən qulluğun vacib olması səbəbindən son illər NEK problemi xüsusi maraq doğurur [4,5,6]. Bu, yenidoğulanlarda ən ağır xəstəliklərindən biridir, çünki hədəf-orqan bağırsaqlardır.

Tədqiqatın məqsədi Bakı şəhərində uşaqlarda NEK-in yayılması səviyyəsinə, strukturuna və klinik gedişinə tibbi-sosial amillərin təsirinin öyrənilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Bakı şəhərində uşaqlarda NEK-in formalaşmasının risk amillərinin aşkar edilməsi üçün müayinə edilənlərin mamalıq və sosial anamnezi öyrənilməklə «hadisə-kontrol» tipi üzrə müşahidə-analitik epidemioloji müayinələr aparılmışdır. Bu zaman NEK olan uşaqların xəstələnmə səviyyəsinin (sosial-gigiyenik amillə bağlı olan) anaların sağlamlıq vəziyyətindən, hamiləliyin və doğuşların gedişindən, irsi meyllikdən, keçirilmiş virus və bakterial infeksiyalardan asılı olması nəzərə çarpmışdır. Uşaqların hamısı aşağıdakı qruplara bölünmüşlər: əsas qrupda - NEK olan 128 uşaq; kontrol qrupda – 64 sağlam yenidoğulan təşkil etmişdir. Alınan nəticələr aşağıdakı biometrik metodlarla işlənmişdir: orta ədədi kəmiyyət və Styudent və χ^2 meyarları.

Nəticələr və müzakirə. Bakı şəhərində uşaqlarda NEK-in formalaşmasının başlıca risk amilləri bunlardır: (83,6±3,2%), asfiksiya nəticəsində bağırsağın divarının işemiyası (68,8±4,1%), I trimestrdə hamiləliyin pozulması təhlükəsi (57,8±4,4%) – o, yalnız əsas qrupdan olan uşaqlarda qeydə alınmışdır. Bununla əlaqədar olaraq, həddindən artıq yarımçıq doğulanlarda nekrozlaşan enterokolitin erkən diaqnostikası cərrahi mərhələlərin profilaktikasının vaxtında aparılması, həmçinin bu xəstəliyin ağırlaşmalarının inkişaf etməsi ehtimalının qarşısının alınması üçün olduqca vacibdir (cədvəl 1).

Cədvəl 1

Bakı şəhərində uşaqlarda NEK-in formalaşmasının risk amilləri

Əlamət	Əsas qrup (n=128)		Kontrol qrup (n=64)		p
	müt.	%	müt.	%	
Yarımçıq doğulma	107	83,6±3,2	-	-	-
Asfiksiya nəticəsində bağırsağın divarının işemiyası	88	68,8±4,1	-	-	-
Perinatal dövrdə hipoksiya vəziyyəti	36	28,1±3,9	3	4,6	p<0,05
İmmunitetin və qastrointestinal funksiyanın inkişaf etməməsi	53	41,4±4,3	-	-	-
Bağırsağın patogen mikroflora ilə bakterial kolonizasiyası	31	24,2±3,8	-	-	-
Hemodinamik əhəmiyyətli açıq aorta axacağı	28	21,9±3,7	-	-	-
Dölün inkişafının ləngiməsi	62	48,4±4,4	7	10,9±3,8	- p<0,05
Feto-plasentar çatışmazlıq	59	46,1±4,4	4	6,2	p<0,05
Müxtəlif dərəcəli preeklampsiya	47	36,7±4,2	8	12,5	p<0,05
Vaxtındanqabaq doğuşların yaranması təhlükəsi	39	30,5±4,1	-	-	-
I trimestrdə hamiləliyin pozulması təhlükəsi	74	57,8±4,4	-	-	-
Anemiya	33	25,8±3,8	5	7,8	p<0,05
Stress amillərinin təsiri	25	19,5±3,5	8	12,5	p<0,05
Qidalanma rejiminə riayət edilməməsi	21	16,4±3,2	4	6,3	p<0,05
Süni bəsləmə	37	28,9±3,9	5	7,8	p<0,05
İrsi meyillik	15	11,7±2,8	3	4,7	p<0,05
Keçirilmiş virus və bakterial infeksiyalar	19	14,8±3,2	2	3,1	p<0,05

Hamiləlik vaxtı aşağıdakılar qeydə alınmışdır: dölün inkişafının ləngiməsi (əsas qrupda- 48,4±4,4%, kontrol qrupda- 10,9%), feto-plasentar çatışmazlıq (əsas qrupda- 46,1±4,4%, kontrol qrupda- 6,2%, p<0,05); müxtəlif dərəcəli preeklampsiya (əsas qrupda-36,7±4,2%, kontrol qrupda- 12,5%, p<0,05); anemiya (əsas qrupda- 25,8±3,8%, kontrol qrupda-7,8%, p<0,05), keçirilmiş virus və bakterial infeksiyalar (əsas qrupda 14,8±3,2%, kontrol qrupda-3,1%, p<0,05). İrsi meyllilik əsas qrupda 11,7±2,8% halda, kontrol qrupda-4,7% halda qeydə alınmışdır (p<0,05). Tamamilə aydındır ki, maddi vəziyyət uşaqlarda NEK-in formalaşmasına birbaşa təsir edə bilməz, onun təsiri bir sıra məlum amillər vasitəsilə baş verir. Onların arasında aşağıdakıları qeyd etmək olar. Ailədə maddi vəsaitin çatmaması qida rasionunun kasadlaşmasına gətirib çıxarır, qidanın kaloriliyi kafi deyildir, o, vitamin və minerallarla zəngin deyildir, halbuki onlar orqanizmin immun sistemin inkişaf etməsi üçün lazım olan başlıca struktur komponentləridir. Belə ailələrdə psixi-emosional gərginlik çox yüksəkdir ki, bu da Bakı şəhərində uşaqlar arasında NEK-in inkişafını stimulyasiya edə bilər. Göründüyü kimi, deyilənlər onun səbəbidir ki, ailələrdə qeyri-əlverişli maddi durum

göstəricisi NEK olan uşaqlar arasında yüksəkdir, nəinki kontrol qrupda olan uşaqlar arasında- müvafiq olaraq 27,3±3,9 və 17,2±4,7% (t=4,29; p<0,001). Halbuki ailələrdə əlverişli maddi durum göstəricisi birincilər arasında aşağıdır və uşaqların ikinci qrupu arasında yüksəkdir - 15,6±3,2 və 26,6±5,5% (t=4,74; p<0,001) (cədvəl 2).

Cədvəl 2

Uşaqlar arasında NEK-in yayılmasında əhəmiyyət daşıyan sosial-epidemioloji amillərin qiymətləndirilməsi

Amillər	Əsas qrup (n=128)		Kontrol qrup (n=64)		Fərqin dürüstlüyü	
	müt.	%	müt.	%	t	P
Maddi durum: -qeyri- əlverişli	35	27,3±3,9	11	17,2±4,7	4,29	<0,001
-nisbətən əlverişli	39	30,5±4,1	21	32,8±5,9	0,76	>0,05
- əlverişli	20	15,6±3,2	17	26,6±5,5	4,74	<0,001
-müəyyən edilməmişdir	34	26,6±3,9	15	23,4±5,3	1,50	>0,05
Mənzil şəraiti: - qeyri-qənaətbəxş	44	34,4±4,2	17	26,6±4,7	3,02	<0,01
- qənaətbəxş	49	38,2±4,3	22	34,4±5,9	1,30	>0,05
-yaxşı	17	13,3±2,9	13	20,3±5,1	3,46	<0,001
- müəyyən edilməmişdir	18	14,1±3,1	12	18,7±4,9	2,10	<0,05

Ailələrin qeyri-əlverişli maddi durumu, bir qayda olaraq, onların qeyri-qənaətbəxş mənzil şəraiti ilə birlikdə rast gəlir. Ona görə də, bu iki amil sağlamlığın komponentlərinə kompleks mənfi təsir göstərir. Təsadüfi deyildir ki, NEK olan uşaqlar qeyri-qənaətbəxş mənzil şəraiti olan uşaqlarda daha çox aşkar edilir, nəinki kontrol qrupda olan uşaqlarda- müvafiq olaraq 34,4±4,2 və 26,6±4,7% (t=3,02; p<0,01). Və əksinə, onların sayı ikincilərlə müqayisədə qənaətbəxş mənzil şəraitində yaşayan ailələrdə azdır - 13,3±2,9% və 20,3±5,1% (t=3,46; p<0,001).

Cədvəl 3

Uşaqlarda NEK-i təhrik edən sosial amillər

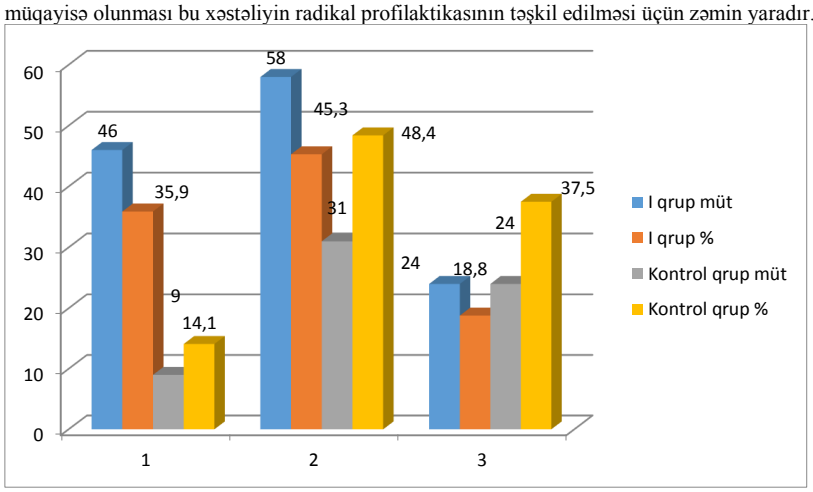
Sosial amillər	Sosial amillərin rastgəlmə tezliyi				Fərqin dürüstlüyü	
	Kontrol qrup (n=64)		Əsas qrup (n=128)			
	müt.	%	müt.	%	χ^2	p
Aşağı maddi durum	8	12,5±4,2	68	53,1±4,4	30,12	<0,01
Qeyri-qənaətbəxş mənzil-kommunal şərait	10	15,6±4,6	26	20,3±3,5	0,45	>0,05
Çoxuşaqlı ailələr	9	14,0±4,3	51	39,8±4,3	18,67	<0,01
Natamam zülal-karbohidratlı qidalanma	7	10,9±3,9	70	54,7±4,4	34,34	<0,01
Ailələrin mədəni-gigiyenik səviyyəsində çatışmazlıqlar	6	9,4±3,8	20	15,6±3,2	2,32	>0,05
Orqanizmin müdafiə funkksiyalarının yüksəldilməsi üzrə tədbirlərə əhəmiyyət verilməməsi	7	10,9±3,9	57	44,5±4,4	27,54	<0,01
Tibb müəssisələrinə aşağı səviyyədə müraciətlər	12	18,7±4,9	27	21,1±3,6	2,08	>0,05
Özünümüalicə formalarına üstünlük verilməsi	8	12,5±4,2	66	51,6±4,4	29,32	<0,01
Kütləvi və ucuz dərmanların istifadə edilməsi	10	15,6±4,6	59	46,0±4,4	29,18	<0,01
Ailədə stress amillərinin olması	5	7,8±3,4	24	18,8±3,5	3,55	>0,05
Sosial amillərin müxtəlifliyi	13	20,3±5,0	34	26,6±3,9	0,62	>0,05

Epidemioloji tədqiqatlar NEK-in nə qədər sosial asılı xəstəlik olmasını inandırıcı şəkildə göstərir. Lakin böyük sayda sosial amillərin xəstəliyin inkişafına, uzunmüddətli gedişinə təsir dərəcəsi və onun müalicəsinin aşağı effektivliyi kifayət qədər açıqlanmamışdır. Müayinə olunan pasiyentlərin valideynləri ilə dəfələrlə

ünsiyyətdə olmaqla, epidanamnezi həyata keçirməklə biz sosial amillər üzrə müvafiq materialı da toplamışıq ki, aparılan təhlil onları 2 qrupa bölməyə imkan vermişdir: Bakı şəhərində uşaqlarda NEK-lə xəstələnməni təhrik edən və əksinə, bu xəstəliyə mane olan amillər. Təbii ki, hazırkı tədqiqat işinin çərçivəsində qeydə aldığımız sosial amillərin hamısını öyrənmək və təhlil etmək praktik olaraq mümkün deyildir. Daha yaxşı qavramaq üçün biz sosial amilləri ortalamış, müayinə olunanların və ümumilikdə onların ailələrinin sosial həyatının bu və ya digər tərəflərini maksimal tam səciyyələndirən müxtəlif anlayışlara bölmüşük. Hər şeydən əvvəl uşaqlarda NEK-lə xəstələnməni təhrik edən amillər üzərində dayanaq (cədvəl 3).

Cədvəldə təqdim edilmiş müayinə olunan pasiyentlərin və onların ailələrinin sosial həyatının spesifikliyini daha tam əks etdirən ortalanmış, bərabərləşdirilmiş 11 sosial amil müayinə olunanların hər iki qrupları üzrə sıx paylanmışdır. NEK olan uşaqların müayinə olunan ailələri arasında sosial amillər 2 qrupa bölünür. Birinci qrupa rastgəlmə tezliyi kontrol qrupdakı şəxslər arasında olduğu kimi eyni olan amillər, məsələn, qeyri-qənaətbəxş mənzil-kommunal şəraiti, ailələrin mədəni-gigiyenik səviyyəsində çatışmazlıqlar, tibb müəssisələrinə aşağı müraciətlər, ailədə stress amillərinin olması daxildir - 15,6±3,2-dən 20,3±3,5%-ə qədər (χ^2=1,72; p>0,05). Eyni zamanda bu pasiyentlər arasında 2-ci qrup amillər açıq-aydın üstünlük təşkil edir (χ^2=7,18; p<0,01)- ailələrin aşağı maddi durumu, onların çoxuşaqlı olması, natamam zülali-karbohidratlı qidalanma, orqanizmin qeyri-spesifik müdafiə funksiyalarının yüksəldilməsi üzrə tədbirlərə (immunkorrektorlar, vitaminlər, minerallar) əhəmiyyət verilməməsi, xəstəliklərin özbaşına müalicəsinə üstünlük verilməsi, bu zaman kütləvi və ucuz müalicə vasitələrinin istifadə olunması- 39,8±4,3-dən 54,7±4,4%-ə qədər (χ^2=2,46; p>0,05). Bundan başqa, müayinə olunanların 1-ci və 2-ci qruplarında sosial amillərin rastgəlmə tezliyinin müxtəlifliyi üzündən onları konkretləşdirmək mümkün olmamışdır- müvafiq olaraq 20,3±5,0 və 26,6±3,9% (χ^2=0,57; p>0,05). Ümumilikdə uşaqlar arasında NEK-i təhrik edən sosial amillər aşağıdakı qalxan zəncir şəklində düzəmlənir. Onların əsasında maddi durum və onunla qarşılıqlı şəkildə bağlı olan çoxuşaqlılıq, natamam zülali-karbohidratlı qidalanma, onun vitamin və mineral əlavələrlə zəngin olmaması, maddi vəziyyətlə əlaqədar olaraq kütləvi, ucuz dərmanlardan istifadə etməklə özbaşına müalicəyə üstünlük verilməsi durur.

Sosial amillərin bütün qruplarının (epidemioloji müayinələrə görə, biz onları NEK-in yayılmasını məhdudlaşdıran amillər kimi təsnif etmişik) kontrol qrupdakı şəxslər üzrə uyğunlaşması onu göstərir ki, birincisi – onların belə qiymətləndirilməsinin əsaslı olmasını, ikincisi – onların fəallığı, çox güman ki, kontrol qrupdakı şəxslər arasında həmin xəstəliyin olmamasının məhz başlıca səbəbidir, belə ki, onların rastgəlmə tezliyi çox yüksəkdir - 81,3±4,9-dən 92,2±3,4%-ə qədər (χ^2=2,58; p>0,05). Yəni kafi maddi durum (burada ailələrin kiçik tərkibi, vitamin-mineral əlavələri ilə birgə tamdəyərli zülali-karbohidratlı qidalanma və adekvat vasitələrin istifadə edilməsi mühüm rol oynayır) uşaqların xəstələnməsini kifayət qədər inandırıcı şəkildə azaldır. NEK-in yayılmasını təhrik edən və xəstəliyin qarşısını alan amillərin müqayisə olunması bu xəstəliyin radikal profilaktikasının təşkil edilməsi üçün zəmin yaradır.



Şək. 1. Əsas və kontrol qrupdakı uşaqların sosial statusunun səviyyəsinə xəstələnmənin xüsusi çəkisinin təsiri. Şərti işarələr: Sosial statusun səviyyəsi: 1- Aşağı; 2- Orta; 3- Yüksək.

Sosial amillərin təhlili müayinə etdiyimiz NEK olan 128 uşağı və kontrol qrupdakı 64 uşağı sosial statusuna görə ayırmağa və NEK-lə xəstələnməyə sosial statusun nə dərəcədə təsir göstərməsini müəyyən etməyə imkan vermişdir (şəkil 1).

Həm müayinə olunan NEK ilə xəstə uşaqlar arasında, həm də kontrol qrupdakı uşaqlar arasında sosial statusun orta səviyyəsinin xüsusi çəkisi daha çox rast gəlir və təqribən eynidir- müvafiq olaraq 45,3±4,3 və 48,4±6,2% (χ^2=0,32; p>0,05). Lakin NEK olan uşaqlar arasında sosial statusun aşağı səviyyəsinin xüsusi çəkisi kifayət qədər tez-tez rast gəlir- 35,9±4,2% (χ^2=5,26; p<0,01) və onun yüksək səviyyəsinin tezliyi aşağıdır- 18,8±3,5% (χ^2=5,84; p<0,02). Halbuki kontrol qrupdakı şəxslər arasında bu göstəricilər bir-birinin güzgüdəki əksidir. Kontrol qrupdakı uşaqlarda sosial statusun aşağı səviyyəsinin tezliyi xeyli azdır və onun yüksək səviyyəsi də kifayət qədər tez-tez rast gəlir - 14,1±4,3 və 37,5±6,1% (χ^2= 8,08; p<0,01). NEK olan uşaqların ailələrində epidanamnezin səylə toplanması və təhlili, onların gigiyenik və epidemioloji müayinələrin məlumatları ilə müqayisə edilməsi NEK-i sosial asılı xəstəlik hesab etməyə əsas verir. Bəzi sosial amillər, məsələn, aşağı maddi durum və ailələrin çoxuşaqlı olması, natamam zülali-karbohidratlı qidalanma və ona vitamin-zülal əlavələrinin qatılmaması (bu, orqanizmin qeyri-spesifik müdafiə funksiyalarına qarşı immun statusun azalmasına gətirib çıxarır), tibb müəssisələrinə aşağı müraciətlər, kütləvi və ucuz müalicə vasitələrindən istifadə etməklə xəstəliklərin özbaşına müalicə formalarına üstünlük verilməsi sonralar uşaqlarda NEK-in inkişafını təhrik edir. Ümumilikdə, məlum olduğu kimi, NEK aşağı və orta sosial statusa malik ailələrdən olan uşaqlara uyğunlaşmışdır, halbuki sosial statusun yüksək səviyyəsi kontrol qrupdakı uşaqların ailələri arasında çox tez-tez rast gəlir.

Beləliklə, epidemioloji vəziyyətin obyektiv qiymətləndirilməsi, patologiyanın tezliyinin, onun strukturunun, dinamikasının, NEK-in əmələ gəlməsinin və inkişafının risk amillərinin təyin edilməsi üçün Bakı şəhərində uşaqlar arasında NEK-ə nəzarət sistemi işlənib hazırlanmış və uşaqlarda MBY xəstəliklərinin monitorinqinin aparılması əsaslandırılmışdır. Aparılan müayinələr uşaqlar arasında NEK-in sosial uyğunlaşdığını və Bakı şəhərində uşaq əhalisi arasında onların yayılmasında bir çox sosial-epidemioloji şərtlərin böyük rol oynadığını göstərir. Göründüyü kimi, aşkar edilmiş sosial-epidemioloji şərtlərin aradan qaldırılması uşaqlar arasında NEK-in səmərəli profilaktikası tədbirlərinin təşkilində və aparılmasında geniş perspektivlər açır.

ƏDƏBİYYAT

1. Quliyev N.C. Yenidoğulanlarda baş beynin bətndaxili infeksiyalarla zədələnmələrinin erkən diaqnostik dopleroqrafik meyarları // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2009, №2, s. 37-40

2. Rzayeva A.Ə. Yenidoğulanlarda nekrotik enterokolitin klinik- immunoloji xüsusiyyətləri və müalicə prinsipləri. Avtoreferat. Bakı, 2015, 24s.

3. Гаймоленко С.Г., Панченко А.С., Васеева Е.В. Факторы риска и профилактика развития некротического энтероколита у новорожденных // Забайкальский медицинский вестник, 2010, №3, с.24-26

4. Карахалис Л.Ю. , Селина Н.В. Перинатальные исходы при очень ранних преждевременных родах в зависимости от метода родоразрешения // Кубанский научный медицинский вестник, 2013, №1 (136), с.91-95

5. Bhamkar R.P. Transfusion-associated Necrotizing Enterocolitis // Indian Pediatr., 2016, vol 8, No 6, p.537

6. Lee J.Y., Park K.H., Kim A., Yang H.R., Jung EY, Cho SH. Maternal and Placental Risk Factors for Developing Necrotizing Enterocolitis in Very Preterm Infants // Pediatr Neonatol., 2016, vol 16, No8, p.61-44

Резюме

Анализ факторов риска формирования некротического энтероколита у детей

С.Дж.Исмайлова

Проведенные исследования позволили всесторонне оценить роль гигиенического фактора в развитии некротического энтероколита у детей. Тщательный сбор и анализ эпиданамнеза у семей детей с некротическим энтероколитом и сопоставление их с результатами гигиенических и эпидемиологических исследований дает основание считать некротический энтероколит социально зависимым заболеванием. Такие социальные факторы, как недостаточное материальное благополучие и многодетность семьи, неполноценное белково-углеводное питание и игнорирование витамино-белковых добавок к нему, что приводит к снижению иммунного статуса к неспецифичных защитных функций организма, низкая обращаемость в медучреждения и предпочтение самостоятельных форм заболеваний с использованием массовых и дешевых лечебных средств, провоцируют в последующем развитие некротического

энтероколита у детей. В целом, как оказалось некротический энтероколит приурочен к детям из семей с низким и средним социальным статусом, тогда как высокий уровень социального статуса очень част среди семей детей контрольной группы. Приведенные данные являются основой для орга-низации и реализации радикальных мер профилактики некротического энтероколита среди детского населения.

Summary

Analysis of the factors of the risk of formation of a necrotic enterocolitis in children

S.J.Ismayilova

The conducted researches allowed to comprehensively assess the role of the hygienic factor in the development of necrotizing enterocolitis in children. Careful collection and analysis of epidemics in families of children with necrotic enterocolitis and their comparison with the results otizing enterocolitis a socially dependent disease. Such social factoof hygienic and epidemiological studies gives reason to consider necrrs as insufficient material well-being and large families, inadequate protein-carbohydrate nutrition and ignoring vitamin-protein supplements to it, which leads to a decrease in the immune status to the nonspecific protective functions of the body, low appeal to medical institutions and preference for independent forms of diseases using mass and cheap medicines, provoke the subsequent development of necrotizing enterocolitis in children. In general, as it turned out, necrotic enterocolitis is confined to children from families with low and middle social status, whereas a high level of social status is very common among families of children in the control group. These data are the basis for the organization and implementation of radical measures to prevent necrotic enterocolitis among children.

Daxil olub: 31.01.2018

СОВРЕМЕННАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

В.Н.Наджафова

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Açar sözlər: qaraciyər, şəkəri diabet, şüa diaqnostikası

Ключевые слова: печень, сахарный диабет, лучевая диагностика

Key words: liver, diabetes, radiation diagnosis

Несмотря на достигнутые в последние годы успехи в диагностике заболеваний печени сахарным диабетом, мировая тенденция рост диффузных порожений печени все еще остается достаточно стойкой. По данным ВОЗ ежегодно отмечается рост числа больных сахарным диабетом на 5-7 % среди взрослых [1,2]. А также по данным ВОЗ каждый год в мире от сахарного диабета и вызванных им осложнений умирает 3 млн.человек. Статистическими данными доказано, что количество пациентов, страдающих рассматриваемым заболеванием составляет 1-2% (20-30 млн. человек) населения земного шара, а ежегодный стабильный прирост-до 3 млн. случаев. Изучению этого вопроса посвящены многие исследования. Однако отдельные положения этих исследований протии воречивы и не дают достаточно полного представления о характере поражения печени при сахарном диабете [3,4]. Как правило при постоянном контроле и самоконтроле за течением сахарного диабета общепринятые лабораторные тесты малоинформативны. Среди инструментальных методов исследования печени наиболее распространены ультразвуковое, магнитно-резонансная томография и биопсия. Возможности лучевой диагностики в оценке патологии печени постоянно совершенствуются в связи с техническим переоснащением методов, комплексного подхода с учетом принципов доказательной медицины [5,6]. Поэтому в данном сообщении представлены результаты исследования, методов ран ней лучевой диагностики изменений печени у больных сахарном диабетом до лечения.

Целью исследования явилось оценка роли ультразвукового и эхографического исследования поражений печени при сахарном диабете.

Материалы и методы исследования. Обследовано 26 пацента сахарном диабетом (женщин 16, мужчин 10) в возрасте от 26 до 69 лет (средней возраст 49,2 лет) ,с длительностью заболевания от 2 до 30 лет. Контрольная группа составляло 10 здоровых лиц. Всем больным проводили общеклиническое, биохимическое и серологическое обследование и ультразвуковое (с допплерометрией будет проводится на аппарате medison sonoase 9900 prine-sonoscap 8000 датчиками с частотами 3,5-5,0 МГ ц.) исследование печени. Качественный анализ полученных изображений осуществлялся по общепринятым критериям и включал в себя следующие параметры:- размеры, характеристика контуров и границ печени; эхоструктура и эхогенность паренхимы органа; наличие или отсутствие очаговых изменений; состояние печеночных, нижней полой и воротной вен; взаимоотношение печени с соседними органами. При эхографическом исследовании желчевыводящих путей оценивались локализация, размер, форма, характеристика стенок и содержимог желчного пузыря. При качественном анализе полученных изображений оценивались:- однородность структуры печени;- наличие или отсутствие очаговых изменений;- возможность визуализации и характеристика сосудов печени.

Результаты и их обсуждения. В группе сравнения размеры печени были в пределах нормы,эхографических изменений не выявлено. Из числа обследованных больных только у 2 чел.размеры печени не были увеличены.Вместе с тем у ряда больных,у которых печень была значительно увеличина.При ультразвуковом исследовании печении в группе 1 все пациенты имели повышенны эхогенность и однородную эхоструктуру паренхи мы.Увеличение размеров печени преимущественно за счет переднезаднего размера правой доли у 16 больных (61,5%),за счет переднезаднего размера левой доли - у 4 больного (15,4%).Увеличение хвостатой доли было отмечено у 6 (23,1%) больных. Данные ультразвуковые признаки расценены нами как повышение отложения жира в печени и на поздних этапах патологического процесса -как жировая дистрофия. Следует особо отметить, что гепатомегалия возникает чаще, чем повышение эхогенности паренхимы печени и предшествует ему. Возможно, данный факт обусловлен одним из осложнений сахарного диабета - жировой дистрофией печени. По мере течения основной заболевания жировая дистрофия усиливается, сдавливая гепатоциты и нарушая их функциональную активность. Полученные результаты убедительно доказали, что формирование жирового гепатоза происходит во временном показателе и наиболее достоверно регистрируется по результатам вычисления среднего значения градиента падения интенсивности сигнала от печеночной паренхимы. Следует отметить, что у большей длительности основного заболевания изменения печени носили более стойкий характер, протекая по типу жировой дистрофии печени.

Таким образом, полученные нами данные позволяют утверждать, что для диагностики изменений печени у больных с сахарным диабетом может быть использован ультразвуковой метод исследования.

Литература

1. Бастракова А.Е., Галеева З.М., Тухбатуллин М.Г. Возможности комплексной эхографии в ранней диагностике стеатоза печени // Практическая медицина, 2016, № 2, с. 48-50.

2. Diagnostic value of a computerized hepatorenal index for sonographic quantifcation of liver steatosis / M. Webb [et al.] // Gastrointestinal Imaging. 2009, v. 192. p. 909-914.

3. K. Kyriakopoulou The role of Doppler Perfusion Index as screening test in the characterization of focal liver lesions // Dig. Liver. Dis., 2008, v.40, № 9, p. 755-760

4. Морозова Т.Г., Борсуков А.В., Плешков В.Г. Мультипараметрические ультразвуковые исследования при заболеваниях печени и поджелудочной железы в современных условиях // Клиническая практика, 2016, № 2 (26), с. 40-44

5. Nakahara T., Hyogo H., Yoneda M., Sumida Y. et al.; Japan Study Group of Nonalcoholic Fatty Liver Disease. Type 2 diabetes mellitus is associated with the fibrosis severity in patients with nonalcoholic fatty liver disease in a large retrospective cohort of Japanese patients // J. Gastroenterol. 2014, v. 49, N 11. p. 1477–1484

6. Oh, M. K. Review article: diagnosis and treatment of nonalcoholic fatty liver disease / M. K. Oh, J. Winn, F. Poordad // Aliment. Pharmacol. Ther., 2008, v. 28, № 5, p. 503–522.

Xülasə

Şəkərli diabet zamanı qaraciyər zədələməsinin müasir şüa diaqnostikası

V.N.Nəcəfova

Tədqiqatın məqsədi şəkərli diaber zamanı qaraciyər zədələməsində ultrasəs müayinə və exoqrafiyanın rolunun qiymətləndirilməsindən ibarətdir. Tədqiqata 26-69 yaşlar arasında şəkərli diabetli 26 xəstə daxil edilmişdir. Xəstəliyin davametmə müddəti 2-30 il olmuşdur. Nəzarət qrupunda 10 sağlam şəxs daxil edilmişdir. Beləliklə, tərəfimizdən alınan göstəricilərdən məlum olmuşdur ki, şəkərli diabet zamanı qaracyər zədələməsinin təyin edilməsində ultrasəs müayinədən istifadə edilə bilər.

Summary

Modern Ray diagnosis of liver disease during diabetes

V.N. Najafova

The aim of the study was to evaluate the role of ultrasound and echographic examination of liver lesions in diabetes mellitus. Twenty-six patients with diabetes mellitus (women 16, men 10) aged 26 to 69 years (mean age 49.2 years), with a duration of disease of 2 to 30 years, were examined. The control group consisted of 10 healthy individuals. Thus, the data obtained by us allow us to state that an ultrasonic method of investigation can be used to diagnose liver changes in patients with diabetes mellitus.

Daxil olub: 12.12.2017

REPDORUKTİV YAŞDA SİSTEM QIRMIZI QURDEŞƏNƏYI OLAN QADINLARDA D3 İLƏ MÜALİCƏ FONUNDA OVARİAL REZERVİN VƏZİYYƏTİ

X.İ.Həsənova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: qırmızı qurdeşənəyi, reproduktiv sistem, yumurtalıqlar, ovarial rezerv, follikul

Ключевые слова: красная волчанка, репродуктивная система, яичники, овариальный резерв, фолликулы

Key words: lupus erythematosus, reproductive system, ovaries, ovarian reserve, follicles

SQQ olan qadınlar həm SQQ-in özü nəticəsində, həm də alınan müalicə nəticəsində yanaşı gedən xəstəliklərin inkişafı baxımından risk qrupuna aiddirlər. Əvvəlki fəsildə nəticələri əks etdirilmiş tərəfimizdən reproduktiv yaşda SQQ olan qadınlarda ovarial rezerv öyrənildikdə aşkar edilmişdir ki, ovarial rezerv göstəriciləri aşağı düşmüşdür. Bu da özünü hormonal disbalansda, xüsusilə AMH-ın səviyyəsinin aşağı düşməsi və FSH-ın konsentrasiyasının artmasında göstərmişdir. Hesab edilir ki, AMH və FSH ovarial rezerv markerləri hesab edilir [1,2,3,4].

Ədəbiyyat göstəricilərinə əsasən, D3 vitamini çatışmazlığı 2/3 xəstədə, onun defisiti isə hər SQQ olan xəstədən 5-də qeydə alınır [5,6,7,8]. Yaxşı məlumdur ki, insolyasiya SQQ-in əsas triqqeri hesab edilir. İnsolyasiyadan imtina etmə və günəşdən müdafiə edən kremlərin istifadə edilməsi- SQQ-in əsas komponentidir, ona görə də bu xəstəlik zamanı D vitaminin olması heç təəccüblü deyildir. SQQ zamanı D hipovitaminozun inkişafına səbəb olan başqa zəruri faktorlara qaraciyər çatışmazlığı, uzun müddət dərman preparatlarının təyin edilməsi, eləcə də D vitamininə rarşı anticimlərin onun klirensinin gücləndiməsini misal göstərmək olar [9,10,11,12].

Hazırda D3 vitamini təyin edildikdə müalicənin müsbət nəticələrini göstərən bəzi tədqiqatlar haqqında məlumatlar vardır. Aşkar edilmişdir ki, bu vitaminin təsiri altında AMH sürətlə qranulyoz hüceyrələr tərəfindən sintez olunmağa başlayır [13,14,15,16,17,18].

Tədqiqatın məqsədi repdoruktiv yaşda sistem qırmızı qurdeşənəyi olan qadınlarda D3 ilə müalicə fonunda ovarial rezervin vəziyyətin öyrənilməsindən ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodları. Ümumilikdə reproduktiv yaşda olan qadınlarda, xüsusuilə SQQ olan qadınlarda qanda D3 vitaminin səviyyəsinin aşağı olmasına dair ədəbiyyat göstəricilərini nəzərə alaraq, biz onu hamiləlikdən əvvəl hazırlıq sxeminə daxil etdik.

Qarşıya qoyulan vəzifəyə müvafiq olaraq tərəfimizdən müayinə edilən qadınlar 2 qrupa ayrılmışlar: I qrup (əsas)- D3 alan 14 xəstə, II qrup (müqayisə qrupu)- D3 vitamini almayan 16 xəstə. Hər iki qrup əsas parametr üzrə fərqlənməmişlər.

I qrup qadınlar gündə 400-500 BV dozasında D3 vitamini almışlar. Müayinələr müalicədən 3 ay sonra aparılmışdır. Bütün xəstələrə USM və hormonal statusun müayinəsi aparılmışdır.

Cədvəl 1

D3 vitamini ilə müalicə fonunda SQQ olan xəstələrdə qanda hormonların səviyyəsinin dəyişməsi

Hormonlar	I qrup (n=14)		Nəzarət qrupu (n=10)
	Xoleklsiferol qəbul edənə qədər	sonra	
FSH, BV/l	12,42±0,67** (11,2-14,1)	9,65±0,61*,** (9,1-12,2)	6,56±0,53(5,8-7,6)
LH, BV/l	6,47±0,76 (5,1-8,1)	6,41±0,57 (5,1-7,8)	6,31±0,64(5,4-7,5)
Estradiol (E2), pq/ml	144,21±6,78** (128,0-157,0)	137,32±10,40** (120,4-141,6)	75,4±5,8(65-88)
Progesteron (Pg), nq/ml	1,34±0,07 (1,2-1,5)	1,31±0,10 (1,2-1,4)	1,0±0,09 (0,8-1,2)
DEA-S, mkq/ml	1,08±0,10** (0,9-1,3)	1,33±0,21*,** (1,0-1,6)	1,95±0,41 (1,0-2,6)
AMH, nq/ml	0,43±0,04** (0,4-0,5)	1,91±0,06*,** (1,3-2,4)	3,57±0,85(2,0-5,2)

Qeyd: * - D3 vitaminin qəbulundan əvvəl və sonra fərqlər arasında statistik dürüstlük, ** - müalicədən əvvəl və sonrakı və nəzarət qrupundakı göstəricilər arasında dürüstlük (p<0,05-0,01)

Kiçik çanaq orqanlarının müalicədən 3 aay sonra exoqrafik müayinələrininin nəticələrinə əsasən kobud orqanik patologiyalar aşkar edilməmişdir. I qrupda hormonların səviyyəsi cədvəl 1-də göstərilmişdir.

D3 vitamini ilə müalicədən 3 ay sonra hormonların konsentrasiyasının müayinəsindən məlum olmuşdur ki, FSH, E2 və Pg-in orta səviyyəsi ilkin göstəricilərə nisbətən aşağı düşmüşdür. Cədvəl 5.2-dən göründüyü kimi müalicədən sonra FSH-ın səviyyəsi ilkin göstəricilərə nisbətən 22,3% (p<0,05), E2 - 4,8% və Pg - 2,2% aşağı düşmüşdür. Xolekalsiferolun qəbulundan sonra DEA-S-in səviyyəsi 23,1% (p<0,05), AMH-ın səviyyəsi isə 4,4 dəfə (p<0,01) artmışdır. D3 vitaminin qəbulundan sonra alınan göstəricilər ilə nəzarət qrupu göstəricilərinin müqayisəli təhlilindən göstəricilərin aşağı norma həddinə yaxılaşdığı məlum olmuşdur. Belə ki, FSH-ın ilki göstəricisi nəzarət həddindən 89,3% yüksək olduğu halda (p<0,01), xolekalsiferolun 3 aylıq qəbulundan sonra nəzarət həddi ilə fərq 47,1% təşkil etmişdir (p<0,05). Xolekalsiferolun qəbuluna qədər LH-ın səviyyəsi nəzarət həddindən 2,5% yüksək olmuşdur, vitamin tərkibli LH-ın qəbulunda sonra onun səviyyəsi cüzi aşağı olmuş və orta hesabla nəzarət həddindən 1,6% aşağı olmuşdur. Qanda E2-in konsentrasiyası müalicəyə qədər və müalicədən sonra nəzarət həddindən müvafiq olaraq 1,9 (p<0,01) və 1,8 (p<0,01) dəfə yüksək olmuşdur. Pg-in səviyəsi D vitamininin qəbuluna qədər, həm də qəbulundan sonra nəzarət həddinə nisbətən nəzarət həddən praktik olaraq fərqlənməmişdir. Əksinə, DEA-S-ın tərkibi D vitamininin qəbulu fonunda artmış və bu hormon nəzarət həddən 31,8% aşağı olmuşdur (p<0,05), lakin D vitamininin qəbuluna qədər nəzarət həddən 44,6% aşağı olmuşdur (p<0,05). D vitamininin qəbulu fonunda daha nəzərəçarpan dəyişikliklər AMH-a nəzərən baş vermişdir. Xolekalsiferolun qəbulunda 3 ay sonra bu hormonun səviyyəsi nəzarət həddə nisbətən 1,9 dəfə az olmuşdur, lakin müalicədən əvvəl 8,3 dəfə az olmuşdur (p<0,001).

Müvafiq olaraq, D vitamini ilə müalicədə daha nəzərəçarpan müsbət dəyişikliklər FSH, DEA-S və AMH-ın səviyyəsində baş vermişdir.

Cədvəl 2

Müalicə fonunda müayinə edilən qadınların qanında hormonların səviyyəsi

Hormonal	I qrup (n=14)	II qrup (n=16)
FSH, BV/l	9,65±0,61 (9,1-12,2)*	12,91±0,46 (11,7-14,0)
LH, BV/l	6,41±0,57 (5,1-7,8)	6,33±0,73 (5,2-8,0)
Estradiol (E2), pq/ml	137,32±10,40 (120,4-141,6)	143,56±6,81 (129,0-155,0)
Progesteron (Pg), nq/ml	1,31±0,10 (1,2-1,4)	1,34±0,06 (1,2-1,4)
DEA-S, mkq/ml	1,33±0,21 (1,0-1,6)	1,11±0,09 (0,9-1,3)
AMH, nq/ml	1,91±0,06 (1,3-2,4)*	0,41±0,02 (0,4-0,5)

Qeyd: * -qruplar arasında göstəricilərdə fərqlərin statistik dürüstlüyü (p<0,05-0,01)

Həmçinin tərəfimizdən hormonların qəbulunun müqayisəli təhlili I qrup və II qrup xəstələrdə aparılmışdır, I qrupun müalicə sxeminə xolekalsiferol daxil edilmiş, II qrup xəstələr isə prosesin

intensivliyindən və onun lokalizasiyasından asılı olaraq ənənəvi olaraq qurdeşənəyi əleyhinə QK ilə müalicə almışlar (Cədvəl 2).

Təqdim edilən cədvəl 5.3-dəm məlum olur ki, D3 vitamini ilə müalicə fonunda SQQ olan I qrup xəstələrdə D3 vitaminin qəbul etməyən II qrup xəstələrin göstəricilərinə nisbətən FSH-ın səviyyəsi dürüst olaraq 25,3% aşağı düşmüşdür ($p<0,05$). Eyni zamanda LH və Pg-ın orta səviyyəsi praktik olaraq dəyişməmişdir, E2-in səviyyəsi aşağı düşmüş və DEA-S-in səviyyəsi I qruda artmışdır, lakin cüzi olmuş və qeyri-dürüst xarakter daşımışdır. Xolekalsiferolun qəbulu fonunda AMH-ın səviyyəsinin artması da diqqəti cəlb edir. I qrup xəstələrdə AMH-ın səviyysəi II qruppa nisəbətn 4,6 dəfə yüksək olmuşdur ($p<0,01$).

Müvafiq olaraq, D3 vitamini ilə terapiya FSH və AMH-ın səviyyələrində müsbət dəyişikliklər ilə müşayiət olunmuşdur.

I, II və nəzarət qruplarında FSH-ın səviyyəsinin müqayisəli təhlilindən belə qənaətə gəlmək olar ki, QK ilə müalicə nəticəsində bu hormonun səviyyəsində effektə nail olunmamışdır, lakin müalicəyə D3 vitaminin daxil edilməsi yumurtalıqların funksiyasının yaxşılaşdırmışdır ki, bu da həmin kontingent xəstələrdə ovarial rezervdə müsbət dəyişikliklər ilə özünü göstərmişdir.

Müalicədən 3 ay sonra ovarial rezervin əsas ultrasəs parametrlərdən biri olan kəsikdə antral follikulları hesablandıqda məlum olmuşdur ki, I qrup xəstələrdə follikulların sayı bir qədər artmışdır, II qrupda isə praktik olaraq heç bir dəyişiklik olmamışdır. Belə ki, D3 vitamininin qəbulunda sonra I qrup xəstələrdə antral follikuların sayı 5-dən 10-a qədər tərəddüd etmişdir. Bu da sol və sağ yumrtalıqlarda müvafiq olaraq 7,68±0,51 (6-10) və 6,99±0,24 (5-9) təşkil etmişdir. Aparılan təhlildən məlum olmuşdur ki, D3 vitaminini qəbul edən SSQ olan 14 qadından 4 (28,6%) nəfərdə sol yumurtalıqda norma həddinə uyğun olmayaraq 6, 3 (21,4%) qadında isə sağ yumutalıqda minimal həddi 5-ə bərabər antral follikullar aşkar edilmişdir.

Qeyd edək ki, müalicədən sonra FSH-ın səviyyəsi I qrup qadınlarda norma həddində olmuşdur, həmçinin II qrup qadınlar kimi dəyişikliklə olmamışdır, I qrupda 5 (35,7%) qadında isə AMH-ın səviyyəsi 2,0-2,4 diapazonda dəyişmişdir ki, bu da aşağı norma həddində olmuşdur. Həmin qrupda DEA-S-in orta həddinin müalicədən sonra dəyişməsi nəzarət qrupuna oxşar olmuşdur

Hormonların səviyyəsinin müayinəsindən məlum olmuşdur ki, bu da SQQ olan xəstələrin müalicə sxeminə D3 vitaminin daxil edilməsini təsdiqləmişdir. Bununla yanaşı olaraq, daha qabarıq dəyişikliklər D3 vitamini 600 BV/sutka dozasında qəbul edən xəstələrdə qeydə alınmışdır (Cədvəl 3).

Cədvəl 3

SQQ olan qadınlarda hormonların səviyyəsi və D3 vitaminin dozası (n=14)

Hormonlar	D3 vitaminin dozası 400 BV/ sut (n=6)	D3 vitaminin dozası 600 BV/ sut. (n=8)
FSH, BV/l	10,88±0,62 (9,9-12,2)	10,25±0,70 (9,1-11,5)
LH, BV/l	6,47±0,75 (5,3-7,8)	6,40±0,28 (5,1-6,6)
Estradiol (E2), pq/ml	137,97±3,11 (131,5-141,6)	131,87±4,7(120,4-140,9)
Progesteron (Pg), nq/ml	1,3±0,03 (1,2-1,4)	1,3±0,05 (1,2-1,4)
DEA-S, mkq/ml	1,15±0,12 (1,0-1,3)	1,4±0,1 (1,2-1,6)*
AMH, nq/ml	1,57±0,2 (1,3-2,0)	1,91±0,31 (1,3-2,4)*

Qeyd: * -göstəricilər arasında statistik dürütsülük ($p<0,05$)

Qəbul edilən xolekalsiferolun dozasından asılı olaraq hormonların tərkibinin müqayisəsi zamanı məlum olmuşdur ki, 600 BV/sutka dozasında D3 vitaminini qəbul edən xəstələrdə qanda FSH-ın konsentrasiyası 4000 BV/sutka dozada qəbul edən xəstələrə nisbətən 5,8% aşağı olmuş və praktik olaraq Pg, LH və E2-in səviyyələrində fərqlər olmamışdır. Eyni zamanda xolekalsiferolu 600 BV/sutka dozasını qəbul edən qadınlarda 400 BV/sutka doza qəbul edən qadınlara nisbətən DEA-S, xüsusilə AMH-ın səviyyəsi daha qabarıq artmışdır. Müqayisəli təhlildə məlum olmuşdur ki, D3 vitaminini yüksək dozada qəbul edən qadınlarda DEA-S (21,7%, $p<0,05$) və AMH (21,6%, $p<0,05$) səviyyəsi, xolekalsiferolu 400 BV/sutka dozada qəbul edən xəstələrə nisbətən yüksək olmuşdur.

Müvafiq olaraq D3 vitaminin dozası 600 BV/sutka qəbul edən xəstələrdə ovarial rezervin əsas markeri hesab edilən AMH-ə daha böyük təsir olmuşdur.

D3 vitmaının reproduktiv yaşda SQQ olan qadının qanında öyrənilməsi intensiv olaraq davam etdirilir. D3 vitaminin qəbulu zamanı müsbət nəticələrin alındığını göstərən tədqiqatlar aparılmışdır. Alimlər məlumat verirlər ki, yayda AMH-ın səviyyəsi qışa nisbətən 18% yuxarı olur ki, du da D3 vitaminin güclü sintezi ilə bağlı olur.

Beləliklə, D vitamini defisiti geniş xəstəliklər dairəsinin inkişafı üçün zəmin yaradan patoloji proseslərin son dərəcə geniş yayılmışdir. D vitaminin zərdab səviyyəsinin aşağı olması kifayət qədər günəş

ekspoziyasının olmaması, genetik meyillik (vitamin reseptorlarının polimorfizmi) və alimentar faktor, eləcə də autoimmun xəstəlikləri ilə bağlı ola bilər. D vitaminin yenicə aşkar edilən immunmodulyator xassələri onun autoimmun (eləcə də revamtik xəstəliklər) xəstəliklərin patogenezndə iştirak etməsi baxımından maraq kəsb edir. Bir sıra müəlliflər D vitaminin ətraf mühitin modifikasiya olunmş faktoru kimi nəzərdən keçriməyi təkli edirlər. 25(OH)D-ın aşağı zərdab səviyyəsi ilə bir sıra revmatik xəstəliklərin (ilk növdəbə SQQ) inkişaf riski, aktivliyi, ağırlıq dərəcəsi və proqnozu arasında əlaqənin olması haqqında məlumatlar vardır. D vitaminin metabolitlərinin antirezorbtiv, iltihabəleyhinə və immunmoduləedici təsirləri onun xronik iltihabi xəstəliklər zamanı ənənəvi bazis vasitələrlə müalicədə kompleks şəklində tətbiq edilməsinə əsas verir.

ƏDƏBİYYAT

1. Gatenby P., Lucas R., Swaminathan A. Vitamin D deficiency and risk for rheumatic diseases // Curr Opin Rheumatol., 2013, v.25(2), p.184-91.
2. Cutolo M. Vitamin D and autoimmune rheumatis diseases //Rheumatology, 2009, v.48(3), p.210-2.
3. DeLuca H.F. Overview of general physiologic features and functions of vitamin // Am J Clin Nutr. 2004, v.80(6 Suppl), p.1689S–96S.
4. Торопцова Н.В., Аникин С.Г. Витамин D и ревматоидный артрит: что мы знаем сегодня? // Научно-практическая ревматология. 2011, №3, с.46–51
5. Ibrahim M.H., Bakheet M.S., Abdel-Safer K.A., Shakoor M.A. Relationship between vitamin D and disease activity in some rheumatic diseases // Int J Nutr Metab., 2013, v.5(7), p.114–27.
6. Насонов Е.Л. Кальций и витамин D: роль в профилактике и лечении остеопо- роза и других заболеваний человека // Consilium medicum. 1999, №1(5), с..212-4.
7. Mathieu C., Adorini L. The coming of age of 1,25-dihydroxyvitamin D3 analogs as immunomodulatory agents // Trends Mol Med. 2002, v.8(4), p.174–9.
8. Cutolo M., Otsa K. Review: vitamin D, immunity amd lupus // Lupus. 2008, v.17(1), p.6–10
9. Nair R., Maseeh A. Vitamin D: the «sunshine» vitamin // J Pharmacol Pharmacother. 2012, v.3(2), p.118–26.
10. Kamen D., Aranow C. Vitamin D in systemic lupus erythematosus // Curr Opin Rheumatol. 2008, v.20(5), p.532–7.
11. Mok C.C., Birmingham D.J., Ho L.Y. et al. Vitamin D deficiency as marker for disease activity and damage in systemic lupus erythematosus: a comparison with anti-dsDNA and anti-C1q // Lupus. 2012, v.21(1), p.36-42.
12. Le Goaziou M.F., Contardo G., Dupraz C. et al. Risk factors for vitamin D deficiency in women aged 20–50 years consulting in general practice: a crosssectional study // Eur J Gen Pract. 2011, v.17(3), p.146–52.
13. Ben-Zvi I., Aranow C., Mackay M. et al. The impact of vitamin D on Dendritic cell function in patients with systemic lupus erythematosus // PLoS One. 2010, v.16, p.5(2):
14. Kim H.A., Sung J.M., Jeon J.Y. et al. Vitamin D may not be a good marker of disease activity in Korean patients with systemic lupus erythematosus // Rheumatol Int. 2011, v.31(9), p.1189–94.
15. Kamen D.L., Cooper G.S., Bouali H. et al. Vitamin D deficiency in systemic lupus erythematosus // Autoimmun Rev. 2006, v.5(2), p.114-7.
16. Ruiz-Irastorza G., Gordo S., Olivares N. et al. Changes in vitamin D levels in patients with systemic lupus erythematosus: effects on fatigue, disease activity and damage // Arthritis Care Res (Hoboken), 2010, v.62(8), p.1160–5.
17. Wu P.W., Rhew E.Y., Dyer A.R. et al. 25-Hydroxyvitamin D and cardiovascular risk factors in women with systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum. 2009 Oct 15;61(10):1387–95.
18. Reynolds J.A., Hague S., Berry J.L. et al. 25-hydroxyvitamin D deficiency is associated with increased aortic stiffness in patients with systemic lupus erythematosus // Rheumatology (Oxford). 2012, v.51(3), p.544-51.

Резюме

Состояние овариального резерва на фоне леяения с витамином D3 у женщин репродуктивного возраста с системной красной волчанкой

Х.И.Гасанова

Целью исследования явилось изучение состояния овариального резерва на фоне леяения с витамином D3 у женщин репродуктивного возоаста с системной красной волчанкой. в исследование вошли 30 женшин репродуктивного возраста с красной волчанкой. Они были арзделены на 2 группы: первая группа получила витамина D3 в комплексной лечении, второя группа не получила витамина D3.

Summary

The condition of the ovarian reserve against the background of leviation with vitamin D3 in women of reproductive age activity with systemic lupus erythematosus

H.I. Hasanova

The aim of the study was to study the state of the ovarian reserve against a background of leviation with vitamin D3 in women of reproductive wax activity with systemic lupus erythematosus. the study included 30 females of reproductive age with lupus erythematosus. They were divided into 2 groups: the first group received vitamin D3 in complex treatment, the second group did not receive vitamin D3.

Daxil olub: 12.12.2017

HAMİLƏLİYİN ERKƏN MƏRHƏLƏLƏRİNDƏ DÜŞÜK TƏHLÜKƏSİ OLAN QADINLARDA DÖL YUMURTASI, UŞAQLIQDAXİLİ HEMATOMA, YUMURTALIĞIN SARI CİSMİNİN STRUKTURUNUN EXOQRAFİK XÜSUSİYYƏTLƏRİ

G.İ.Axundova

Ə.Əliyeva Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: hamiləliyin erkən mərhələsi, hamilələk düşüyü, USM, hematoma, sarı cisim, xorion

Ключевые слова: ранние сроки беременности, выкидыш, УЗИ, гематома, желтое тело, хорион.

Key words: early pregnancy, miscarriage, ultrasound, hematoma, yellow body, chorion

Mamalığın ən vacib məsələləri arasında erkən reproduktiv itgilər birinci yerlərdən birini tutur. Hamilələk düşüyü təhlükəsi və vərdişi hamilələk düşüklərinin profilaktikası və müalicəsində son illər əldə edilən nailiyyətlərə baxmayaraq, özbaşına düşüklərin tezliyi sabit və kifayət yüksək olaraq qalır. Belə ki, ədəbiyyat göstəricilərinə əsasən 2%-dən 55%-ə qədər təşkil edir, I trimestrdə 55% qeydə alınır [1,2]. Klinik cəhətdən təsdiq edilmiş hamiləliklərin təqribən 15-20%-i düşük ilə sona yetir [3,4]. Demək olar ki, 50% halda hamilələk düşüyü səbəbləri aydın olmayaraq qalır [1,4]. Erkən reproduktiv itgilərin əsasını təşkil edən mexanizmlərin tədqiqi kifayət qədər aktual bir məsələ hesab edilir.

Son illər reproduktiv itgilər döl itgisi sindromu adı altında birləşdirilir. Buraya aşağıdakı vəziyyətlər aiddir: bir və ya bir neçə özbaşına düşüklər və 10 həftəlik müddətində inkişafdan qalan hamiləlik; vaxtından əvvəl doğuşlar, ağır hestoz və ya plasentar çatışmazlığın ağırlaşması olaraq neonatal ölüm; periembrionik və ya embrionik mərhələdə üç və daha artıq özbaşına düşük, bu zaman düşüyün anatomik, genetik və hormonal səbəbləri istisna edilir [6].

Xorion patologiyasının yüksək informativ müayinə metodu ultrasəs müayinə hesab edilir [4,6]. Eyni zamanda erkən mərhələdə hamiləliyin ultrasəs müayinəsi (USM) sadə görünsə də, ciddi münasibət tələb edir. Bu diaqnostika praktik həkimin gündəlik təcrübəsində hər gün aparılır. Müasir tibbi texnologiyaların-boşluqdaxili, ginekoloji, yüksək tezlikli ötürücülərə exoqrafik praktikanın tətbiq edilməsi ilə ötürücünün skanirləyicinin səthini müayinə edilən obyektə birbaşa yaxınlaşdrmağa imkan vermişdir. Bu metod tətbiq edildikdə alınan informasiyanın həcmi ənənəvi transabdominal üsula (dolu sidik kisəsi ilə) nisbətən nəzərəçarpan dərəcədə yüksək olur. İndi transvaginal metod zamanı uşaqlıq boşluğu və ümumilikdə reproduktiv sistem ətraflı vizuallaşdırılır. Lakin hamiləliyin erkən mərhələsində diaqnostikanın yeni imkanları bir çox diaqnostik çətinliklərə səbəb olur.

Erkən hamilələk mərhələsində istənilən ağırlaşmalar, o cümlədən xorionun qopması embrion və dölə mənfi təsir göstərir, yenidoğulmuşun proqnozunu pisləşdirir. Məlumdur ki, hestasiynın 10-cu həftəsinə qədər plasentasiyanın uğurla sona yetməsi dövrüdür, özbaşına hamilələk düşüklərinin böyük hissəsi (96,8%) 8-10-cu həftələrə düşür [5,7].

Beləliklə, hestasiyanın erkən mərhələlərində reproduktiv itgilər həmin problemin daha dərindən öyrənilməsi tələbini diktə edir.

Hazırki tədqiqatın məqsədi hestasiyanın erkən mərlələrində hamiləlik düşüyü təhlükəsi olan hamilələrdə döl yumurtasının vəziyyətinin, uşaqlıqdaxili hematomanın, sarı cismin exoqrafik göstəricilərinin müəyyən edilməsindən ibarətdir.

Tədqiqatn material və metodları. Hestasiynın 5-10-cu həftələrində olan 106 qadın müayinə edilmişdir. Onlar iki qrupa bölünmüşlər: əsas qrup- erkən mərhələdə hamiləlik düşüyü olan 84 qadın; nəzarət qrupu- düşük təhlükəsi olmayan fizioloji gedişatlı hamiləliklik 20 qadın.

Hamilələr 18-40 yaşlar arasında olmuşdur. Nəzarət qrupunda orta yaş həddi 25,24±1,0, əsas qrupda 26,8±1,07 olmuşdur.

Klinik müayinə metodlarına anamnezin toplanması, ümumi və ginekoloji baxışlar, laborator müayinələr (ümumi qan və sidik müayinələr, flora üzrə yaxmalar, təmizlik dərəcəsi) aiddir. Ultrasəs müayinə BOZ şkala və real miqyas rejimində işləyən, 3,5 və 5 Mhs tezlikli ötürücüsü olan konveks abdominal və vaginal ötürücüləri olan «Aloka-1400» və «Aloka-1700» (Yaponiya) aparatlarında aparılmışdır.

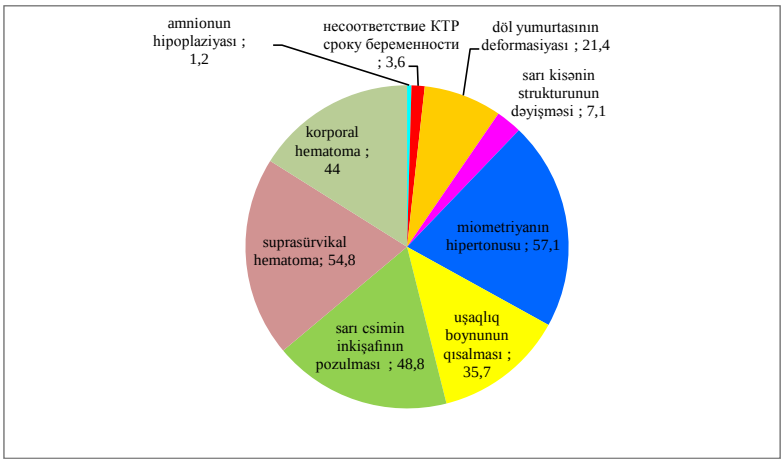
Nəticələrin statistik işlənməsi U manna-Uitni qeyri-parametrik meyarları və ya Stüdünt t meyarı (M±m) üzrə aparılmışdır. Statistik təhlil «Statistica 6.0», Microsoft Office, 2010 tətbiqi proqramlar paketinin köməkliyilə aparılmışdır.

Nəticələr və müzakirələr. Daxil olduqda qadınların yarıdan çoxu 54 (64,3%) qarnın aşağı nahiyəsində ağrılardan şikayət etmişdir, 70 (83,3%) qadını isə cinsiyyət yollarından qanlı ifrazat narahat etmişdir. 40 (47,6%) qadında qanlı ifrazatlar ilə ağrılar yanaşı olmuşdur. Cüzi qanlı ifrazatlar 49 (58,3%), orta - 19 (22,6%), çox- 2 (2,4%) nəfərdə olmuşdur, 14 (16,7%) nəfərdə qanlı ifrazat olmamışdır. Əksər müayinə edilənlərdə (91,7%) nəfərdə qanın ümumi analiz göstəriciləri ümumi fizioloji baxımdan yol verilən həddə olmuşdur (eritrositlər 4,2±0,3^{12}/l; hemoqlobin 130,3±10,8 q/l). 8,3% (7 qadın) halda yüngül ağırlıq dərəcəli anemiya olmuşdur (eritrositlər 3,4±0,3^{12}/l; hemoqlobin 104,4±0,8 q/l). Nəzarət qrupunda 5,0% halda. hemoqlobin 94-dən 106- q/l-ə qədər olmuşdur (orta hədd 100,2±2,6 q/l)

Hamiləliyin erkən mərhələsində hamiləlik düşüyü təhlükəsi olan müayinə edilən qadınlarda keçirilmiş ginekoloji xəstəliklərin strukturunun təhlilindən məlum olmuşdur ki, uşaqlıq və ya uşaqlıq artımlarının iltihabına anamnezdə dürüst çox qeydə alınmışdır (3,8 dəfə, p<0,01). Bu qrup qadınlarda hamiləliyin erkən (əsas qrupda 10,0%, nəzarət qrupunda 45,2%, p<0,01) və gec (əsas qrupda 14,3%, nəzarət qrupunda 0, p<0,01) mərhələlərdə özbaşına düşüklərin yüksək tezliyi qeydə alınmışdır. Anamnezdə hamiləlik düşüyü (əsas qruo 23,8%, nəzarət-0) olmuşdur. onların aybaşı funksiyası yüksək tezlikli oliqomenoreya (əsas qrup-52,4%, nəzarət- 10%, p<0,001) və hiperpolimenoreya (əsas qrup-30,9%, nəzarət-5,0% p<0,001) ilə xarakterizə olunmuşdur. Ginekoloji patologiyalar arasında dürüst çox iltihabi xarakterli xəstəliklərə (endometrit, adneksit) rast gəlinmişdir (nəzarət- 10,0%, p<0,01)

Bütün xəstələrə uşaqlıq yolunun mikroskopiyası aparılmışdır. 30(35,7%) xəstədə 3-4-cü dərəcəli təmizlik olmuşdur. Nəzarət qrupunda 2(10,0%) qadında biosenoz pozuntusu qeydə alınmışdır (p<0,05).

Kiçik çanaq orqanlarının USM-i zamanı düşüyün müxtəlif exoqrafik meyarları və uşaqlıqdaxili hematomanın olması qeydə alınmışdır (Şək.).



Şək. Daxil olduqda I trimestrdə hamiləli düşüyü təhlükısini Exo əlamətləri

Göründüyü kimi, daha çox bunlara rast gəlinmişdir: hematoma (83), onlardan 46-da supraservikal lokalizasiyalı hematoma, 37 nəfərdə korporal olmuşdur; miometriyanın hipertonusu (48 qadın); sarı cismin inkişafının pozulması (41).

Yumurtalıqda sarı cisim 43 (51,2%) qadında yumru formada olmuşdur. Orta diametri 21,0±4,7 mm olmuşdur. 20 (23,8%) qadında sarı cismin diametri 18 mm-dən az, 16 (19,0%) nəfərdə 25 mm-dən çox olmuşdur. Periferik konturun eni orta hesabla 3,7±1,3 mm olmuşdur, 5 (5,9%) qadında 2,5 mm-dən az olmuşdur. 47,6% (40 qadın) sarı cisim görünmürdü. Bununla yanaşı bu müayinə edilənlərdən 21(52,5%) nəfərdə hamiləliyin müddəti 12 və daha çox olmuşdur, 10(25,0%) nəfərdə 8 həftə, 4(10,0%) nəfərdə 9-10 həftə olmuşdur. Sonralar 19 qadından 7 (36,8%) nəfərdə (12 həftədə USM zamanı sarı cisim görünməmişdir) hamiləlik I trimestrdə kəsilmişdir. Bunlardan 6 nəfər 8 və daha çox müddətdə olmuşlar.

Hematomanın həcmi 0,4-dən 32,8 sm^3-ə qədər təşkil etmişdir, orta həddi 13,0±1,8 sm^3 qeydə alınmışdır. Əksər hamilələrdə (56 qadın) uşaqlıqdaxili hematomanın həcmi 9 sm^3-dən çox olmamışdır.

Supraservikal lokalizasiyalı hematoma zamanı cüzi qanaxmalı hamiləlik 46 qadından 41-də şiddətlənməmişdir, 5(10,9%) nəfərdə düşük baş vermişdir. Bu zaman hamiləlik nəticəsində hematominin orta həcmi pozulmuş 12,0±3,16 sm^3 təşkil etmişdir ki, bu da saxlanan hamiləlikdən (5,1±2,2 sm^3, $p<0,05$) 2,4 dəfə yüksək olmuşdur. Supservikal hematoma zamanı cüzi qanaxmaları olan 8 qadında hamiləlik özbaşına düşük ilə sona yetmişdir. Bu hallarda hematomanın həcmi inkişafda olan hamiləlikdən yüksək olmuşdur, uyğun olaraq 9,8±3,1 sm^3 və 2,3±1,6 sm^3. Çoxlu qanlı ifrazatlı supraservikal hematomaların həcmi orta hesabla 20,8±4,6 sm^3 təşkil etmişdir. Hər iki halda özbaşın abort baş vermişdir.

Korporal lokalizasiyalı hematoma zamanı 29(78,4%) cüzi olaraq qanlı ifrazatlar qeydə alınmışdır. Bu hallarda kəsilən hamiləlikdən əziyyət çəkən qadınlarda hematomanın həcmi (18,9±6,0 sm^3) inkişafda olan hamiləlikli qadınlardan (5,9±2,7 sm^3, $p<0,01$) çox olmuşdur. Orta dərəcəli qanlı ifrazatlar ilə yanaşı korporal hematomalar olan 8 (21,6%) qadın olmuşdur. Bu zaman hamiləliklərin əksəriyyəti – 8-dən 6-sı saxlanmışdır. Həmçinin cüzi qanlı ifrazatlar zamanı hematomaların həcmi orta olmuşdur, hamiləlik düşüyü olan qadınlarda böyük olmuşdur (3,3-dən 24,8 sm^3 -ə qədər, orta hesabla 14,4±4,7 sm^3). Hamiləlik inkişaf etdikdə hematomanın həcmi 0,9-dan 13,2 sm^3 –a qədər dəyişmişdir, orta həddi 6,1±2,9 sm^3 təşkil etmişdir. Əsas qrupda xorion daha çox daxili mənfəzdə yerləşmişdir.

Nəzarət qrupunda daha çox xorionun ön divarda lokalizasiyası müşahidə edilmişdir- 40,0% halda. Patologiya fonunda xorionunun daha çox rast gəlinən lokalizasiyası daxili mənfəz nahiyəsində olmuşdur- 40,5% halda. Məhz xorionun bu yerləşmə variantlarında dürüst fərqlər səviyyəsi müşahidə edilmişdir.

Xorionun uşaqlıqda lokalizasiyası üzrə əldə edilən nəticələr normada olmuşdur, erkən hamiləlik düşükləri olan qadınlarda ümumi məlum olan göstəricilər ilə üst-üsət düşür [8,9,10].

Əsas qrupda ultrasəs və anamnestik göstəriciləri müqayisə etdikdə aşkar edilmişdir ki, hamiləlik düşükləri üçün xarakterik dövrlər 6-9 arasında olmuşdur. Bu zaman subxorial yerləşmə variantlı hematoması olan qadınlarda özbaşına hamiləlik düşüyünün klinik təzahür halları olan qadınlarda üstünlük təşkil etmişdir. Kənar hematoma variantı olan qadınlarda uşaqlıqdan qanlı ifrazatlar üstünlük təşkil etmişdir. Əsas qrupda

anamnestik göstəricilər təhlil edildikdə müəyyən edilmişdir ki, hamiləliyin kəsilməsi üçün xarakterik dövrlər 6-7-ci və 8-9-cu həftələr olmuşdur. Hamiləliyin sonluğunda həlledici əhəmiyyəti hematomanın həcmi kəsb edir, onun lokalizasiyası nisbətən az əhəmiyyətlidir. Buna baxmayaraq, hematomanın supraservikal lokalizasiyası zamanı onun servikal kanaldan düşməsi imkanları hematomanın kanala çox yaxın olmasından asılıdır, korporal hematomada isə bu nisbətən az olur ($p<0,01$).

Qeyd etmək lazımdır ki, uşaqlıqdaxili hematomanın həcmi ilə özbaşına düşüklər arasında əlaqələr haqqında məlumatlar zidiyyətlidir. Bir sıra tədqiqatlarda müəyyən edilmişdir ki, hematomanın həcmi 32 ml-dən çox olduqda [11] və ya onun səthinin həcmi 4 sm^2 –dan çox olduqda özbaşına düşüklərin tezliyi dürüst yüksək olur [12]. Başqa işlərdə belə korrelyasiyaya rast gəlmədik [11], bu müəlliflər hesab edirlər ki, hamiləliyin sonluğu üçün hematomanın həcmi deyil, onun olması və yeri əhəmiyyət kəsb edir [7].

Eyni zamanda gələcəkdə hamiləliyin uğurlu inkişafının proqnozu müəyyən dərəcədə hematomanın yaranması müddəti və ölçüsü ilə təyin edilir. Subxorial hematoma erkən inkişaf etdikdə (9 həftəyə qədər) dölün itirilməsi ehtimalı gec hestasiyaya nisbətən 12 dəfə yüksək olur. Əlverişsiz faktorlara həmçinin hematomanın ölçüsünün 50 ml-dən çox olması, eləcə də ananın yaşının 35-dən çox olması aid edilir [11,13]. Müşahidələrə əsasən xarici qanaxma hematomanın baş verdiyi 71% halda qeydə alınır. Əksər hallarda- 4 haldan 3-də xarici qanaxma olduqda embrionun (dölün) ölümü baş verir. Hamiləlik saxlandıqda, bir qayda olaraq, plasentar çatışmazlığın formalaşması və inkişafı baş verir [11,14]. Əksər tədqiqatçılar hamiləliyin pisləşməsi proqnozu ilə hematomanın xorion/cift nisbətində yerləşməsi arasında əlaqəni müəyyən etməmişlər [11,12]. Uşaqlıq divarına nisbətən hematomanın yerləşməsi hamiləliyin sonluğunun proqnozu baxımından qiymətləndirilir. Tədqiqatların nəticələri birmənalı olmamışdır, əldə edilənlərə əsəsən nəticə belə olmuşdur ki, istənilən lokalizasiyalı, uşaqlıq divarının ön və arxa divarı, onun dibində yerləşn hematoma hestasiya ağırlaşmaları və döl itgisi üçün daim risk faktoru hesab edilir [14]. Hamiləlik gedişatının ağırlamasının sübut edilmiş risk faktorlarından biri hestasiya yaşı hesab edilir ki, bu yaşda qanaxma baş verir. Aparılan tədqiqatlara əsasən 9 həftəlik hamiləliyə qədər hematomann inkişaf etməsi arzuolunmaz sonluqların, xüsusulə də qəfil abortların ümumi risk faktorudur [11,14]. USM zamanı uşaqlıqdaxili hematoma olan qadınlarda orta hestasiya yaşı müqayisə edildikdə hamiləliyin əlverişli (8,4 həftə) və əlverişsiz (7 həftə) sonluqları arasında nəzərəçarpan fərqlər aşkar edilməmişdir [14]. I və ya II-III trimestrlərdə uşaqlıqdaxili hematoması olan qadınlarda hamiləliklərin sonluqları müqayisə edildikdə ciftin kəskin qopması üzrə nəzərəçarpan fərqlər əldə edilməmişdir, lakin doğuşların daha erkən başlaması, yenidoğulmuşların daha aşağı çəkidə olması və onlarda respirator ağırlaşmaların tezliyinin yüksək olması subxorial hematomalar olduqda və onun I trimestrdə persistensiyası zamanı qeydə alınmışdır [11].

Müvafiq olaraq, hamiləliyin I trimestrində hamiləlik düşüklərinin ultrasəs əlamətləri çox olduqca düşükülərin ehtimalı da çox olur. Bu zaman proqnostik baxımdan daha zəruri əlamətlər esktraembrional strukturların patologiyalarının exoqrafik markerləri, döl yumurtasının patologiya markerləri hesab edilir.

ƏDƏBİYYAT

1. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности: современный взгляд на проблему // Акушерство и гинекология. 2007. № 5. с. 24–27.
2. Тирская Ю.И., Рудакова Е.Б., Шакина И.А. и др. Синдром потери плода // Медицина неотложных состояний, 2010, № 3, с. 26–30.
3. Савельева Г.М., Панина О.Б., Курцер М.А. Пренатальный период: физиология и патология // Российский вестник акуш.-гинек. 2010. № 2. с. 61–65
4. Чехонацкая М.Л., Василевич Л.К., Колесникова Е.А., Петросян Н.О. Ультразвуковая диагностика самопроизвольного выкидыша в первом триместре беременности // Саратовский научно-медицинский журнал, 2013, Том 9, №4, с.652-656.
5. Иванов И.И., Черипко М.В., Могилевская А.А. и др. Этиологические аспекты репродуктивных потерь // Таврический медико-биологический вестник, 2013, Том 16, №2, ч. 2 (62), с.181-187.
6. Волков А.Е. Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии: практ. рук-во. Ростов н/Д: Феникс, 2007. С. 34–35.
7. Кузнецова И.В. Внутриматочные гематомы как причина осложненного течения беременности // Медицинский Совет, 2016, №17, с.114-118.
8. Андреева Е.С. Течение и исходы беременности при отслойке хориона с формированием внутриматочной гематомы // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. Смоленск, 2011, Спецвыпуск, с. 3-4.
9. Андреева Е.С., Степанькова Е.А. Течение беременности у пациенток с отслойкой хориона в первом триместре с наличием внутриматочной гематомы / Материалы XI Всероссийского форума «Мать и дитя». М., 2010, с. 14-15.

10. Никифоровский Н.К., Степанькова Е.А., Андреева Е.С. Исходы беременности при отслойке хориона с формированием внутриматочной гематомы // Вестник Российского университета дружбы народов, серия «Медицина», 2011, №5, с. 46-51.
11. Tuuli M.G., Norman S.M., Odibo A.O. et al. Perinatal outcomes in women with subchorionic hematoma: a systematic review and meta-analysis // Obstet Gynecol, 2011, v.117, p.1205-1212.
12. Aoki S., Inagaki M., Kurasawa K., Okuda M. et al. Retrospective study of pregnant women placed under expectant management for persistent hemorrhage // Arch Gynecol Obstet, 2014, v.289, p. 307-311.
13. Андреева Е.С., Степанькова Е.А. Особенности течения беременности и состояния плода у пациенток с угрозой прерывания в I триместре, осложнившейся отслойкой хориона // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. Смоленск, 2010, №4, с. 11-13.
14. Xiang L., Wei Z., Cao Y. Symptoms of an intrauterine hematoma associated with pregnancy complications: a systematic review // PLoS ONE, 2014, v.9(11), p. e111676.

Резюме

Эхографические особенности структур плодного яйца, внутриматочной гематомы, желтого тела яичника у женщин с угрожающим выкидышем в ранние сроки беременности

Г.И.Ахундова

В статье представлены результаты определения эхографических показателей состояния плодного яйца, внутриматочной гематомы, желтого тела яичника у беременных с угрожающим выкидышем в ранние сроки гестации. Обследовано 104 беременных женщин в сроки гестации 5 - 12 недель. Беременные были разделены на 2 группы: основная группа - 84 беременных с угрозой невынашивания ранних сроков, контрольная группа - 20 женщин с физиологическим течением беременности без признаков угрозы невынашивания. В контрольной группе средний возраст составил 25,24±1,0 лет, в основной группе 26,8±1,07 лет. Проведен сбор анамнеза, общий и гинекологический осмотр, лабораторные исследования (общий анализ крови и мочи, мазки на флору, степень чистоты), УЗИ. Чаще всего встречались: гематома (83), причем супрацервикальная локализация отмечалась у 46, корпоральная- у 37 пациенток; гипертонус миометрия (48 пациенток); нарушенное развитие желтого тела (41). Желтое тело в яичнике определялось у 51,2% пациенток в виде образования округлой формы. Средний диаметр составил 21,0±4,7 мм. Объем гематомы в среднем составил 13,0±1,8 см^3. В 40,5% случаев отмечалось расположение хориона в области внутреннего зева. Установлено, что чем больше ультразвуковых признаков невынашивания беременности выявлено в I триместре, тем более высока вероятность выкидыша.

Summary

Echographic features of the structures of the fetal egg, intrauterine hematoma, the yellow body of the ovary in women with a threatening miscarriage in the early stages of pregnancy

G.I.Akhundova

The article presents the results of the determination of echographic indicators of the state of the fetal egg, intrauterine hematoma, the yellow body of the ovary in pregnant women with a threatening miscarriage in the early gestation period. 104 pregnant women were examined at the gestational age of 5-12 weeks. Pregnant women were divided into 2 groups: the main group - 84 pregnant women with the threat of miscarriage of early terms, control group - 20 women with a physiological pregnancy without signs of threat of miscarriage. In the control group, the mean age was 25.24 ± 1.0 years, in the main group 26.8±1.07 years. Anamnesis was collected, general and gynecological examination, laboratory tests (general analysis of blood and urine, smears on flora, degree of purity), ultrasound. The most common cases were: hematoma (83), with supracervical localization noted in 46, corporal- in 37 patients; Hypertension of myometrium (48 patients); disturbed development of the yellow body (41). The yellow body in the ovary was determined in 51.2% of patients in the form of a rounded shape. The average diameter was 21.0±4.7 mm. The volume of hematoma averaged 13.0±1.8 cm3. In 40.5% of cases, the location of the chorion in the region of the internal pharynx was noted. It is established that the more ultrasound signs of miscarriage are found in the first trimester, the higher the probability of miscarriage.

Daxil olub: 19.12.2017

ÖD YOLLARININ PATOLOGİYALARI ZAMANI AĞIZ SUYU MAYESİNİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Y.Ə.Səmədli, E.R. Əliyeva, Ə.V. Orucov
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: öd yolları, tüpürcək, bufer qabiliyyəti
Ключевые слова: желчевыводящие пути, слюна, буферная емкость
Key words: bile ducts, saliva, buffer capacity

Müasir dövrümüzdə öd yolları xəstəlikləri bir sıra səbəblərdən artmışdır. Öd yollarının patologiyaları zamanı ümumi orqanizm səviyyəsində də dəyişikliklər baş verir. Bütün bunlarla bərabər ağız boşluğunun orqan və sistemlərində də müxtəlif dəyişikliklər baş verir. Ağız suyu orqanizmdə baş verən bir sıra dəyişikliklərin təsirilə dəyişikliyə uğraya bilən sistemdir. Bütün xəstəliklərin təzahürləri yaxşı anlamaq üçün onların patogenezi və etiologiyası ilə birlikdə müvafiq orqanlar sisteminin anatomo-fizoloji xüsusiyyətlərini də nəzərdən keçirtmək lazımdır. Öd kanalları boyunca birincili ödə əlavə olaraq ikincili olaraq qaraciyər ifrazatları da əlavə olur. Bu əlavə ifrazat öd kanalı və kanalcıqlarını daxildən örtən ifrazedici epitel hüceyrələrindən ifraz edilən Na və bikarbonat ionlarından ibarət sulu ifrazatdır [2]. Bəzən ödün bu ikinci hissəsi ümumi öd miqdarında 100% səviyyəsində əlavə artıma gətirib çıxara bilər. Bu ifrazat prosesi sekretin ilə qıcıqlandırılır; bu yolla pankreas tərəfindən ifraz edilən bikarbonat ionlarına əlavə olunan bikarbonat dəstəyilə bikarbonat ionlarının miqdarı artır, mədədən gələn turşu neytrallaşmış olur [3]. Qaraciyər hüceyrələri tərəfindən müntəzəm olaraq ifraz edilən öd normal halda ona 12-barmaq bağırsaqda lazım olana qədər öd kisəsində depolanır. Öd kisəsinin ən çox halda həcmi sadəcə 30-60 ml arasında dəyişilir. Buna baxmayaraq, 12 saat ərzində ifraz olunan (təxminən 450 ml-dir) ödün hamısı öd kisəsində toplana bilir [6,8]. Çünki, su, Natrium, xlor və digər kiçik elektrolitlərin əksər hissəsi müntəzəm olaraq, öd kisəsinin selikli qişası tərəfindən sorulur və beləliklə öd duzları, xolesterin, lesitin və bilirubin kimi birləşmələrlə ödün tərkibi qatılaşır. Öd kisəsinin epitelindən sorulmanın çox hissəsi Natriumun epiteldən aktiv şəkildə daşınması ilə həyata keçirilir. Natriumdan sonrakı yerləri xlor, su və digər həll olan maddələrin ikincili sorulması tutur. Öd bu yolla normal halda 5 dəfəyə qədər qatılaşır, ancaq buna baxmayaraq, ödün 20 dəfəyə qədər qatılaşdığı hallar da olur [7]. Ağız suyu 2 əsas tip protein ifrazatından ibarətdir: (1) karbohidratların həzmini təmin edən ferment olan pitialindən (α-amilaza) ibarət seroz ifrazat və (2) yumşaldıcı və səthi qoruyuculuq xüsusiyyətlərə malik olan musin tərkibli selik ifrazatı [1]. Parotis vəzilər tamamilə seroz tipli, submandibulyar və sublinqval vəzilər isə həm seroz, həm də mukoz (selik) tipdə ifrazata malikdir. Bukkal vəzilər isə yalnızca mukuz ifraz edir. Ağız suyu xüsusilə yüksək miqdarda kalium və bikarbonat ionlarından ibarətdir. Digər tərəfdən, ağız suyunda natrium və xlor ionlarının konsentrasiyaları plazma ilə müqayisədə çox azdır.

Submandibulyar ağız suyu vəzisi qarışıq vəzi olub, asinus və tüpürcək kanallarından ibarətdir. Bu vəzidə ağız suyunun ifrazı 2 mərhələlidir: İlk mərhələ asinuslar, ikinci mərhələ isə tüpürcək kanalları ilə əlaqədardır. Asinuslar pitialin və ya mutsindən ibarət və ion konsentrasiyası tipik hüceyrədənkənar mayedən fərqli olmayan birincili ifrazat ifraz edirlər. Birincili ifrazat kanallar boyunca irəliləyərkən tüpürcəyin daxilindəki mayenin ion tərkibini əhəmiyyətli dərəcədə dəyişikliyə uğradan 2 əhəmiyyətli aktiv daşınma hadisəsi baş verir [5].

İlk əvvəl, bütün tüpürcək kanalları boyunca natrium ionları aktiv şəkildə geriyə sorulduğu halda, kalium ionları natriumla yerdəyişmə edərək, aktiv şəkildə ifraz edilir. Bunun nəticəsində, tüpürcəkdə natrium ionunun konsentrasiyası əhəmiyyətli dərəcədə azaldığı halda, kalium ionunun konsentrasiyası artır. Ancaq, natrium ionunun geri sorulmasının kalium ionunun ifrazı ilə müqayisədə daha çox olması tüpürcək kanallarında -70 mV mənfilik yaradır. Bu vəziyyət xlor ionlarının passiv şəkildə geri sorulmasına səbəb olur. Bunun nəticəsində, natrium ionlarının konsentrasiyasındaki azalmaya uyğun şəkildə xlor ionlarının konsentrasiyası da çox aşağı səviyyədə azalır [10]. Daha sonra, bikarbonat ionları kanal epitelindən kanal boşluğuna ifraz olunur. Bu hadisədə qismən bikarbonatın xlor ionları ilə yerdəyişməsilə bərabər, aktiv ifrazetmə dövrlərinin də rolu vardır. Bu daşınma hadisələrinin nəticəsində, istirahət şərtləri daxilində, ağız suyunda olan natrium və xlor ionlarının hər birinin konsentrasiyaları təxminən 15 mEq/lt olur ki, bu da müvafiq ionların plazmadaki konsentrasiyaları ilə müqayisədə 7-10 dəfə azdır. Digər tərəfdən kalium ionlarının konsentrasiyası təxminən 30 mEq/lt –dir və bu göstərici plazmanın uyğun göstəricisindən 7 dəfə yüksəkdir. Ağız suyunda bikarbonat ionlarının konsentrasiyası təxminən 50-70 mEq/lt olmaqla, plazmanın müvafiq göstəricisindən 2-3 dəfə yüksəkdir. Ağız suyunun ifrazı ən yüksək həddə çatdıqda asinuslarda birincili ifrazatın əmələ gəlməsi sürətinin 20 dəfə artması nəticəsində ağız suyundakı ionların

konsentrasiyaları əhəmiyyətli şəkildə dəyişikliyə uğrayır: Asinus ifrazatı kanallar boyunca o dərəcədə sürətlə axır ki, ifrazatın kanalda işlənməsi əhəmiyyətli dərəcədə azalır. Bu səbəbdən ağız suyu çoxlu miqdarda ifraz edildikdə, natrium xlorun konsentrasiyası plazmadakının təxminən yarısı ilə 2/3 arasında olduğu qədər olduğu halda, kaliumun konsentrasiyası plazmadakından 4 dəfə çox olur. İnsan oyaq olduqda 1 dəqiqə ərzində demək olar ki, mukoz tipdə təxminən 0,5 ml ağız suyu ifraz olunur. İnsan yuxuda olduqda isə ağız suyu ifrazı əhəmiyyətli dərəcədə azalır. Ağız suyu ağız toxumalarının sağlamlığı baxımından əhəmiyyət daşıyır. Ağız boşluğu toxumalarda asanlıqla zədələnmələrə və kariesə səbəb ola bilən patogen mikroorqanizmlərlə zəngindir. Ağız suyu bu zərərli amilləri müxtəlif yollarla zərərsizləşdirə bilir:

Birincisi, ağız suyunun axması həm patogen, həm də onlara metabolik baxımdan dəstək olan qida qalıqlarının yuyularaq kənarlaşdırılmasında rolu vardır [5]. İkincisi, ağız suyu bakteriyaları parçalayan müxtəlif amillərə malikdir. Bunlardan biri, tiosianat ionları və digəri isə proteolitik fermentlərdir. Bu proteolitik fermentlər arasında ən əhəmiyyətlisi lizosimdir. Proteolitik fermentlər (a) bakteriyalara hücüm edir, (b) bakteriyaların daxilində bakterisid təsir göstərə bilən tiosianat ionlarının bakteriya hüceyrəsinin içərisinə keçməsinə şərait yaradır, (c) qida qalıqlarını parçalayaraq (yaxud həzmə uğradaraq) onların bakteriyaların həyat fəaliyyəti üçün istifadə edilməsinə mane olur. Üçüncüsü, ağız suyunda əksər hallarda əhəmiyyətli miqdarlarda zülal tərkibli anticisimlər olur. Bu anticisimlər, kariesogen bakteriyalar da daxil olmaqla bir çox bakteriya növü və ştammlarının zərərsizləşdirilməsində iştirak edir. Ağız suyunun miqdarı müxtəlif səbəblərlə əlaqədar olaraq azaldıqda ağız boşluğu toxumalarında tez-tez xoralaşma, infeksion proseslər və karioz proseslər inkişaf edir [1].

Tədqiqatın məqsədi: Öd yollarının müxtəlif patologiyaları zamanı ağız suyunun miqdarı, bufer xassələrinin öyrənilməsi.

Tədqiqatın material və metodları. Bu məqsədlə tərəfimizdən 25 nəfər əvvəl xolesistektomiya edilmiş, 25 nəfər öd yollarında durğunluq olan və 28 nəfər isə həm öd yollarında durğunluq, həm xolesistit, həm də öd daşları mövcud olan xəstələr olmaqla ümumilikdə 78 nəfər müxtəlif öd yolları xəstəliklərindən əziyyət çəkən şəxslər tədqiqata cəlb edilmişlər. Xəstələrin yaş intervalı 45-65 arasında tərəddüd etmişdir. Heç bir xəstədə infeksion, digər orqan və sistemlərin xəstəlikləri, o cümlədən də qaraciyər və öd yollarının bədxassəli xəstəlikləri olmamışdır. Tədqiqat zamanı qeyd edilən xəstələrdən ağız suyu nümunələri xüsusi steril qablara toplanaraq, ATU-nun Biokimyəvi laboratoriyası aparılmış və orada xəstələrdən götürülmüş ağız suyu nümunələrinin bufer qabiliyyəti öyrənilmişdir. Ağız suyu nümunələri iki dəfə toplanmışdır. İlk olaraq, xəstələr adi halda tox vəziyyətdə və yeməkdən 2 saat sonra ağız suyu nümunələri götürülmüş (stimulə edilməmiş ağız suyu) və daha sonra isə xəstələrin ağız suyu ifrazı 2%-li sirkə turşusu ilə stimulə edildikdən sonra onun bufer xassələri öyrənilmişdir. Bundan başqa, klinikada xəstələrin adi halda, yəni stimulə edilməmiş vəziyyətdə ağız suyu ifrazının həcmi də ölçülmüşdür. Ağız suyunun bufer qabiliyyəti ağız boşluğunda turş xassəli amillərin neytrallaşdırılmasında rol oynayır. Bu qabiliyyət fosfat və karbonat turşusu/bikarbonat sistemləri kimi bir sıra sistemlərə əsaslanır. Stimulyasiya edilməmiş ağız suyunda qeyri-üzvi fosfatın konsentrasiyası nisbətən yüksək olduğu halda, karbonat turşusu/bikarbonat sistemin konsentrasiyası aşağı olur. Stimulə olunmuş ağız suyunda isə karbonat turşusu/bikarbonat sisteminin konsentrasiyası yüksək olduğundan çox vacib əhəmiyyət daşıyır. Ağız suyunun bufer sisteminin effektivliyini müəyyən etmək üçün müxtəlif üsulları vardır ki, biz öz tədqiqatımız zamanı bu məqsədlə Eriksson üsulundan istifadə etmişik.

Üsul aşağıdakı kimi icra edilir:

1. Ağız suyu stimulyasiya edilməmiş vəziyyətdə 15 dəqiqə, stimulyasiya edilmiş halda isə 5 dəqiqə ərzində steril qablara toplanır
2. Toplanmış ağız suyu nümunələri çubuqla qarışdırılır
3. 1 ml qarışdırılmış ağız suyu 3 ml HCl ilə qarışdırılır (hər 1 l stimulə edilməmiş ağız suyuna 0,0033 mol HCl, hər 1 l stimulə edilmiş ağız suyuna 0,005 mol düşür)
4. Qarışığın köpüklənməsinin qarşısını almaq üçün qarışığa 1 damcı 2-oktanol əlavə edilir
5. Karbon qazını qarışıqdan kənarlaşdırmaq üçün 20 dəqiqə ərzində qarışıq qarışdırılır
6. Qarışdırılmış ağız suyunun son vəziyyətinin pH-ı elektrometrik olaraq ölçülür [9].

Alınmış ədədi verilənlər müasir tələbləri nəzərə almaqla statistik metodlarla işlənmişdir. Qrup göstəriciləri üçün orta qiymətlər (M), onların standart xətası (m), sıraların minimal (min) və maksimal (max) qiymətləri, həmçinin qruplarda keyfiyyət göstəricilərinin rastgəlmə tezliyi müəyyən edilmişdir. Qeyd edək ki, tədqiqat işi zamanı alınan nəticələrin statistik işlənməsi Statistica 7.0 tətbiqi kompüter proqramı ilə aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi: Tədqiqat nəticəsində 25 nəfərdən ibarət xolesistektomiya əməliyyatı icra edilmiş xəstələr qrupunda normal halda, ağız suyunun miqdarı 1,30±0,033 ml/dəq hesablandığı halda, 25 nəfərdən ibarət öd kisəsi və yollarında duğunluq olan xəstələr qrupunda bu göstərici bir qədər az, 1,19±0,021 ml/dəq müəyyən edilmişdir. Onu da qeyd edək ki, ağız suyu seroz və selik ifrazatlarından ibarətdir. Əsas ağız suyu vəziləri parotis (qulaqaltı), submandibulyar (çənəaltı) və sublinqval (dilaltı) vəzilərdir. Bundan əlavə, bir çox kiçik bukkal (yanaq) vəzilər də mövcuddur.

Cədvəl 1

Ağız suyunun bufer göstəricilərinin qiymətləndirilməsi [4,9]

Stimulə olunmamış ağız suyu	
pH göstəricisi	Qiymətləndirmə
>4,75	Yüksək
4,25-4,75	Normal
3,5-4,24	Aşağı
<3,5	Çox aşağı
Stimulə olunmuş ağız suyu	
pH göstəricisi	Qiymətləndirmə
>6,5	Yüksək
5,75-6,5	Normal
4,0-5,74	Aşağı
<4,0	Çox aşağı

Normal gündəlik ağız suyu ifrazı 800-1500 ml arasında tərəddüd edir (ortalama 1000 ml). 28 nəfərdən ibarət həm öd yollarında durğunluq, həm xolesistit, həm də öd daşları mövcud olan xəstələr qrupunda isə ağız suyunun dəqiqəlik ifrazı ortalama 0,71±0,018 ml hesablanmışdır (cədvəl 2). Ağız suyunun bufer qabiliyyətinin müəyyən edilməsi üzrə tədqiqatlar nəticəsində 25 nəfərdən ibarət xolesistektomiya edilmiş xəstələr qrupunda ağız suyunun Eriksson üsulu ilə pH bufer qabiliyyəti 6,03±0,036 müəyyən edilmişdir.

Cədvəl 2

Öd yollarının müxtəlif patologiyaları zamanı ağız suyunun miqdarı və bufer xassələrinin göstəriləri

Xəstə qrupları		Ağız suyunun göstəriciləri		
		Hər dəqiqədə ifraz olunan ağız suyunun miqdarı (normada 1 ml/dəq)	Eriksson üsulu ilə ağız suyunun bufer qabiliyyətinin göstəricisi (normada 5<pH<6)	Ağız suyunun pH-ı (normada pH 6-7)
Xolesistektomiya edilmiş	n=25	1,30±0,033	6,03±0,036	6,78±0,019
Öd yollarında durğunluq olan şəxslər	n=25	1,19±0,021*	5,49±0,022*	6,89±0,026*
Öd yollarında həm durğunluq, həm xolesistit, həm də öd daşları olan xəstələr	n=28	0,71±0,018*,**	4,23±0,020*,**	4,67±0,012*,**

Qeyd: *-xolesistektomiya edilmiş xəstələr qrupuna görə nəticələrin statistiki etibarlılığı (p<0,01); **- öd durğunluğu olan qrupa görə nəticələrin statistiki etibarlılığı (p<0,01).

Öd yollarında durğunluq olan 25 nəfərlik xəstələr qrupundan götürülmüş ağız suyu nümunələrində isə bufer qabiliyyəti 5,49±0,022 hesablanmışdır. Öd duzları ödün tərkibində olan ümumi həll olan maddələrin təxminən yarısını təşkil edir. Bundan başqa, bilirubin, xolesterin, lesitin və plazmanın elektrolitləri də yüksək miqdarlarda ifraz edilirlər. Öd kisəsində ödün qatılaşması mərhələsində su və elektrolitlərin böyük qismi (kalsium ionları istisna olmaqla) öd kisəsi divarının selikli qişasında geriyə sorulur. Öd duzlarının digər birləşmələri və lipid təbiətli maddələr olan xolesterin və lesitin geriyə sorula bilmir və beləliklə, öd kisəsindəki öd nəzərəçarpacaq dərəcədə qatı hala gəlmiş olur. Öd duzları qaraciyər hüceyrələri tərəfindən

qan plazmasındaki xolesterindən hazırlanır. Öd duzlarının ifraz edilməsi zamanı gündə 1-2 qrama qədər xolesterin qandan ödə ifraz edilir. Xolesterin suda tamamilə həll olmur. Öd yollarında durğunluqla bərabər, həm xolesistit, həm də öd daşları olan 28 nəfərlik xəstələr qrupunda Eriksson metodu ilə ağız suyu nümunələrinin pH bufer qabiliyyətinin öyrənilməsi zamanı müvafiq göstəricisinin 4,23±0,02 olduğu müəyyən edilmişdir.

Ümumi toplanmış ağız suyu nümunələrinin dəyişikliyə uğradılmadan pH göstəricisinin hesablanması üzrə tədqiqatımız zamanı xolesistektomiya əməliyyatı icra edilmiş 25 nəfərdən ibarət xəstələr qrupunda ağız suyunun ortalama pH göstəricisi 6,78±0,019 müəyyən edilmişdir. Normal halda ağız suyunun pH-ı amilazanın həzm etdirici təsiri üçün əlverişli olan 6,0-7,0 arasında tərəddüd edir. Alınmış nəticələri analiz etdikdə ifraz edilən ağız suyunun miqdarının ən yüksək göstəricisi xolesistektomiya edilmiş xəstələrdə qeydə alınmışdır ki, bu göstərici öd yollarında xolesistit və öd daşları olan xəstələr qrupunun müvafiq göstəricisindən 1,8 dəfə yüksəkdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Battino M., Ferreiro M.S., Gallardo .I, Newman H..N., Bullon P. The antioxidant capacity of saliva // J Clin Periodontol. 2002, v.29, p.189-94.
2. Navazesh M., Kumar S.K. Measuring salivary flow challenges and opportunities // J Am Dent Assoc., 2008, v.139, p.309-26.
3. Healy C.M., Farthing P.M., Williams D.M. et al. Pyostomatitis vegetans and associated systemic disease: a review and two case reports // Oral Surg Oral Med Oral Pathol., 2004, v.78, p.323-8.
4. Kitasako Y., Burrow M.F., Stacey M. et al. Comparative analysis of three commercial saliva testing kits with a standard saliva buffering test // Aust Dent J., 2008, v.53, p.140-4.
5. Lamey P.J., Lewis M.A. Oral medicine in practice: Salivary gland disease // Br Dent J., 2010, v.168, p.237-43.
6. National Institutes of Health Consensus Development Panel statement. Helicobacter pylori in peptic ulcer disease // JAMA, 2014, v.272, p.65-9.
7. Siegel M.A,. Jacobson J.J. Inflammatory bowel diseases and the oral cavity // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2009, v.87, p.12-4.
8. Tulunoglu O., Demirtas S., Tulunoglu I. Total antioxidant levels of saliva in children related to caries, age, and gender // Int J Paediatr Dent., 2016, v.16, p.186–91.
9. Yamada T., editor. Textbook of gastroenterology. Vol. 1. 2nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott; 2005.

Резюме

Свойства ротовой жидкости при патологиях желчевыводящих путей

Я.А. Самедли, Э.Р. Алиева, А.В.Оруджев

При изучении буферной емкости ротовой жидкости самые низкие показатели были выявлены в группе больных, отягощенных холециститом, застоем в оттоке желчи и у пациентов с выявленными камнями в желчном пузыре. При этом, эти показатели были ниже в 1,4 раза по сравнению с больными, у которых осуществлялась холицистоэктомия, и в 1,2 раза ниже у больных с функциональными нарушениями в желчевыводящей системе. Самые высокие показатели pH были обнаружены при развитии нарушений, связанных с проблемами по оттоку желчи, причем, данные в этой группе были выше на 1,01 раза, чем у оперированных больных, и на 1,4 раза выше, чем при наличии конкрементов.

Summary

Oral fluid properties in the bile duct pathologies

YA Samedli, E.R. Alieva, A.V. Orucov

When studying the buffer capacity of oral fluid, the lowest values were found in the group of patients burdened with cholecystitis, stagnation in the outflow of bile and in patients with detected gallstones. At the same time, these indicators were 1.4 times lower in comparison with patients who underwent cholecystectomy, and 1.2 times lower in patients with functional disorders in the bile excretory system. The highest pH values were found in the development of disorders related to problems with bile outflow, and the data in this group were 1.01 times higher than in the operated patients, and 1.4 times higher than in the presence of concrements.

Daxil olub: 26.12.2017

AĞIZ BOŞLUĞUNUN VƏ PARODONTİDİN MÜALİCƏ VƏ PROFİLAKTİKASI MƏQSƏDİLƏ HAZIRLANMIŞ YENİ TƏRKİBLİ DƏRMAN VASİTƏSİNİN TƏSİR XÜSUSİYYƏTLƏRİNİN ÖYRƏNİLMƏSİ

T.H.Süleymanova
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı.

Açar sözlər: stomotologiya, dərman bitkiləri, vərəmum
Ключевые слова: стоматология, лекарственные растения, прополис
Key words: stomatology, medicinal plants, propolis, oral cavity

Dərman bitkiləri ilə müalicə hələ çox qədimdən məlumdur, lakin bu günə qədər öz əhəmiyyətini itirməyən terapevtik üsullardan biri sayılır. Bitkilər yalnız xəstəliyi müalicə etmir, eyni zamanda bütün orqanizmə stimuledici təsir göstərərək, simptomatik və patogenetik səmərəyə malik olur. Bitkilərin tərkibindəki müxtəlif maddələr kimyəvipreparatlardan fərqli olaraq orqanizmə kompleks təsir edir. Bitkilərin kompleks təsir etməsi,orqanizmdən tezxaric edilməsi onların müalicə məqsədilə istifadə edilməsi cəhətdən səmərəlidir. Bu baxımdan stomatologiya sahəsində dəfitoterapiya mühüm əhəmiyyət daşıyır. Ağız boşluğu və selikli qişanın parodont xəstəliklərinin profilaktikası və müalicəsi, növ və formaları,stomatoloji plyonka (ərp, biofilm) bitki ekstraktları əsasında müalicə və profilaktikası bütün dünyada tətbiq edilir. Tibb təcrübəsində bitki mənşəli dərman preparatları selikli qişaların müxtəlif xəstəliklərin müalicəsi üçün geniş istifadə olunur. Onların tətbiqi xəstəliklərin xroniki forması zamanı xüsusilə səmərəlidir[1,2].

Çox qədim zamanlardan dərman bitkiləri stomatologiyada tətbiq edilir. Arxeoloji tapıntılar və elmi tədqiqatlar göstərdi ki, artıq 3 min il əvvəl ağız boşluğunu yaxalamaq üçün torpaq, müxtəlif bitkilərin götürülməsi, ağrı, şiş və iltihabı xəstəliklər zamanı istifadə edilmişdir. Bitkilərin stomatologiyada tətbiqini qədim yunan həkimi Hippokrat (e.ə.,IVəsrdə) ilk dəfə elmi cəhətdən əsaslandırmışdır. Öz tibbi təcrübələrində hələ o dövrdə dişlərin, damağın müəyyən ağrılı vəziyyətlərdə bəzi bitkilərin tətbiqini təsvir etmişdir. Fitopreparatların tətbiqi stomatologiyada tibb tarixi boyu inkişaf edib. Uzun müddət ümumiyyətlə bir sıra iltihabi xəstəlikləri zamanı stomatologiyada bitki preparatlarının başqa heç nə yox idi.

IXX əsrdən başlayaraq, XX əsrin sonuna qədər stomatologiya təcrübəsində yeni yaranmış sintetik preparatlar da tətbiq edilməyə başlayıb. Lakin onların geniş və hədsiz-hesabsız istifadəsi orqanizmin rezistentliyinə gətirib çıxardı.Stomatologiyada fitoterapiyaya artan maraq bitki mənşəli preparatların tətbiqindən ilk növbədə, əlavə təsirlərin olmaması vəyaxud az olması yaxşı mənimsənilməsi ilə izah olunur.Bitki preparatlarının əksəriyyətinin tərkibində biolojifəal maddələrin, makro və mikroelementlərin olması selikli qişanın parodont xəstəliklərinin profilaktikası və müalicəsi üçün geniş istifadəyə imkan verir.Stomatologiyada müxtəlif xəstəliklərdə yüzlərlə dərman bitkiləri tətbiq edilir. Ən çox tətbiq edilən - iltihab əleyhinə, ağrıkəsici, antiseptik və bakterisid, bioloji fəal maddələrdir. Stomatologiyada büzüşdürücü vasitə kimi palıd, tozağacı tumurcuqları, qızılağacı, qaxotunu, adaçayını daha çox dərman bitkiləri istifadə edilir. Onların fəaliyyəti, ilk növbədə, hüceyrələrin dehidratasiya proseslərilə bağlıdır. Bu, şişkinliyin azalmasına, iltihabın aradan qalxmasına, seliyi, ağrının və həssaslığın azalmasına səbəb olur.Bəzi bitkilər məqsədli tətbiqini tapır. Belə ki, muskat, qərənfil, zəncəfil, air, karies müalicəsində istifadə edilir. Boy çiçəyi, kərəviz, qoz, evkaliptfunqisid vasitə kimi istifadə edilir [2].

Çobanyastığı ciçəyinin cövhəri- iltihab əleyhinə vasitə kimi, stomatitlərdə, damaq və diş xəstəliklərində, xroniki tonzillitlər və anginalar zamanı ağız boşluğunu yaxalamaq üçün istifadə edilir[3].Təsadüfi deyil ki, eyni bitkinin müxtəlif xəstəliklərdə istifadə etmək olar, bu, patogenetik və simptomatik və immunostimuləedici təsir göstərə bilər. Bu baxımdan ağız boşluğunun müalicə və profilaktikası üçün bir sıra bitki tərkibli dərman vasitələri işlənib hazırlanmışdır. Vasitələrin tərkibi müxtəlif bitkilərin spirtli çıxarışı fonunda hazırlanmışdır. Hazırlanmış vasitələrin tərkibində olan vərəmumun miqdarı və təsir mexanizmi əsas olaraq öyrənilmişdir. Belə ki, vərəmumu təbii antibiotik adlandırmaq olar. Lakin adi antibiotiklərlə müqayisədə vərəmumun heç bir yanaşı təsiri yoxdur, vərəmum orqanizmin öz xeyirli mikroflorasını məhv etmir və immunitetin zəiflənməsinə gətirib çıxartmır. Vərəmum insan orqanizminin bir çox orqan və sistemlərinə müsbət təsir edir. Vərəmum çox yüksək bakterisid və iltihab əleyhinə xüsusiyyətlərə malikdir. Vərəmum bir çoxziyanlı bakteriyaları və virusların inkişafını dayandırır. Bu virus və bakteriyaların arasında- kokklar (streptokokklar, stafilokokklar və s.), qrip və herpes virusları, vərəm çöpü, kandida göbələyi və s.) vardır[3].

Vərəmum çox mürəkkəb tərkibə malikdir. Onun tərkibində 3%-ə qədər şan- ali karbol turşularının və ali spirtlərin qarışığı, bitki qətranları, (50-55%) efir yağları, (8-10%) bitki mənşəli fenollar, büzücü maddələr, polisaxaridlər, amin turşuları, mineral düzlar, qlükozidlər, antibiotiklər, makro və mikroelementlər (Ca, Mg,

P, K, Mn, Co, Zn, Cu), vitaminlər (A, C, B1, B3,B6,PP, E, pantoten turşusu) və çoxlu sayda daha az miqdarda mürəkkəb üzvi birləşmələr var. Vərəmum ağrısızlaşdıran vasitə kimi də istifadə oluna bilər. Bəzi tədqiqatlar sübut edir ki, propolis hətta novokaindən da təsirlidir. Diş ağrısı, boğaz ağrısı zamanı propolisi çox uğurla istifadə etmək olar. Xəstəliyin istənilən mərhələsində ən səmərəli təsir göstərən vasitədir. Yalnız yüksək keyfiyyətli propolis tez təsir göstərir. Bunun üçün boğazı hər gündə 3-5 dəfə 20%-li vərəmum məhlulu ilə qarqara etmək (bunun üçün 10-15 damcı məhlulu yarım stəkan suya damızdırıb istifadə edilir), və ya təmiz vərəmum yeməkdən sonra ağızda asta-asta çeynəmək lazımdır.

Bu zaman unutmayaq ki, tibb üçün maraqlı olan vərəmum sintetik dərman maddələri kimi orqanizmə mənfi təsir göstərmir, əksinə təbiətin yaratdığı bu maddə bütün zənginliyini və xüsusiyyətləri ilə, həm müalicə edərək, eyni zamanda orqanizmin immun sistemini gücləndirir.

Tədqiqatçılar müəyyən etmişlər ki, vərəmum karies əleyhinə, şiş əleyhinə,şüa əleyhinə, spazmalitik xüsusiyyətlərə malikdir [3].

Yuxarıda qeyd olunanlardan götürüldüyü kimi, təbii vasitələr, o cümlədən dərman bitki xammalları və vərəmum əsasında hazırlanmış vasitələr ayrı-ayrılıqda stomotoloji təcrübədə müxtəlif məqsədlərlə istifadə edilir. Lakin, respublikamızda yayılan təbii vasitələr əsasında kombinə edilmiş dərman vasitələrinin yaradılması və onun stomotoloji təcrübədə sınaqdan keçirilərək istifadəsi aktual problem olaraq qalır.

Göstərilənləri nəzərə alaraq, "Osteoparozlu xəstələrdə generalizə olunmuş parodontidin xüsusiyyətləri, onun diaqnostika və müalicəsinin optimallaşdırılması" məqsədilə2 fərqli tərkibdə məhlul hazırlanmışdır. Hər iki məhlulun təsir mexanizminin öyrənilməsi üçün "Tibbi mikrobiologiya və immunologiya" kafedrasına təqdim edilmişdir. Məhlulların tərkibində olan vərəmumun fərqli miqdarı işin əsas mahiyyətini təşkil edir. Belə ki, vərəmumun məhlulun tərkibində miqdarının çoxalması vasitənin keyfiyyətini tam olaraq yüksəltmişdir.

Tədqiqatın məqsədi təqdim olunmuş təbii vastələrin təsir mexanizminin öyrənilməsidir. Tədqiqatlar zamanı ATU-nun- stomotologiya kafedrası tərəfindən təqdim olunmuş və parodontidin müalicəsi məqsədi ilə sınaqlar üçün nəzərdə tutulmuş 2 məhluldan istifadə edilmişdir (Məhlullar şərti olaraq "Məhlul-1", "Məhlul-2" adlandırılmışdır).

Tədqiqatın material və metodları. Məhlul 2 fərqli tərkibdə hazırlanmışdır.

I məhlul. Palıd qabığı-2-4 qr, mixək ağacının tumurcuqları - 6-8 qr, darçın qabığı - 6-8 qr, vərəmum - 2-4 qr, evkalipt yarpağı- 2-4 qr, gülümbahar çiçəkləri -2-4 qr,cökə çiçəkləri- 2-4 qr ,propilenqlikol-1-3 qr, 40 %-li etil spirti və su qarışığı.

II məhlul. Palıd qabığı -2-4 qr, mixək ağacının tumurcuqları - 6-8 qr,darçın qabığı- 6-8 qr, vərəmum-6-8 qr, evkalipt yarpağı- 2-4 qr, gülümbahar çiçəkləri -2-4 qr, cökə çiçəkləri-2-4 qr, propilenqlikol -1-3 qr ,70 %-li etil spirti və su qarışığı.

Maddələrin antimikrob təsir xüsusiyyətini bir neçə üsulla öyrənilmişdir. Belə ki, ilk əvvəlantibakterial və antifunqal xüsusiyyətləri öyrənmək üçün disk- diffuziya üsulundan istifadə edilmişdir.

Bu xassələri öyrənmək üçün ***test kultura*** kimi ümumi qəbul olunmuş qayda üzrə irinli-iltihabi proseslərin əsas törədicilərindən olan Qram müsbət bakteriyaların nümayəndəsi kimi ***Staphylococcus aureus*** (qızılı stafilokoklar), Qram mənfi bakteriyalardan ***Esherichia coli*** (bağırsaq çöpləri), piqment əmələ gətirən Qram mənfi bakteriyalardan ***Pseudomonas aeruginoza*** (göy-yaşıl irin çöpləri), göbələklərin nümayəndəsi kimi mayayabənzər göbələklərdən olan ***Candida albicans*** (kandida) götürülmüşdür.

Disk-diffuziya üsulunda mikroorqanizmin sutkalıq kulturasından, 1 ml-də 1mld mikrob hüceyrəsi olan suspenziya hazırlanır, yəni steril fizioloji məhlul üzərinə bakterioloji ilgəklə, çəp aqar səthində olan sutkalıq mikrob kulturasından azacıq götürülüb suspenziya hazırlanır və stantartla uyğunlaşdırılaraq 1 ml-də 1mld mikrob hüceyrəsi olan həddə çatdırılır. Sonra içərisində ƏPA (Ət-peptonlu aqar) və Saburo aqarı olan Petri kasalarına ayrı - ayrı mikrob suspenziyası tökülür. Kasalar astaca elə tərpədilir ki, suspenziya hər tərəfə eyni dərəcədə yayılsın. Bundan sonra artıq qalan suspenziya pipetka vasitəsilə sorulub dezinfeksiya edici məhlulun içərisinə atılır. Kasalar məhlulun bir qədər quruması üçün10 dəq 37°C temperaturda saxlanılır. Bundan sonra kasalar termostatdan çıxarılır və əvvəlcədən təqdim edilən məhlulda 3-5 dəqiqə müddətində isladılmış steril disklər mikrob əkilmiş qidalı mühitin səthinə düzülür, üstündən pinsetlə yavaşca azacıq basılır ki, disklə yaxşı islansın. Bundan sonra ƏPA-lar 37°C temperaturla 24 saat, Saburo mühitindəki əkmələr isə 28°C temperaturda 48 saat müddətinə termostatda saxlanılır. Disklər islandıqca oraya hopdurulmuş maddə aqara diffuziya edir və mikrobu öldürür. 24-48 saat sonra kasalar termostatdan çıxarılır və nəticələr qeyd olunur (şəkil 2).

Staphylococcus aureus(++) (5-7mm)

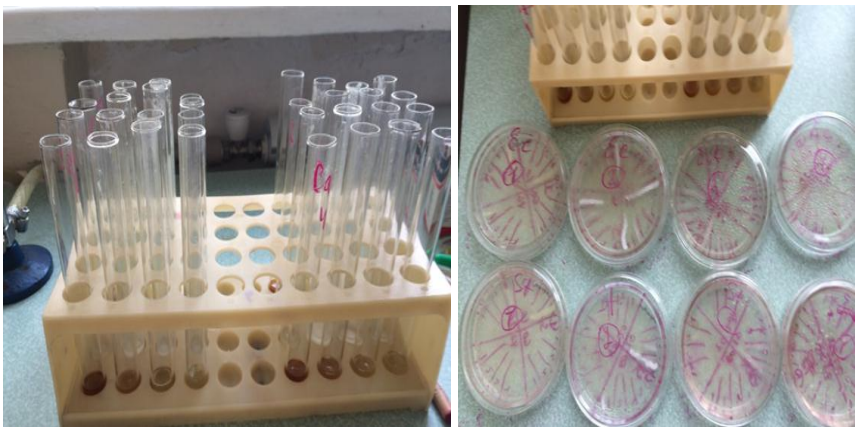
Esherichia coli (+) (5mm)

Pseudomonas aeruginoza (-) (0 mm)

Candida albicans (+) (5mm)
Fizioloji məhlul (kontrol) (-) (0 mm)
Qeyd:Rəqəmlər mikrobsuz zonaların diametrini mm-lərlə göstərir.
Bütün təcrübələr 3-5 dəfə təkrarlanmışdır.

Eləcə də təcrübələr kontrollarla müşayət olmuşdur, yəni fizioloji məhlul hopdurulmuş disklərin nə ətrafında, nə də altında steril zona əmələ gəlməmişdir, tam bitmə olmuşdur.

Növbəti mərhələdə təqdim olunan maddələrin antimikrob xüsusiyyətləri seriyalarla durulaşdırılma üsulu ilə öyrənilmişdir. Bu məqsədlə hər bir mikrob kulturası üçün 4 ədəd steril sınaq şüşəsi götürülülmüşdür. 1-ci və 2-ci şüşəyə 1 ml müayinə olunacaq maddə tökülmüş, 2-cidən başlayaraq sınaq şüşələrinin hərəsinə 1ml steril distillə edilmiş su əlavə edilmişdir. Sonra 2-cidən 1ml götürüb 3-cü sınaq şüşəsinə, 3-cüdən 4-cüyə, 4-cüdən isə 1 ml qarışıq götürüb kənara atılır. Beləliklə, sınaq şüşələrində tədqiq olunacaq yeni maddə 1:100 (1), 1:200 (2), 1:400 (3), 1:800 (4) nisbətlərdə durulaşdırılmış olur. Durulaşdırılma aparıldıqdan sonra Paster pipetkası ilə, 1ml-də 500 mln mikrob hissəciyi olan mikrob suspenziyasından hər sınaq şüşəsinə 1 damla əlavə edilmişdir. Sonra 10 dəqiqəlik ekspozisiyadan, 20 dəqiqəlik, 40 və 60 dəqiqəlik ekspozisiyalardan sonra hər bir sınaq şüşəsindən Petri kasalarındakı qidalı mühit səthinə düz xətt boyunca kultivasiya aparılmışdır. Əkmələr göbələk üçün 28^0C dərəcəli termostatda 48 saat, bakteriyalar üçün 37^0C-də 24 saat saxlanıldıqdan sonra nəticələr qeyd edilmişdir (şəkil 1).



Şək. 1. Göbələklər üçün əkmələr

Əlavə olaraq, hazırlanmış mikrob suspenziyalarının hər birinə ayrı-ayrılıqda 1 damla məhlul əlavə edilmişdir. Suspenziyaların 24 və 48 saatdan sonrakı dinamikasında yalnız Staphylococcus aureus suspenziyasında məhlulun təsir effekti qeydə alınmışdır.

Aparılan tədqiqatlara əsasən məhlulun Qram müsbət bakteriyaların nümayəndəsi kimi Staphylococcus aureus (qızılı stafilokoklar) nümunəsinəməhlulun təsiri qeydə alınmışdır (konsetrat halda).

Qram mənfi bakteriyalardan Esherichia coli (bağırsaq çöpləri), zəif təsir (yalnız konsentrat halda), piqment əmələ gətirən Qram mənfi bakteriyalardan Pseudomonas aeruginoza (göy-yaşıl irin çöpləri) antimikrob təsiri ümumiyyətlə qeydə alınmamışdır. Göbələklərin nümayəndəsi kimi mayayabənzər göbələklərdən olan Candida albicans (kandida) məhlul konsentrat halda və 1:100 durulaşmasında təsiri qeydə alınmışdır.

Eyni proseslər ikinci məhlulda da təkrarlanmışdır. Lakin II məhlul daha aktiv təsir göstərmişdir. Belə ki, aparılan təcrübələr zamanı məlum olmuşdur ki, I məhlul yalnız Qram müsbət bakteriyaların inkişafını inhibisiya etdiyi halda, II məhlul həm Qram müsbət, eləcə də qismən Qram mənfi bakteriyalara təsir etmişdir. Aparılan tədqiqatların nəticələri aşağıda verilmişdir.

Disk-diffuziya üsulu:
Staphylococcus aureus (++ +) (10 -12 mm)
Esherichia coli (+ +) (8 -10 mm)
Pseudomonas aeruginoza (+ +) (5 -7 mm)
Candida albicans (+ + +) (10 -12 mm)

Fizioloji məhlul (kontrol) (-) (0 mm)
Bütün təcrübələr 3-5 dəfə təkrarlanmışdır.
Durulaşma üsulu:
Qeyd: Rəqəmlər mikrobsuz zonaların diametrini mm-lərlə göstərir.

Cədvəl 1
Əkmələrin nəticələri

Test-kultura	Ekspozisiya müddəti (dəq)	Tədqid olunan maddə			
		1	2	3	4
Staphylococcus aureus	10	-	-	-	+
	20	-	-	-	+
	40	-	-	-	+
	60	+	+	+	+
Esherichia coli	10	-	-	+	+
	20	-	-	+	+
	40	-	-	+	+
	60	+	+	+	+
Pseudomonas aeruginoza	10	+	+	+	+
	20	+	+	+	+
	40	+	+	+	+
	60	+	+	+	+
Candida albicans	10	-	-	+	+
	20	-	-	+	+
	40	+	+	+	+
	60	+	+	+	+

Qeyd: 1,2,3,4- 1:100, 1:200, 1:400, 1:800 göstərir; "+" tam bitməni göstərir; "-" bitmənin olmamasını göstərir.

Cədvəl 2
Əkmələrin nəticələri

Test-kultura	**Ekspozisiya müddəti (dəq)**	**Tədqid olunan maddə**			
		1	***2***	***3***	***4***
Staphylococcus aureus	10	-	-	-	+
	20	-	-	-	+
	40	-	-	-	+
	60	-	+	+	+
Esherichia coli	10	-	-	-	+
	20	-	-	-	+
	40	-	-	-	+
	60	-	+	+	+
Pseudomonas aeruginoza	10	-	-	+	+
	20	-	-	+	+
	40	+	+	+	+
	60	+	+	+	+
Candida albicans	10	-	-	+	+
	20	-	-	+	+
	40	-	-	+	+
	60	-	-	+	+

Qeyd:1,2,3,4- 1:100, 1:200, 1:400, 1:800 göstərir; "+" tam bitməni göstərir; "-" bitmənin olmamasını göstərir.

Əlavə olaraq, hazırlanmış mikrob suspenziyalarının hər birinə ayrı –ayrılıqda 1 damla II məhlul əlavə edilmişdir. Suspenziyaların 24 və 48 saatdan sonrakı dinamikasında Staphylococcus aureus və Candida albicans suspenziyasında məhlulun təsir effekti 24 saat ərzində qeydə alınmışdır. Məhlul həm konsentrat (təqdim edilən formada) eləcədə, 1:100, 1:200, 1:400 nisbətində durulaşma formasında da antimikrob və antifunqal təsir göstərmişdir. Belə ki, bakteriyaların inhibisiası daha aktiv olmuşdur. Esherichi coli və

Pseudomonas aeruginoza suspenziyasında məhlulun təsir effekti nisbətən zəif olmuşdur. Lakin buna baxmayaraq II məhlulun Qram müsbət, eləcə də Qram mənfi bakteriyalara təsiri aktiv olmuşdur.

Nəticə. Aparılan tədqiqatlar nəticəsində məlum olmuşdur ki, II məhlul daha aktiv təsir mexanizminə malikdir. Belə ki, tərkibində vərəmumun daha çox miqdarda (6-8 qr) və etil spirtinin 70 %-li olması Qram müsbət bakteriyalara daha aktiv, Qram mənfi bakteriyalara isə misbətən zəif təsir olsa da,qeydə alınmışdır. Hətta ən aktiv ştamm sayılan **Pseudomonas aeruginoza** mikrob kulturasına belə təsir göstərmişdir.

Tərkibində vərəmumun miqdarının və etil spirtinin yüksək faizli olması məhlulun daha aktiv təsir etməsinə səbəb olmuşdur.

ƏDƏBİYYAT

1. Оправин А.С., Назаренко Н.А., Вилова Т.В. Лекарственные средства в терапевтической стоматологии: учебное пособие для врачей-стоматологов. Архангельск, 2009, 216 с.

2.Козодаева М.В., Иванова Е.В. Современная фитотерапия в комплексном лечении заболеваний пародонта у больных сахарным диабетом II типа. / Материалы XXV и XXVI Всероссийских научно-практических конференций «Актуальные проблемы стоматологии». М., 2011, с.26-129.

3.Козодаева М.В., Мануйлов Б.М., Иванов В.С., Иванова Е.В. Динамика показателей местного иммунитета полости рта при лечении пародонтита современными фитопрепаратами у больных сахарным диабетом // Пародонтология, 2011, № 3, с.22-26.

4.Мануйлов Б.М. Некоторые особенности фитотерапии в стоматологии: Методические рекомендации. М., 2005, 57 с.

5.Yokoyama K., Hamada K., Moriyama K., Deqradation and trakture of Ni- Ti superelastik wire an oral cavity/ Biomaterials,2001, v. 22, № 16, p.2257-2262.

6. Süleymanova T.H.,Vəliyeva M.N., Mehraliyeva S.C., Həsənli S.F.Pielone fritin müalicəsi üçün fitoekstraktın hazırlanması və antimikrob fəallığının öyrənilməsi // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, 2017, N4

7.Mehrəliyeva S.C., Həsənli S.T., Süleymanova T.H. Mədə-bağırsaq xora xəstəliyinin profilaktika və müalicəsi üçün fitokompozisiya tərkibinin işlənib hazırlanması // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, 2017, №4.

Резюме

Изучение свойств воздействия лекарственных сердст с новым составом приготоволенных с целью лечения и профилактики ротовой полости и пародонтита

Т.Х.Сулейманова

В представленной статье, даны материалы и литература, результаты проведенных микробиологических исследований. Так, согласно проведенным исследованиям, изучен механизм лекарственного средства в составе растений, в частности, прополиса. Подготовленный раствор в новом составе, оказывает существенно-значительное влияние на разные микроорганизмы. Учитывая все это, подготовленное лекарственное средство можно использовать с целью профилактики и лечения полости рта и пародонтита.

Summary

Study of new drugs effects for the treatment and prevention of parodontidis and oral cavity diseases

T.H.Suleymanova

In the presented article, materials and literature are given, the results of microbiological research. So, according to the conducted researches, the mechanism of a medicinal preparation in structure of plants, in particular, propolis is studied. The prepared solution in a new composition has a significant-significant effect on different microorganisms. Considering all this, the prepared medicinal product can be used for the purpose of prophylaxis and treatment of the oral cavity and periodontitis

Daxil olub: 26.12.2017

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Р.К. Бадалов, Ф.Ф.Агаев
Научно-исследовательский институт легочных заболеваний, г. Баку

Açar sözlər: destruktiv ağlciyər vərəmi, cərrahi müalicə
Ключевые слова: деструктивный туберкулез легких, хирургическое лечение
Key words: destructive pulmonary tuberculosis, surgical treatment

Современная фтизиохирургия имеет более чем 100 летнюю историю, когда впервые C. Spengler в 1890 году успешно произвел торакопластику больному туберкулезом легких. Все фтизиохирургические вмешательства делят на радикальные и паллиативные. Под радикальными операциями принято считать удаление всех туберкулезных изменений или основного очага специфического поражения легких. Паллиативные методы включают в себя ряд коллапсохирургических вмешательств на грудной клетке и этапных операций на легких. Более 10% больных с деструктивным туберкулезом легких длительно, безуспешно получавших антибактериальную терапию нуждаются в широкой торакотомии в сочетнии с различными видами резекции легкого. Не редко хирургическое лечение данной категории больных продолжается длительное время с этапными хирургическими вмешательствами, позволяющими подготовить пациента к завершающей операции. В основном же, все нуждающиеся в хирургическом лечении больные оперируются в один этап, т.е. условно можно говорить об этапных и одномоментных методах хирургического лечения [1,3,4,5,7]. При этом послеоперационные осложнения имеют место в 25-30% случаев. Общая летальность после торакотомии, по данным зарубежных авторов составляет 3-4%, а у лиц с сопутствующими хроническими заболеваниями органов кровообращения и пищеварения-5% [2,6,8,9].

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 110 больных с деструктивными формами туберкулеза легких у 44(40%) из них имело место осложнение в виде эмпиемы плевры. Данной категории пациентов, составивших основную группу, в предоперационном периоде были использованы методы детоксикационной терапии в виде ультрафиолетового облучения крови (УФОК) 3-5 сеансов, карбогемосорбции 1-2 сеанса, облучения стенок эмпиемы плевры гелий-неоновым лазером с плотностью мощности 10-15 мВт/см2 в случае закрытого ведения и облучения со стерилизацией стенок эмпиемы углекислотным лазером с плотностью мощности 200-250 Вт/см2. Степень готовности к хирургическому вмешательству больного оценивалась по клинико-бактериологическим показателям.

Группу сравнения составили 23 больных, которым в предоперационном периоде проводились рутинные методы предоперационной подготовки.

Обсуждение. Как было сказано выше, одномоментные хирургические вмешательства были выполнены у 110 (58,8%) больных основной и у 23 (37,7%) больных группы сравнения. Характер одномоментных оперативных вмешательств выполненных у больных групп наблюдения представлен в таблице 1.

Судя по результатам приведенным в таблице, как в основной, так и в группе сравнения преобладали операции резекционного плана- объемом от сегментарной резекции с частичной плеврэктомией до плеврпульмоноэктомии. Количество таких операций составило 63,1% в основной группе и 60,8% в группе сравнения.

Количество коррегирующих торакопластик было значительно меньше резекционных видов вмешательств и составило соответственно в группах 29,2% и 34,8%. Данные положения объясняются тем, что меньшее количество коррегирующих торакопластик у больных основной группы связано с более качественной предоперационной подготовкой у этих больных, что позволяло им перенести резекционные операции большего объема

При выполнении одномоментных оперативных вмешательств у 8 больных возникли ряд интраоперационных осложнений, которые представлены в диаграмме (Рис.1).

Как видно из таблицы повреждения стенки каверны были отмечены у 3 (2,7%) больных основной, и у 1 (4,3%) больного группы сравнения. Данный вид осложнения встречался чаще всего в момент выделения легкого из сращений верхних отделов гемиторакса. Во всех случаях осложнения были ликвидированы. Из полости вскрытой каверны аспирировали ее содержимое, стараясь не

инфицировать плевральную полость, обрабатывали вскрытую каверну 3% раствором йода (трижды), после чего ушивали дефект.

Таблица 1

Виды одномоментных оперативных вмешательств

Виды хирургических вмешательств	Группы наблюдений			
	Основная n=110		Сравнения n=23	
	Абс	%	абс	%
Пульмон и плевропульмонэктомия	18	16,2	3	13
Доудаление оставшихся отделов легкого по типу плевропульмонэктомии	4	3,4	1	4,4
Лобэктомия и лобплевроэктомия	33	30,0	7	30,4
Плевроэктомия с декортикацией легкого	8	7,7	1	4,4
Сегментарная резекция с частичной плеврэктомией	15	13,5	3	13,0
Торакопластика	32	29,2	8	34,8
Итого:	110	100	23	100

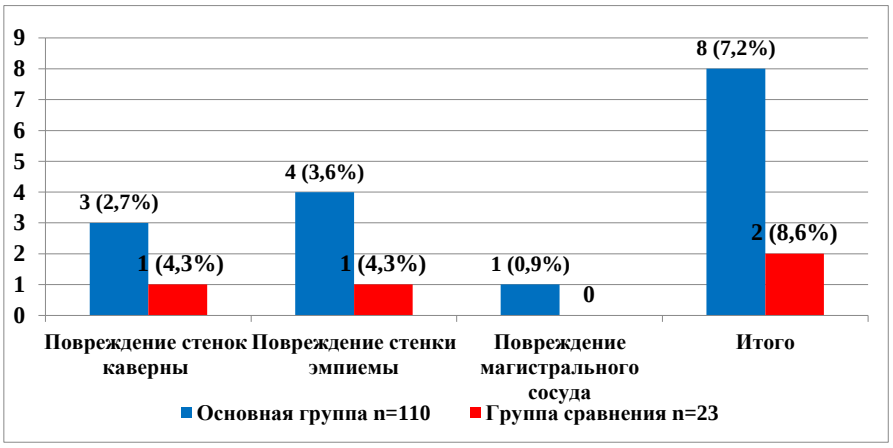


Рис.1.Характер интраоперационных осложнений у больных с одномоментными хирургическими вмешательствами

При попадании содержимого в плевральную полость, обрабатывали ее раствором фурацилина 1:5000, хлоргексидина 1% или 3% перекисью водорода. Повреждение стенки эмпиемы встретилось у 4 (3,6) больных основной, и у 1 (4,3) в группе сравнения. Данный вид осложнения отмечался при отделении стенки эмпиемы в области переходной складки или при отделении мешка эмпиемы в области костального синуса. С целью ликвидации осложнения, проводили эвакуацию содержимого с обработкой внутренних стенок растворами антисептиков, и по возможности ушивали дефект стенки эмпиемы. Повреждение магистрального сосуда было в одном случае, которое было ликвидировано окклюзией поврежденного сосуда питающего резецируемый отдел легочной ткани. В послеоперационном периоде 27 (24,5%) больных основной группы развилось 40 (36,0%) различных осложнений.

В группе сравнения послеоперационные осложнения развились у 8 (34,8%) оперированных больных. Общее количество осложнений было 12, что составляет 52,0% от числа операций. Структура послеоперационных осложнений представлена в таблице 2.

Как видно из таблицы в группах наблюдения было отмечено разное количество послеоперационных осложнений. Так в основной группе, благодаря более качественной предоперационной подготовки было отмечено 40 (36,0%) различных видов осложнений против 12

(52,0%) в группе сравнения, т.е. на 14,0% меньше. Наиболее частыми осложнениями были прогрессирование туберкулезного процесса, несостоятельность культи главного или долевого бронха с развитием эмпиемы плевры остаточной плевральной полости и нагноение послеоперационной раны.

Таблица 2

Характер послеоперационных осложнений у больных с одномоментными оперативными вмешательствами

Характер послеоперационных осложнений	Группы наблюдений	
	Основная n=110	Сравнения n=23
Несостоятельность культи главного бронха с развитием эмпиемы плевры	5 (4,5%)	1 (4,3%)
Несостоятельность культи долевого бронха с развитием эмпиемы остаточной плевральной полости	3 (2,7%)	1 (4,3%)
Замедление расправления легкого	5 (4,5%)	1 (4,3%)
Нагноение послеоперационной раны	7 (6,4%)	2 (8,67%)
Внутриплевральные кровотечения	2 (1,8%)	0
Неэффективная торакопластика с развитием эмпиемы плевры	5 (4,5%)	1 (4,3%)
Послеоперационная пневмония	2 (1,8%)	1 (4,3%)
Тромбоэмболия	1 (0,9%)	1 (4,3%)
Легочно-сердечная недостаточность	2 (1,8%)	1 (4,3%)
Прогрессирование туберкулезного процесса	8 (7,1%)	3 (13,2%)
Итого абс, %	40 (36,0%)	12 (52,0%)

При сравнительной оценке было установлено, что количество случаев прогрессирования туберкулезного процесса в послеоперационном периоде в основной группе составило 7,1% против 13,2% в группе сравнения, т.е. в 1,9 раза меньше. Такая же закономерность наблюдается при сравнительном анализе количества таких осложнений как послеоперационная пневмония 1,8% и 4,3%; тромбоэмболия легочной артерии 0,9% и 4,3%; лёгочно-сердечная недостаточность 1,8% и 4,3% соответственно. При сравнительном анализе других послеоперационных осложнений статистически достоверной разницы в группах наблюдения не получено.

С целью ликвидации послеоперационных осложнений было предпринято 33 оперативных вмешательства у 27 больных основной группы и 12- у 8 больных в группе сравнения. Характер которых представлен в таблице №3.

Как видно из приведенной таблицы реампутация культи главного бронха было предпринята у одного больного основной группы и доудаление по типу плевропульмонэктомии у 3 больных. У данных больных выполненные операции оказались эффективными.

Таблица 3

Характер дополнительных оперативных вмешательств, предпринятых с целью ликвидации послеоперационных осложнений у больных с одномоментными оперативными вмешательствами

Характер оперативных вмешательств	Группы наблюдений	
	Основная n=110	Сравнения n=23
Торакостомия	13	3
Реторакотомия	2	2
Реторакопластика	3	1
Торакомиопластика	3	2
Этапные торакопластики	8	3
Доудаление по типу плевропульмонэктомии	3	1
Реампутация культи главного бронха	1	-
Итого / %	33	12

У одного больного группы сравнения с доудолением оставшихся отделов легкого по типу плевропульмонэктомии развилось осложнение в виде несостоятельности культи главного бронха и на фоне прогрессирующего туберкулезного процесса больной умер. 13 больным основной группы и 3 больным группы сравнения с целью санации, полость эмпиемы была вскрыта с формированием торакостомы. У 4 больных с данным осложнением торакостомия оказалась эффективной и им не понадобилась завершающая операция. Оставшимся 9 больным были выполнены следующие операции: торакопластики 3 больным, этапные реторакомиопластики 1 и этапной торакопластики 5 больным. У всех этих больных наступило выздоровление. У 2 больных основной группы и 1 больного группы сравнения для ликвидации осложнения были выполнены реторакопластики. У 12 больных основной группы после реторакопластики отмечалось развитие в послеоперационном периоде тромбоэмболии легочной артерии приведшей его к смерти на 4 сутки после второго оперативного вмешательства

Реторакотомии выполненные у 4 больных в группах наблюдения оказались эффективными у 2 больных основной группы и 1 больного группы сравнения. У 1 больного группы сравнения отмечался рецидив эмпиемы плевры, потребовавший вскрытия полости с открытой ее санацией и дальнейшей реторакомиопластикой с положительным эффектом.

Этапные торакопластики выполнены 8 больным основной и 3 больным группы сравнения. При этом у одного больного основной группы и 2 больных группы сравнения отмечалось нагноение послеоперационной раны, которое было ликвидировано консервативным путем. У 1 больного группы сравнения отмечалось прогрессирование туберкулезного процесса на фоне нарастающих явлений интоксикации и легочно-сердечной недостаточности больной скончался.

У 7 больных основной группы торакопластики оказались эффективными.

Характеристика клинической эффективности одномоментных оперативных вмешательств представлена в диаграмме (Рис.2).

В графу клинический эффект отнесены больные, у которых достигнута полная ликвидация полости эмпиемы и деструкция легочной ткани, а также отсутствуют клинико-лабораторные признаки интоксикации.

В графу улучшения отнесены больные, у которых сохранена полость эмпиемы, отсутствуют симптомы интоксикации, но они были выписаны по тем или иным причинам которые были перечислены выше, без завершающих торакомиопластических операций. Как видно из диаграммы №2, клинический эффект основной группы достигнут у 93 (84,6%) больных, в то время как в группе сравнения у 16 (69,6%) больных, т.е. в основной группе клиническая эффективность была выше на 15,0%.

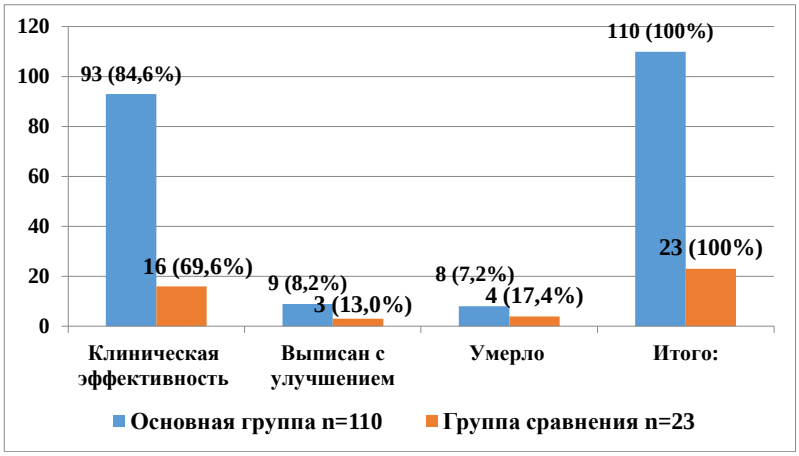


Рис.2. Эффективность хирургического лечения больных с одномоментными хирургическими вмешательствами

Кроме того, с улучшением в основной группе выписано 9 (8,2%), а в группе сравнения- 3 (13,0%) В основной группе умерло в послеоперационном периоде 8 (7,2%) больных, а в группе сравнения- 4 (17,4%) больных, то есть летальность в основной группе была на 10,2% ниже или же 2,4 раза меньше. Структура послеоперационной летальности представлена в таблице 5.

Таблица 5

Характеристика причин послеоперационной летальности.

Причины летальных исходов	Группы наблюдений			
	Основная n=110		Сравнения n=23	
	Абс	%	абс	%
Острая легочно-сердечная недостаточность	1	0,9	1	4,3
Тромбоэмболия легочной артерии и ее ветвей	1	0,9	1	4,3
Прогрессирование туберкулеза легких	3	2,7	2	8,7
Бронхоплевральные осложнения	2	1,8	0	0
Послеоперационная пневмония единственного легкого	1	0,9	0	0
Итого:	8	7,2	4	17,4

Таким образом, оценивая в целом общую эффективность хирургического лечения больных осложненным деструктивным туберкулезом легких, следует отметить, что клинический эффект у больных основной группы был достигнут в 85,8% случаев по сравнению с 72,2% группы сравнения, что было на 13,6% выше. Выписано с улучшением 6,8% больных в основной группе и 13,2% больных в группе сравнения. Летальный исход был зафиксирован в 7,4% больных основной группы и 14,6% больных группы сравнения, что было на 7,2% ниже или в два раза меньше. Повышение эффективности хирургического лечения мы связываем с применением данного алгоритма (УФОК, карбогемоперфузия, лазерное излучение) в предоперационной подготовке больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абашидзе Г.Г. Хирургия, 1955, №12, с.50.
2. Богуш Л.К., Вопросы грудной хирургии..М.,1952, т.IV, 280с.
3. Анастасов О.В., Хирургическое лечение туберкулеза легких с множественной лекарственной устойчивостью в условиях программы DOTS-PLUS: Автореф. дис. ... канд, мед.наук, 2011, 21с.
4. Краснов В.А., Хирургическое лечение больных с деструктивными формами рецидивов туберкулеза легких: Автореф. дис. ... докт.мед.наук.,1994, 40с.
5. Скорняко С.Н., Мотус И.Я., Кильдюшева Е.И. и др. Хирургия деструктивного лекарственно устойчивого туберкулеза легких // Туберкулез и болезни легких, 2015, №3, с. 15-20.
6. Винокуров И.И., Кравченко А.Ф., Шамаев В.Е., Совершенствование хирургической помощи у больных туберкулезом легких с множественной лекарственной устойчивостью путем разработки нового высокотехнологичного метода операции // Туб.и болезни легких, 2015, №6, с.65-66.
7. Кравченко А.Ф. Влияние торакопластики на кардиореспираторную и иммунную системы больных туберкулезом // Якутский мед.журнал, 2013, №1(41), с.73-76.
8. Шевченко А.А., Жила Н.Г., Шевченко А.В. Коллапсохирургическое лечение деструктивного туберкулеза легких // Якутский мед.журнал, 2014, №1(45), с.9-11.
9. Мамедбеков Э.Н., Алиев К.А., Меджидов Ф.А., Аббасова А.С. Хирургическое лечение больных прогрессирующим устойчивым туберкулезом легких // Tibb və Elm Jurnall, 2017, №2(8), s.27-30.

Xülasə

Destruktiv ağciyər vərəmi olan xəstələrin cərrahi müalicəsinin nəticələri

R.K..Bədəlov, F.F.Ağayev

Nəzarət altında destruktiv ağciyər vərəmi olan 110 xəstə olmuşdur. Onlardan 44(40%) nəfərdə plevra empieması kimi ağırlaşma qeydə alınmışdır. Bu kateqoriyadan olan xəstələrə əməliyyatdan əvvəlki dövrdə 3-5 seans qanın ultrabənövşəyi şüalandırılması,1-2 seans karbonhemosorbsiya kimi detoksikasiya metodu ilə müalicə aparılmışdır. Plevra emöiemasının divarları gücü 10-15 mVt/sm^2 olan helium-neon lazer ilə şüalandırlmış, gücü 200-250 mVt/sm^2 olan karbon-2-oksid lazer ilə empiemanım divarları sterilləşdirilmişdir. Xəstənin cərrahi müdaxiləyə hazırlıq dərəcəsi klinik-bakterioloji göstəricilər üzrə təyin edilmişdir. Müqayisə qrupunu 23 xəstə təşkil etmişdir. Onlara əməliyyatdan əvvəlki dəvrdə ənənəvi müayinə paketi aparılmışdır. Əsas qrupda 110 (58,8%) və müqayisə qrupunda 23 (37,7%) xəstəyə birdəfəlik cərrahi müdaxilə aparılmışdır. Destruktiv ağıciyər vərəmi ilə ağırlamış xəstələrin cərrahi müalicəsini qiymətləndirdikdə qeyd etmək lazmdır ki, əsas qrupda klinik effektivliyə 85,8%, müqayisə qrupunda isə 72,2% nail olunmuşdur. Bu da 13,2% yüksək olmuşdur. Müqayisə qrupundan yaxşı nəticələri ilə 6,8%, əsas

qrupdan 13,2% xəstə evə buraxılmışdır. Əsas qrupda 7,2% xəstədə, müqayisə qrupunda 14,6% xəstə letal sonluq qeydə alınmışdır ki, bu da 7,2%, yəni 2 dəfə az olmuşdur. Cərrahi müalicənin effektivliyini biz əməliyyatdan əvvəlki övrdə apardığımız hazırlıq (ultrabənövşəyi şüalandırma, lazer şüalandırma) tədbirləri ilə əlaqələndiririk.

Summary

Results of surgical treatment in patients with destructive tuberculosis of lungs

R.K. Badalov, F.F. Agayev

110 patients with destructive forms of pulmonary tuberculosis were observed in 44 (40%) of them had a complication in the form of pleural empyema. This category of patients who formed the main group in the pre-operative period used methods of detoxification therapy in the form of ultraviolet irradiation of blood (UFO) 3-5 sessions, carbogemosorption of 1-2 sessions, irradiation of the pleural empyema walls with a helium-neon laser with a power density of 10-15 mW / cm2 in the case of closed reference and irradiation with sterilization of the walls of the empyema by a carbon dioxide laser with a power density of 200-250 W / cm2. The degree of readiness for surgical intervention of the patient was assessed by clinical and bacteriological indicators. The comparison group consisted of 23 patients who underwent routine preoperative preparation in the preoperative period. Single-time surgical interventions were performed in 110 (58.8%) patients of the primary and in 23 (37.7%) patients in the comparison group. Estimating the overall effectiveness of surgical treatment of patients with complicated destructive pulmonary tuberculosis, it should be noted that the clinical effect in the patients of the main group was achieved in 85.8% of cases compared with 72.2% of the comparison group, which was 13.6% higher. 6.8% of patients in the main group and 13.2% of patients in the comparison group were discharged with improvement. The lethal outcome was recorded in 7.4% of patients in the main group and 14.6% in the comparison group, which was 7.2% lower or half as much. Increasing the effectiveness of surgical treatment, we associate with the application of this algorithm (UFK, carbogemoperfusion, laser radiation) in the preoperative preparation of patients.

Daxil olub: 07.12.2017

СВОЕВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА МИКОЗОВ СТОП У ВОЕННОГО КОНТИНГЕНТА ПАЦИЕНТОВ

И.А.Амирова, С.А.Алиева, И.А.Ахмедов, С.Д.Ахмедова, Ф.И.Балакишиева, Н.А.Алиев, Э.А.Шадлинский, М.И.Сулейманов

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

***Açar sözləri*:** ayaq mikozları, onixomikoz, trixofitita, qarışıq infeksiya

Ключевые слова: микоз стоп, онихомикоз, трихофития, микст-инфекция.

Keywords: feet mycosis, onichomycosis, trichophytosis, mixed-infection.

Дерматомицеты (синоним дерматофиты)- кератинофильные грибы- основные возбудители микоза стоп и онихомикоза в 85-90% случаев, при поражении кистей они утрачивают свое первенство. Изолированное поражение ногтей чаще всего обусловлено дрожжевыми грибами рода *Candida* [1]. Нитчатые недерматомицеты (плесени) редко становятся причиной грибковой инфекции как при поражении кистей, так и при поражении стоп. При онихомикозе их выделяют приблизительно в 5% случаев [2].

Предикторами возникновения дерматомикозов являются:

- механические травмы кожных покровов и ногтевых пластинок;
- постоянный контакт с химическими агентами и водой;
- ношение неудобной обуви;
- повышенное потоотделение;
- деформации или анатомические особенности;
- несоблюдение норм гигиены.

Для дерматофитов, в частности для *Tr. rubrum*, характерным является распространенность процесса, склонность к генерализации, при этом все основные патологические процессы в ответ на инвазию гриба захватывают не только кожные покровы, но и придатки кожи. Патологический

процесс носит симметричный характер, при этом в случае с *Tr. rubrum* основная роль отводится способности грибов к кератофильности, т.е. к способности разрушать и усваивать кератин [3].

При онихомикозах возбудитель проникает через пораженную кожу. Можно выделить три пути инвазии гриба: через гипонихий из-под дистального, т.е. латерального края, через дорсальную поверхность ногтевой пластинки и через проксимальный ногтевой валик [4]. Некоторые грибы, в частности *Tr. mentagrophytes,* способны проникать непосредственно в дорсальную часть ногтевой пластинки и поэтому гораздо быстрее и сильнее, чем *Tr. rubrum*, разрушают ногтевую пластинку. Поражение ногтевой пластинки при онихомикозе характеризует три основных клинических признака: изменение цвета; утолщение (грибковый подногтевой гиперкератоз); крошение или разрушение [5].

Для грибов рода *Candida* характерно первичное поражение кожных покровов и придатков кожи. В отношении большинства плесневых грибов лишь отдельные виды признаны патогенными самостоятельными возбудителями дерматомикозов, большая же часть не способны самостоятельно вызывать микотическое поражение, без предварительного нарушения целостности пораженной области [6].

В современной микологии апробированы новые методы ДНК-диагностики, например парный тест, использующий два праймера, специфичных для наиболее вероятных возбудителей дерматомикозов (*Tr.rubrum, Tr.mentagrophytes*). Чувствительность данной методики может составлять более 90% [7].

Немаловажным фактором предупреждения рецидивирования микоза стоп и онихомикозов является профилактическое направление. Профилактика включает личные и общественные мероприятия, санитарно-просветительскую работу. Дезинфекция обуви при онихомикозах и микозах стоп необходима поскольку споры могут длительное время сохранять жизнеспособность и быть источником реинфекции [8]. В последние годы для дезинфекции обуви чаще используют специальные ультрафиолетовые (УФ) устройства, действие которых основано на фунгицидном эффекте УФ-излучения [9].

Цель исследования- провести ретроспективный клинико-эпидемиологический анализ микозов стоп/онихомикозов среди военного контингента за период с 2011-2016 гг.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе клинико-эпидемиологических данных отделения дерматовенерологии главного госпиталя вооруженных сил Азербайджанской Республики. Учитывались данные обращаемости, профилактических осмотров, госпитализации, работа с текущей и архивной документацией. Истории болезни, за исследуемый период были взяты за основу в проведении данной работы.

По дизайну исследование было одноцентровым, ретроспективным, рандомизированным, открытым и сравнительным.

Критериями включения в клиническое исследование были:

- микотическое поражение стоп и ногтевых пластинок: микоз стоп/онихомикоз

Критериями включения в эпидемиологическое исследование были:

- офицерский состав вооруженных сил и военно-морского флота;

-рядовой состав (солдаты срочной службы, матросы, курсанты военных училищ, солдаты сверхсрочной службы, прапорщики).

Статистическая обработка данных выполнена с помощью параметрических и непараметрических методов. Достоверность различий оценивали с помощью критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Анализ заболеваемости микозом стоп/онихомикозом позволил выявить, что в течение исследуемого периода (с 2011 по 2016 гг.) наивысший пик обращаемости отмечен в 2016 году, по убывающей следовали 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 годы соответственно.

Из общего числа обращений с микотической патологией в 2011 году в отделение дерматовенерологии главного госпиталя вооруженных сил республики офицерский состав составил 8,2% (31 пациентов), рядовой состав- 91,8%(354 пациентов). С микозом стоп/онихомикозом обращаемость среди офицеров 4,2% (16 пациентов), среди рядового состава 56,5% (217 пациентов).

Из общего числа обращений с микотической патологией в 2012 году в отделение дерматовенерологии главного госпиталя вооруженных сил республики офицерский состав составил 9,4% (37 пациентов), рядовой состав- 90,6% (365 пациентов). С микозом стоп/онихомикозом обращаемость среди офицеров 4,2% (16 пациентов), среди рядового состава 48,4% (195 пациентов).

Из общего числа обращений с микотической патологией в 2013 году в отделение дерматовенерологии главного госпиталя вооруженных сил республики офицерский состав составил

12,1%(49 пациентов), рядовой состав- 87,9%(356 пациентов). С микозом стоп/онихомикозом обращаемость среди офицеров 5,3%(21 пациент), среди рядового состава 40,4% (163 пациента). Из общего числа обращений с микотической патологией в 2014 году в отделение дерматовенерологии главного госпиталя вооруженных сил республики офицерский состав составил 7,8%(20 пациентов), рядовой состав- 92,2%(243). С микозом стоп/онихомикозом обращаемость среди офицеров 3,3%(8 пациентов), среди рядового состава 45,3% (119 пациента).

Из общего числа обращений с микотической патологией в 2015 году в отделение дерматовенерологии главного госпиталя вооруженных сил республики офицерский состав составил 6,3%(16 пациентов), рядовой состав- 93,7%(263 пациента). С микозом стоп/онихомикозом обращаемость среди офицеров 4,1%(11 пациентов), среди рядового состава 38,4%(107 пациентов). Из общего числа обращений с микотической патологией в 2016 году в отделение дерматовенерологии главного госпиталя вооруженных сил республики офицерский состав составил 4,7%(18 пациентов), рядовой состав- 95,3%(344 пациента). С микозом стоп /онихомикозом обращаемость среди офицеров отсутствовала, среди рядового состава 40,1%(137 пациентов).

Выводы. Таким образом, ретроспективный анализ заболеваемости микозом стоп/ онихомикозом, среди пациентов главного госпиталя вооруженных сил Азербайджанской Республики за период с 2011-2016гг. выявил положительную тенденцию эпидемиологической ситуации за весь исследуемый период, несмотря на пиковый всплеск в 2016 году 140 пациентов (40,1%).

Микотическое поражение стоп и онихомикозы занимают ведущее место по обращаемости, в связи с высокой подверженностью данному виду дерматомикозов военного контингента. В 2011 году зафиксировано 60,7%(233 пациента) среди обратившихся за медицинской помощью в отделение дерматовенерологии военного госпиталя Республики с микозом стоп/онихомикозом, в 2012 году 52,6%(211 пациентов), в 2013 году 45,7%(184 пациента), в 2014 году 48,6%(127 пациентов), в 2015 году 42,5%(118 пациентов), в 2016 году 40,1%(145 пациентов) соответственно. Несмотря на положительную тенденцию, важной частью профилактики продолжает оставаться обработка обуви военнослужащих. Для обработки обуви традиционно применяют специальные дезинфецирующие средства (20-40% раствор формалина, 40% раствор кислоты уксусной, 1% раствор хлоргексидина биглюконата) и ультрафиолетовое излучение. Кислая среда является губительной для грибов, поэтому все средства по дезинфекции обуви призваны обеспечить именно такую среду. Необходимо проведение санитарно-просветительской работы по усилению целенаправленных профилактических мероприятий в военных вооруженных силах республики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурова С.А. Особенности лечения грибковых инфекций кожи и ее придатков в группах риска // Клиническа ядерматология и венерология, 2014, №1, с.47-51.

2. Жукова О.В. Современные методы наружной терапии онихомикозов // Клиническая дерматология и венерология, 2012, №5, с.76-79.

3. Stein Gold L.F., Parish L.C., Vlahovic T. et al. Efficacy and safety of naftifine HCl Gel 2% in the treatment of interdigital and Moccasin type tinea pedis: pooled results from two multicenter, randomized, double-blind, vehicle-controlled trials // J Drugs Dermatol. 2013, v.12(8), s.911-918.

4. Сергеев Ю.В., Кудрявцева Е.В., Сергеев А.Ю. Экзодерил (Нафтифин)- клиническая эффективность при дерматомикозах и инфекциях смешанной этиологии // Российский журнал кожных и венерических болезней, 2004, №1, с.37-41

5. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В., Сергеев В.Ю. Новые концепции патогенеза, диагностики и терапии онихомикозов // Иммунопатология, аллергология и инфектология, 2007, №3, с.9-16.

6. Сергеев Ю.В., Савченко Н.В., Сергеев А.Ю. и др. Возможности и перспективы местной и комбинированной терапии онихомикозов во второй декаде XXI века // Иммунопатология, аллергология и инфектология, 2012, №3, с.73-80.

7. Кунгуров Н.В., Кохан М.М., Потеха А.Ю., Щербакова Н.В. Эффективность терапии грибковых заболеваний кожи и ногтей // Клиническая дерматология и венерология, 2008, №2, с.9-16.

8. Котрехова Л.П., Разнатовский К.И., Вашкевич А.А. Особенности течения микозов кожи на современном этапе и их рациональная терапия // Consilium Medicum. Дерматология, 2014, №1, с.31-34.

9. Сергеев А.Ю., Иванов ОЛ., Сергеев Ю.В. Исследование современной эпидемиологии онихомикоза // Вестник дерматологии и венерологии, 2002, №3, с.31-35

Xülasə

Xəstələrin hərbçi kontingentində pəncə mikozlarının vaxtında diaqnostikası və profilaktikası

İ.A.Əmirova, S.A.Əliyeva, İ.A.Əhmədov, F.İ.Balakişiyev, NəA.Əliyeva, E.A.Şadlinskiy, M.İ.Süleymanova

Tədqiqatın məqsədi 2011-2016-cı illər ərzində hərbçi kontingent arasında pəncə mikozlarının retrospektiv klinik-epidemioloji müayinələrinin aparılmasıdır. Tədqiqatlar Azərbaycan Respublikası Silahlı Qüvvələrinin Baş Hospitalının dermatologiya-venerologiya şöbəsinin bazasında aparılmışdır. Bu dövrdə pəncə mikoz/ onixomikozlarının təhlilindən məlum olmuşdur ki, 2016-cı ildə pik partlayışı olsa da, mikozların epidemioloji vəziyyəti baxımından müsbət tendensiya qeydə alınmışdır.

Summary

Timely diagnosis and prevention of foot mycoses in the military contingent of patients

I.A. Amirova, S.A.Aliyeva, I.A.Akhmedov, S.D.Akhmedova, F.I.Balakishiyeva, N.A.Aliyev, E.A. Shadlinskiy, M..Suleymanov

The aim of the study was to conduct a retrospective clinical and epidemiological analysis of foot / onychomycosis mycoses among the military contingent for the period from 2011-2016. The study was conducted on the basis of clinical epidemiological data of the Department of Dermatovenereology of the main hospital of the armed forces of the Republic of Azerbaijan. A retrospective analysis of the incidence of mycosis by stop / onychomycosis, among patients of the main hospital of the armed forces of the Republic of Azerbaijan for the period from 2011-2016. revealed a positive trend in the epidemiological situation for the entire study period, despite a peak surge in 2016, 140 patients (40.1%).

Daxil olub:24.01.2018

ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ ЖЕЛЕЗИСТОГО АППАРАТА ГОРТАНИ ЧЕЛОВЕКА В УСЛОВИЯХ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ НОРМЫ

В.Б. Шадлинский, З.Р. Сеидова, С.М. Рустамова

Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку

Ключевые слова: гортань, железистый аппарат, дыхательные пути.
Açar sözlər: qırtlaq, vəzi aparatı, tənəffüs yolları.
Key words: larynx, glands apparatus, respiration ways.

Макромикроморфология желез гортани у человека определяется широким распространением эндоскопических исследований дыхательных путей, взятием в диагностических целях кусочков слизистой оболочки этого органа для исследования. Для морфологического анализа биопсийного и секционного материала патологоанатомам необходимы нормативные критерии количественного плана, позволяющие провести сравнительный анализ выявленных изменений. Данные исследования морфологии железистого аппарата гортани человека, помимо чисто прикладного значения, будут способствовать расширению знаний лучшего понимания закономерностей развития многочисленных патологических процессов у этого органа.

Цель исследования состояло в изучении структурно-функциональных закономерностей морфогенеза железистого аппарата гортани человека в условиях относительной нормы.

Задачи исследования были сформулированы следующим образом.

1. Изучить макромикроскопическую анатомию и топографию желез гортани у человека в постнатальном онтогенезе.
2. Проанализировать морфологические особенности желез в области сфинктерных зон гортани у людей разного возраста.
3. Проанализировать возрастную, половую и индивидуальную морфо- функциональную изменчивость желез, расположенных в различных отделах гортани у человека.

Материалы и методы исследования. Морфология желез гортани в условиях относительной нормы была изучена на секционном материале (35 наблюдения), полученном от трупов людей, не позднее 18 часов после смерти погибших в возрасте от периода новорожденности до 89 лет. Смерть была связана с травмами (11), острой сердечно-сосудистой недостаточностью (9), отравлениями (этиловым спиртом и др.-8) и с ишемической болезнью сердца (7). В изученный материал не включались случаи с документально зафиксированной патологией органов дыхания, заболеваниями иммунной системы, крупных желез организма (печень, поджелудочная железа). Взятие материала для исследования проводилось в осенне-зимний период. Из общего числа наблюдений макро-микроскопический анализ проводился в 20 случаев, гистологические и гистохимические исследования – в 15 наблюдениях.

При макро-микроскопическом подходе после изъятия гортани, удалялись ее хрящи и мускулатура, просвет органа промывался. Препарат растягивался на стеклянной пластине. Железы окрашивались в 0,05% растворе метиленового синего с 0,5% раствором уксусной кислоты на водопроводной воде. Окрашивание продолжалось 24-30 часов, после чего препарат фиксировали в насыщенном растворе молибденовокислого аммония. На тотальных препаратах гортани подсчитывалось общее число желез, плотность их расположения (количество устьев на площади 1 кв. см стенки органа), длина и толщина начальных отделов и выводных протоков желез, анализировались их взаимоотношения как друг с другом, так и с соседними структурами органа.

Микроанатомически на секционном материале железы гортани изучались в 25 наблюдениях.

Результаты исследований и их обсуждение. В результате проведенного исследования были получены результаты, раскрывающие многие закономерности морфогенеза железистого аппарата гортани. Показано, что конструкция желез гортани у человека принципиально не отличается от многоклеточных желез другой органной принадлежности (пищевода, глотки, трахеи и др.), что соответствует общим принципам структурной организации многоклеточных желез организма. Железы гортани человека представлены начальными отделами и общими выводными протоками. Количество начальных отделов вариабельно, колеблется от 1 до 3-4 (изредка 5). При этом, по нашим данным, по количеству преобладают железы, имеющие один начальный отдел, составляющие большинство почти во все периоды постнатального онтогенеза. В период новорожденности, в частности, число таких желез составляет в среднем 85,5%, в 1-ом периоде зрелого возраста – 57,8%, в старческом периоде оно снижается до 31,1%. Железы с двумя начальными отделами также, по нашим данным, многочисленны. Их процентное количество равняется 14,5% у новорожденных детей, затем увеличивается до 57,8% в 1-м периоде зрелого возраста и уменьшается до 42,1% общего количества желез у людей старческого возраста. Начальные отделы желез всегда хорошо очерчены, представлены паренхимой (начальные части и проксимальные отделы протокового аппарата) и стромой (рыхлая волокнистая соединительная ткань). Начальные отделы желез, по нашим данным, залегают всегда в толще слизистой оболочки и волокнисто-хрящевой оболочки гортани. Расположение желез возле хрящевого остова органа, видимо, обусловлено тем, что хрящи могут обеспечивать механическую защиту секреторных образований при изменении положения различных частей органа (при голосообразовании, глотании, вдохе-выдохе и т.д.). Начальные отделы желез на протяжении всей гортанной стенки определяются в соединительнотканных прослойках, разделяющих поперечно-полосатую мускулатуру этого органа. Такие микротопографические взаимоотношения желез и мускулатуры гортани, по нашему мнению не случайны, поскольку сократительная деятельность мышц может обеспечивать выделение секрета на поверхность покровного эпителия (для увлажнения, как его, так и воздушной струи при вдохе). На регуляторную роль поперечно-полосатых мышц, окружающих железы в стенках полых внутренних органов указывается в научной литературе [1, 2, 3].

Железы гортани располагаются на протяжении всего органа. По нашим данным, они отсутствуют лишь в толще голосовых складок. Этот вывод, доказанный как при исследовании тотальных, так и микропрепаратов органа, вносит ясность в вопрос, который многолетне дискутировался в научной литературе. По нашему мнению, отсутствие желез в голосовых складках функционально оправдано. При наличии желез разных размеров и конфигураций в голосовых складках, рельеф последних неминуемо изменился бы с гладкого на бугристый, что вызовет изменение звука (исказит фонацию), скажется в итоге на голосообразовании.

Мы впервые показали, что толщина слизистой оболочки гортани в области расположения в ней начальных отделов желез увеличивается, по сравнению с соседними участками, где железы отсутствуют (в 1,5-2,5 раза, в зависимости от возраста). Видимо, этот факт также обусловлен

топографическими взаимоотношениями начальных отделов желез с окружающими их соединительнотканными волокнами слизистой оболочки органа, которые раздвигаются, высвобождая место для располагающихся среди них начальных отделов желез. Следовательно, для начальных отделов необходимо место, результатом чего, видимо, является увеличение толщины слизистой оболочки в области расположения желез.

Форма желез у человека на протяжении гортани изменчива. На основании макро-микроскопических исследований мы показали, что в стенках преддверия гортани преобладают железы с округлыми и овальными начальными отделами. Это, по-видимому, не случайно, поскольку начальные отделы желез этой зоны, располагаются преимущественно в углублениях (ямках), на гортанной (внутренней, задней) поверхности надгортанника [4, 5]. Железы в стенках желудочков, как правило, имеют округлую форму, максимально компактны. Такая особенность их внешнего вида, возможно, обусловлена тем, что на относительно небольшой по площади территории располагается значительное количество желез. В толще черпало-надгортанных складок кроме округлых и овальных по форме желез, вне зависимости от возраста и пола всегда имеются железы более сложной формы (лентовидные, древовидные), что, по нашему мнению, обусловлено хорошим развитием подслизистой основы в этой зоне и наличием, следовательно, достаточного объема для формирования и расположения желез. Напротив, железы залегающие в стенках подголосовой полости, как правило имеют уплощенные начальные отделы. Это не случайно, поскольку подслизистая основа на уровне этого отдела гортани относительно тонкая, плотная (эластический конус). В этой зоне начальные отделы желез плотно прилегают к дуге и пластинке перстневидного хряща.

По нашим данным, своеобразна также форма желез, залегающих в толще соединительно-тканных прослоек, разделяющих пучки поперечно-полосатой мускулатуры гортани. Вне зависимости от возраста, начальные отделы желез этих зон имеют вытянутую, близкую к лентовидной форму. Такой вид начальных отделов обусловлен архитектоникой этих соединительнотканных прослоек (вытянутых, с небольшой толщиной), в межклеточном веществе которых непосредственно располагаются начальные отделы этих желез. Все изложенное, очевидно, доказывает, что внешний вид желез во многом можно объяснить конкретными региональными особенностями конструкции того или иного отдела гортанной стенки, структурным элементом которого являются железы.

Макро-микроскопические данные, а также изучение гистопрепаратов показали, что общие выводные протоки в большинстве случаев направляются вначале поперечно к верхне-нижнему отделу гортани, а затем образуют S-образный изгиб, открываясь на поверхности покровного эпителия под углом 45-90° к поверхности слизистой оболочки. Аналогичные изгибы общего выводного протока у желез разной органной принадлежности были ранее описаны в научной литературе. По данным макро-микроскопических исследований, такая микротопография выводных протоков характерна для желез слизистой оболочки твердого неба человека. По нашему мнению, образование подобного изгиба поэтому может считаться общей (универсальной) закономерностью морфологии внутристеночных экзокринных желез. Видимо, увеличение протяженности выводного протока (из-за образования S-образного изгиба) способствует более длительному пребыванию секрета в его просвете и морфо-функциональным особенностям собственной пластинки слизистой оболочки. Нельзя исключить, что при этом происходят процессы концентрации секрета, а также возможное набухание слизистой оболочки при определенных функциональных состояниях органа.

Характерно распределение желез в стенках гортани у человека. В соответствии с полученными данными, железы образуют короткие продольные, часто прерывистые ряды. Продольная ориентация желез в виде рядов наблюдается, по нашим материалам, на уровне преддверия гортани в среднем в 85,2%, в стенках подголосовой полости – в 89,8% случаев. Количество рядов варьирует от 2 до 5 в период новорожденности (3,56 ряда в среднем), от 3 до 12 в подростковом периоде (в среднем 6,96) и от 2 до 16 (в среднем 8,87) – в пожилом возрасте. Образование подобных рядов, видимо, не случайно. Гистохимическими методами было показано, что секреторные элементы слизистой оболочки гортани, трахеи, главных бронхов выполняют сложную барьерно-фиксирующую роль. Секрет желез обладает бактериостатическим, бактерицидным, вируснейтрализующим, вирусингибирующим свойствами. Продольная ориентация устьев выводных протоков соответствует при этом направленности воздушной струи, которая может содержать самый разнообразный антигенный (пылевые антигены), микробный и другой материал. Кроме того, при таком расположении железы, вероятно, оптимально защищают слизистую оболочку от иссушающего действия воздушной струи, а также способствуют увлажнению вдыхаемого воздуха. Поэтому продольная (рядная) ориентация

типична не только, по-видимому, для желез гортани. Аналогичное расположение желез (в виде рядов) имеется у перепончатой стенки трахеи.

Вместе с тем, наши материалы о расположении желез гортани в виде коротких, прерывистых рядов не соответствует некоторым литературным данным. Так, по мнению некоторых авторов [6, 7], железы гортани рядов не образуют, располагаясь в основном небольшими группами. Следует отметить, что в литературе приводятся данные о микротопографии желез лишь на основании изучения гистологических срезов стенок гортани. Проследить особенности распределения желез на каком-либо значительном по протяженности участке стенок органа таким методом невозможно. Этой цели адекватен лишь метод макро-микроскопии, позволяющий проанализировать особенности распространения желез на всем протяжении органной стенки. Наши материалы также не подтверждают разные мнения которого железы на уровне подголосовой полости располагаются в виде веерообразных (расходящихся) рядов. Несоответствие наших материалов вышеуказанным, видимо, обусловлено тем, что были изучены особенности расположения желез в случаях хронической ангины, различных ларингофарингитов, что могло отразиться на особенностях локализации желез.

Помимо распределения желез в виде рядов мы постоянно выявляли одиночное, парное их расположение, формирование групп из нескольких (3-10) желез. Нам не удалось выявить какой-либо асимметрии в расположении желез, преобладания их по количеству, размерам, внешнему виду в правой или левой половинах стенки гортани. Отдельные выявленные случаи асимметрии, по нашему мнению, носят индивидуальный характер, могут быть обусловлены правосторонним (левосторонним) преобладанием гортанных желудочков или другими анатомическими причинами. Поэтому мы не поддерживаем мнение авторов, считающих, что железы неравномерно распределены по периметру гортани.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шадлинский В.Б., Никитюк Д.Б., Мовсумов Н.Т. Морфологическая макро-микроскопическая характеристика желез гортани человека. Научные труды II Международного Конгресса «Современные методы диагностики и лечения аллергии астмы и иммунодефицитов» Тбилиси, Цхалтубо, Грузия, 2010, p. 197.

2. Шадлинский В.Б., Касумов Ш.И., Мовсумов Н.Т.Микроанатомическая характеристика желез гортани детей в условиях нормы. Сборник научно-практической конференции «Актуальные проблемы клин. микробиологии в XXI веке», Баку, 2011, с. 159-161.

3. Мовсумов Н.Т.Морфологическая специфичность желез сфинктерных зон гортани человека. Научные труды II Международного Конгресса «Современные методы диагностики и лечения аллергии астмы и иммунодефицитов» Тбилиси, Цхалтубо, Грузия, 2010, p. 197.

4. Мовсумов Н.Т.Возрастные железисто-лимфоидные взаимоотношения в стенках гортани человека в постнатальном онтогенезе. Труды III международной конференции ученых-медиков стран Черноморского Бассейна (BSEC) «Актуальные вопросы клинической и теоретической медицины и биологии», Грузия, Цхалтубо 2010, с. 166-167.

5. Мовсумов Н.Т.Морфофункциональные особенности слизистой оболочки гортани в период новорожденности. Материалы IV съезда иммунологов и аллергологов СНГ Москва, 12-14 сентября, 2009. Аллергология и иммунология т.2, №2, с. 144.

6. Shadlinski V.B., Movsumov N.T. Questions concerning the number and size of glands of the human larynx / VI National Congress of Anatomy, Edirne, 2008, p. 76.

7. Movsumov N.T. Micro-anatomic characteristics of glandular and surface epithelium of the human larynx. VI National Congress of Anatomy, Edirne, 2008, p. 29.

Xülasə

Nisbi norma şəraitində insan qırtlağının vəzi aparatının struktur-funksional qanunauyğunluqlarının öyrənilməsi

V.B. Şadlinski, Z.R. Seyidova, S.M.Rüstəmova

Apardığımız makromikroskopik müayinələr əsasında qeyd etmək olar ki, insanda qırtlaq vəziləri bu orqanın bütün uzunluğu boyu yerləşərək dəyişkən formaya malikdir. Qırtlaq dəhlizinin divarında oval və girdə formalı başlanğıc şöbəyə malik olan vəzilər üstünlük təşkil edir. Yaşdan və cinsdən asılı olaraq çalov – qırtlaq qapağı büküşlərində bir qədər mürəkkəb (lentşəkilli formalı) vəzilərin olması bu nahiyədə selikaltı əsasın yaxşı inkişaf etməsi ilə əlaqədardır. Bu tədqiqat qırtlağın müxtəlif patoloji proseslərinin inkişaf qanunauyğunluqlarını aydın başa düşmək üçün biliklərin qiymətləndirilməsinə xidmət edir.

Summary

Study of sturcture-functional laws of glandular apparatus of human larynx at the condition of comparison norm

V.B. Shadlinski, Z.R. Seyidova, S.M.Rustamova

On the base of results of our macromicroscopic investigations the laryngeal glands are located along of all organ and having changeable forms in human. There are superiority glands having origin parts with the ovoid and round shape in the walls of laryngeal cavity. In the ary - epiglottic fold some complex form of glands connected with the well development of submucous layer of the laryngeal cavity dependence on age and sex. This investigation services to increase the knowledges for clear understand the developmental laws of different pathological processes in larynx.

Daxil olub: 14.12.2017

ASTARA-LƏNKƏRAN ZONASINDA BEÇƏRİLƏN FEYXOA BİTKİSİNİN (FEİJOA SELLOWIANA BERG) MÜXTƏLIF HISSƏLƏRINDƏ YODUN MIQDARI TƏYINI

K.Y. Əliyeva, Y.E. Məmmədova, S.Ş. Əliyeva, M.N.Kərimov

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

***Açar sözlər*:** feyxoa, yod, Astara-Lənkəran

Ключевые слова: фейхоа, йод, Астара-Ленкорань

Keywords: feijoa, iodine, Astara-Lenkaran

Bitki mənşəli vasitələrin müvəffəqiyyətli tətbiqi ilk növbədə onların yüksək bioloji fəallığı ilə izah olunur. Belə bioloji fəal maddələrlə zəngin olan bitkilərdən biri də özünün zərif dad və aromatik, qidalandırıcı və müalicəvi-profilaktik xüsusiyyətləri ilə seçilən feyxoadır [2,4,9].

Feijoa Berg. (feyxoa) cinsi 140 cins və 3000 yaxın növü olan Mərsin (Myrtajeae) fəsiləsinə daxildir. Feyxoanın aşağıdakı növləri məlumdur: Feijoa sellowiana Berg, Feijoa obovata Berg, Feijoa Sjorenkiana Kuaersk. Feijoa obovata Berg. Növü bəzən Feijoa sellowiana berg növünün növ müxtəlifliyi kimi kimi nəzərdən keçirilir. Feijoa Berg. (feyxoa) cinsinin ən mühüm növü Feijoa sellowiana Berg. (sellov feyxoası) növüdür. Bu növ meyvə verən və dekorativ bitki kimi mədəni becərilir. Həmişə yaşıl kol və ya 3 m hündürlükdə olan ağacdır. Qışda -15°C qədər şaxtaya dözümlü olur və budaqların donduğu halda asanlıqla bərpa olunurlar [2,6].

Subtropik bitki olan feyxoa meyvəsinin əmtəə dəyəri müxtəlif olduğundan yeyinti sənayesi üçün də böyük maraq doğurur. Meyvələrinin güclü, sabit və xoş ətri, iri toxumların olmaması, nazik qabığı, uyğun forma və ölçüsü ən keyfiyyətli kompotlar, jele, mürəbbə, marmelad, cem, likyorlar, qazlı və sərinləşdirici içkilər, şərbət və digər məhsullar əldə etməyə imkan verir. Öz ətrini uzun müddət saxladığından, digər məhsulların aromatizasiyası üçün də istifadə edilə bilər [3].

Feyxoa yarpaqlarının və meyvəsinin tərkibində şəkərlər, üzvi turşular, pektin maddələri, efirli yağlar, flavonoidlər, aşı maddələri, katexinlər, qlikozidlər (arbutin, antraqlikoxidlər), saponinlər, xlorofillər və s. vardır. Həmçinin feyxoa təxminən on müxtəlif vitamin: tiamin, riboflavin, piridoksin, niasin, askorbin, pantoten və fol turşusu, bir çox makroelementlər: kalsium, maqnezium, fosfor, kalium və natrium, mikroelementlərdən: dəmir, mis, manqan və sinklə zəngindir. Bundan başqa ədəbiyyat mənbələrində feyxoa meyvələrinin tərkibində yüksək miqdarda asan mənimsənilən yodun olduğu göstərilir [1,2,4,5,6, 7,8]. Bu səbəbdən də müalicəvi-profilaktik vasitə kimi qalxanvari vəzin funksiyasının pozulması zamanı istifadə olunur. Yodun feyxoanın tərkibində suda həll olmuş vəziyyətdə olması onun orqanizm tərəfindən maksimal mənilməsini təmin edir. Feyxoa tərkibindəki yodun miqdarına görə dəniz məhsulları ilə müqayisə oluna bilər.

Feyxoa meyvələrindən həmçinin qastritin, piyelonefritın, aşağı turşuluqlu qida borusu və bağırsaq xəstəlikləri zamanı, şiş əleyhinə profilaktik vasitə kimi geniş istifadə olunur [10]. Azərbaycanın Azərbaycanın Lənkəran-Astara zonasında becərilən Feyxoa xammalının bütün yuxarıda göstərilən

üstünlüklərinə baxmayaraq, hərtərəfli öyrənilməmişdir. Xüsusən də ədəbiyyat məlumatlarında bu xammalın tərkibində yodun miqdarı haqqında məlumatlar azdır.

Tədqiqatın məqsədi feyxoa bitkisinin meyvə, yarpaq və qabıqlarında yodun miqdarı təyini olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodlar. Tədqiqat məqsədilə feyxoa bitkisinin meyvəsindən texniki yetişmə dövründə (noyabr ayı) istifadə edilmişdir. Yodun miqdarı R.Q.Melkadzenin Poçinokun modifikasiya olunmuş metoduna (kolorimetriyanın tiosulfat məhlulu ilə titrləməklə əvəz olunması ilə) əsasən təyin edilmişdir [1]. Nəticələrin kəmiyyətlə ifadəsi quru çəkiyə əsasən aparılmışdır.

Reagent və məhlullar.

- 80%-li etanol
- $CaCO_3$ (q)
- KCO_3 (q)
- Durulaşdırılmış azot turşusu 1:5
- 0,1 n $AgHO_3$ məhlulu
- 1:1-də durulaşdırılmış HCl
- 0,5%-li $Kal(CO_4)_2$ məhlulu
- 0,1nkMnO_4 məhlulu
- Ortofosfor turşusu
- KĞ və nişasta məhlulu
- 0,0001n tiosulfat məhlulu

*Avadanlıq.*Qarışıqlar tigeldə quruducu şkafda qurudulmuşdur. Külləşdirmə aparılarkən mufel peçindən, növbəti mərhələlərdə qurutma üçün quruducu şkafdan, miqdari təyinat zamanı sentrifuqadan, su hamamından, həmçinin 100 ml həcmli Erlenmeyer kolbasından istifadə olunmuşdur.

Eksperimental hissə. Tədqiqat üçün feyxoa meyvəsinin xırda doğranmış müxtəlif hissələrindən (meyvə, qabıq, lət) 5 q götürülür və hər birinin üzərinə 1 q $CaCO_3$ və K_2CO_3 əlavə edilir. Qarışıqlar çini tigellərə yerləşdirilir, 100-105°C-də quruducu şkafda 3-4 saat saxlanılır. Sonra tigellər mufel peçinə yerləşdirilir və qarışıqlar 500°C-də külləşdirilir. Alınmış küllər 20-30 ml durulaşdırılmış (1:5) azot turşusunda həll edilir. Məhlullar kolbalara keçirilir, tigellər isə distillə suyu ilə yaxalanırlar.

Kolbadakı suspenziyaların üzərinə 3-4 ml 0,1 n $AgHO_3$ və 1 damcı HCl (durulaşdırılmış 1:1) əlavə edilir. Kolbalar elektroqızdırıcıya qoyulur, 1 dəq. qaynadılır, soyudulur və alınmış suspenziyalar sentrifuqa tübünə yerləşdirilir, 3000 dövr/dəq.-də sentrifuqlaşdırılır. Sonra məhlullar tökülür, tüblərə suspenziyaların yeni porsiyaları əlavə edilir və yenidən sentrifuqlaşdırılır. Sentrifuqlaşdırma bir neçə dəfə təkrarlanır. Çöküntülər 0,5%-li $KAl(CO_4)_2$ məhlulu və su ilə 2-3 dəfə yuyulur.

Yuyulmuş çöküntülərin üzərinə 0,5 ml 10%-li $MnCO_4$ tökülür, çalxalanır və 4 ml 0,4 n NaOH əlavə edilir, yenidən çalxalanır, 2 dəqiqə müddətinə qaynayan suya yerləşdirilir. Sonra soyudulur və çöküntü sentrifuqlaşdırmaqla kənarlaşdırılır. Alınmış məhlul sentrifuqa şüşəsinə keçirilir, çöküntü isə isti su ilə yuyulur və sınaq şüşəsinə tökülür.

Sınaq şüşəsindəki məhlula 1 ml 0,1 n $KMnO_4$ və 1 ml 0,2 n NaOH əlavə edilir, çalxalanır və 5 dəq. müddətinə qaynar suya qoyulur. İsti məhlulun üzərinə 1-2 damcı 10%-li $MnCO_4$ məhlulu tökülür, çalxalanır. Sentrifuqlaşdırdıqdan sonra məhlul çini kasaya keçirilir, çöküntü 3 ml distillə suyu ilə yuyulur, çini kasaya yerləşdirilir. Su hamamına qoyulur və quru çöküntü qalana qədər məhlul buxarlandırılır. Quru çöküntünün üzərinə 1 ml distillə suyu əlavə edilir və 100 ml-k həcmi olan Erlenmeyer kolbasında filtrlənir. Üzərinə 0,5 ml 4 n ortofosfor turşusu, 0,2 ml 20%-li KĞ məhlulu və 0,3 ml nişasta məhlulu əlavə edilir, çalxalanır, 0,0001 n tiosulfat məhlulu ilə titrlənir.

Hesablama aşağıdakı formulaya əsasən aparılır:

$$x = \frac{2{,}11 \times n \times k}{\text{c}}$$

Burada,

X - yodun miqdarı; mkr % /100 q

N – sərf olunan tiosulfatın miqdarı; ml-lə

K - 0,0001 n tiosulfatın hesablama əmsalı

C – kütlənin çəkisi, q-la

2,11 - hesablama əmsalı.

Aşağıdakı cədvəldə Astara rayonunda becərilən feyxoa bitkisinin müxtəlif hissələrində (meyvə, qabıq və lətində) yodun miqdari təyininin nəticələri verilmişdir.

Cədvəl

Feyxoa bitkisinin müxtəlif hissələrində (meyvə, qabıq və lət)

yodun miqdarı

Feyxoa bitkisinin orqanı	Yodun miqdarı, mkq% (100)
Meyvə	0,38
Qabıq	0,21
Lət	0,16

Nəticə: Alınmış nəticələr əsasında feyxoa bitkisinin meyvəsində ayrı-ayrı hissələrində yodun miqdarının daha çox qabıqda toplandığı aşkar edilmişdir - 0,21 mkq%.

ƏDƏBİYYAT

1. Мелкадзе Р.Г. Йодонакопление в плодах фейхоа (Феиъоа селlowиана Берэ.) в условиях субтропиков Грузии. Новые достижения в химии и химической технологии растительного сырья материалы ЫЫЫ всероссийской конференции, Книга 2, Барнаул, 2007, с. 188-191.

2. Причко Т.Г., Германова М.Г., Омаров М.Д., Плоды фейхоа - источники повышенного содержания питательных и биологически активных веществ // Журнал Субтропическое и декоративное садоводство, 2015, Т53, с. 120-126

3. Голубева Л.В., Долматова О.И., Найденкина Т.А., Зыгалова Е.И. Творожные продукты с компонентами растительного происхождения // вестник ВГУИТ, Воронеж, №2, 2015.с.103-107.

4. Омаров М.Д. Омарова З.М., Биохимический состав плодов хурмы восточной и фейхоа Аграрная Наука: Современные Проблемы И Перспективы Развития. Международная научно-практическая конференция, посвященная 80-летию со дня образования Дагестанского государственного аграрного университета имени М.М. Джамбулатова. Издательство: ИП Магомедалиев С. А. Махачкала, 27-28 июня 2012, с. 1070-1074.

5. Сергеев Л.В. Йод в плодах фейхоа // Труды по прикладной ботанике, генетике и селекции. Ленинград, 1933-1934, Том xxv. вып. 1,

6. Mona Mokhtari. Chemical genetic analyses of compounds derived from Feijoa fruit. Victoria University of Wellington, 2017, p. 200

7. Nakashima H. Biological activity of feijoa peel extracts / Kagoshima University Research Center for the Pacific Islands, Occasional Papers, 2001, No.34, 169-175,

8. The Progress Report of the 1999 Survey of the Research Project “Social Homeostasis of Small Islands in an Island-zone”. П.164-175.

9. Belous O., Omarov M., Omarova Z. Chemical composition of fruits of a feijoa (F. Sellowiana) in the conditions of subtropics of Russia. Potravinarstvo® // Scientific Journal for Food Industry, 2014, v.8, p.119-123.

10.Maria Teresa Monforte, Francesco Lanuzza, Fabio Mondello, Phytochemical composition and gastroprotective effect of Feijoa sellowiana Berg fruits from Sicily // Journal of Coastal Life Medicine, 2014, v.2(1), p.14-21

Резюме

Определение содержания йода в различных частях плодов растения фейхоа (*Feijoa sellowiana Berg)* культивируемых в зоне Астара-Ленкорань

К.Я. Алиева, А.Е. Мамедова, С.Ш. Алиева, М.Н.Керимов

При определении содержания йода в различных частях плодов растения фейхоа (*Feijoa sellowiana Berg)*, культивируемых и собранных в Ленкораньском и Астаринском районах Азербайджана модифицированным методом Почникова, обнаружено наибольшее его содержание в кожуре (0.21 мкг %).

Summary

Determination of iodine content in various parts of the fruits of the feijoa plant, (Feijoa sellowiana Berg) cultivated in the Astara-Lenkaran zone.

K.Y. Aliyeva, A.E. Mammadova, S.Sh. Aliyeva, M.H. Kerimov

When determining content of iodine in various parts of fruits of a plant of the feijoa cultivated and collected in the Lenkoran and Astara districts of Azerbaijan his largest content in a peel (0.21 mkg of %) is revealed.

Daxil olub: 27.12.2017

МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ КАК РИСК СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У НАСЕЛЕНИЯ КЮРДАМИРСКОГО И ЕВЛАХСКОГО ЭКОНОМИЧЕСКИХ РАЙОНОВ

В.А.Азизов, Э.М.Хатамзаде, С.С.Мамедова, Л.Г.Эфендиева, Т.А.Садыгова, С.Р.Мурадова
Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Açar sözlər: meteoroloji amillər, qan dövranı sisteminin xəstəlikləri, ölüm riski
Ключевые слова: метеорологические факторы, болезни системы кровообращения, риск смертности
Key words: meteorological factors, diseases of the circulatory system, mortality risk

Болезни системы кровообращения (БСК) в течение длительного времени лидируют среди причин смертности населения [1,2]. Изучены факторы риска, которые повышают вероятность артериальной гипертензии и атеросклероза, вследствие чего развиваются ишемическая болезнь сердца и другие кардиоваскулярные патологии [3,4].

В последние годы показана роль целого ряда факторов, которые на фоне хронических болезней повышают риск преждевременной смертности. К таким факторам относятся экологическая ситуация, температура воздуха и прочие метеорологические факторы [5,6,7]. Роль изменений окружающей среды для здоровья и здравоохранения недостаточно изучена, хотя имеется целый ряд научных исследований. Исследование по изучению экологических и метеорологических факторов риска проведены во многих странах с разными климатическими и географическими условиями [8,9]. В Азербайджане на примере цереброваскулярных болезней А.К.Мамедбейли показала существенность температуры воздуха на риск смертности [10]. Максимова Т.М. и соавт. [11] сообщает о влиянии температуры воздуха на смертность населения Москвы в 2000-2006 годах. Показано, что температурная кривая смертности аппроксимировалась V образной функцией с двумя линейными участками, соответственно ниже и выше точки минимума температурной кривой. Авторы на основе коэффициента линейной регрессии дают следующие интерпретации своих данных: коэффициент для холодных температур имеет смысл относительного увеличения смертности в среднем на каждый градус снижения температуры ниже точки оптимума (18˚С для Москвы). Коэффициент для жарких температур интерпретируется как относительное увеличение смертности в среднем на каждый градус повышения температуры выше точки оптимума.

О влиянии температуры воздуха на смертность в Архангельске за 1999-2008 годы сообщает [5]. За период наблюдения выявлены десять волн жары и восемь волн холода. Под влиянием тепловых волн установлено возрастание смертности от внешних причин в возрастной группе 65 лет и старше и в группе 30-64 года, инсультов и всех естественных причин в возрастной группе 65 лет и старше. Выше отмеченное свидетельствует об актуальности исследований по комплексной оценке климатоэкологических факторов в условиях Азербайджанской Республики.

Цель исследования: Оценка степени риска кардиоваскулярной смертности от метеорологических факторов у населения Кюрдамирского и Евлахского экономических районов для обоснования путей профилактики.

Материалы и методы исследования: Источником этих материалов считалась база данных Государственного Комитета Статистики Азербайджанской Республики. Для оценки достоверности различия была осуществлена критерием "t" Стьюдента. Установлена зависимость риска смертности вследствие БСК от температуры воздуха, количества осадков и продолжительности солнечного сияния и установлены ее региональные особенности. Используя материалы официальной статистической информации была определена доля БСК среди всех причин смертности населения в динамике за 1970-2011 годы. Для выявления тренда динамики доли БСК среди причин смертности населения был использован метод наименьших квадратов при помощи программы Excel. При сглаживании линии динамики были апробированы экспоненциальная, линейная, логарифмическая, полиноминальная, степенная линии. Для описания тренда были отобраны уравнения регрессии, которые имеют наибольшую величину аппроксимации (R^2-коэфициент детерминации). Зависимость риска смертности вследствие БСК от метеорологических факторов изучалась по материалам городов, где функционируют стационарные метеостанции Министерства экологии и природных ресурсов Азербайджанской Республики. Данные о суточной температуре воздуха, количестве осадков были получены из этих станций. Для доказательства связи между риском смертности вследствие БСК и метеорологическими факторами были апробированы несколько вариантов наблюдения, среди которых был отобран наиболее информированный вариант. Первый вариант основан на сравнении

среднеарифметических показателей (по программе описательной статистики) среднесуточных случаев смерти в первой и второй половине года. Второй вариант был посвящен оценке корреляционной связи между двумя переменными: одна переменная состояла из данных среднесуточных случаев (Sα) смерти вследствие БСК по итогам календарных месяцев (n=12), другая переменная состояла из ряда данных среднесуточной температуры (St) по месяцам года (n=12). Коэффициент корреляции определялся методом Пирсона при помощи пакета "Анализ данных " программа Excel. Достоверность (t) коэффициента корреляции (r) оценивалась по формуле:

$$t = \frac{r}{\sqrt{\frac{l - r^2}{n - 2}}}$$

Число степеней свободы (12-2=10) в этом наблюдении составляло 10. Критическое значение t при уровне значимости x=0,05 составляет 2,228.

Результаты исследования и их обсуждение: В Кюрдамирском районе минимальное число среднесуточных случаев смерти вследствие БСК наблюдалось при среднесуточной температуре на уровне 4,8±0,02˚C (0,56±0,17; 95% доверительный интервал 0,22-0,90) (таблица 1).

Таблица 1

Среднесуточные случаи смерти вследствие БСК в зависимости от среднесуточной температуры воздуха и среднемесячного количества осадков в городе Кюрдамир

Варианты среднесуточной температуры воздуха, ˚C	Среднесуточные случаи смерти вследствие БСК	Варианты среднемесячного количества осадков (мм)	Среднесуточные случаи смерти вследствие БСК
2,5	0,97	0	1,29
3,4±0,58	0,75±0,18	5,7±4,45	0,87±0,22
4,8±1,02	0,56±0,17	12,7±5,35	0,7±0,08
7,8±2,28	0,75±0,36	20,8±3,6	0,90±0,26
12,2±3,17	0,88±0,31	25,2±2,12	1,22±0,22
16,8±2,43	0,93±0,27	28,9±1,59	1,29±0,15
20,2±1,39	0,84±0,19	30,7±1,5	1,11±0,17
22,0±0,78	0,83±0,19	34,4±2,23	0,75±0,18
24,4±1,64	1,13±0,19	37,2±2,53	0,83±0,23
26,7±1,85	1,16±0,19	40,9±1,25	0,93±0,27
30,2±1,76	1,30±0,06	46,3±4,43	0,93±0,27
33,6	1,2	55	0,39
	$Y_{БСК}$=0,0174x+0,6494 (R^2=0,2481)		

С ростом среднесуточной температуры воздуха увеличиваются среднесуточные случаи смерти вследствие БСК. Статистически значимое увеличение среднесуточных случаев смерти наблюдается, когда среднесуточная температура воздуха составляет 24,4±1,64˚C (1,13±0,19; 95% доверительный интервал 0,75-1,5), 26,7±1,85˚C (1,16±0,19; 95% доверительный интервал 1,18-1,42) и более. Очевидно, что в условиях города Кюрдамир повышение риска смертности вследствие БСК связано с повышением среднесуточной температуры воздуха (≥24,4±1,64˚C). Минимальный уровень среднесуточных случаев смерти вследствие БСК в Кюрдамире наблюдался тогда, когда среднемесячное количество осадков составляло 12,7±5,35 мм (0,7±0,08; 95% доверительный интервал 0,54-0,86). По сравнению с этим уровнем статистически значимо высокий уровень случаев смерти отличался при среднемесячном количестве осадков 25,2±2,12 мм (1,22±0,22; p<0,05), 28,9±1,59 мм (1,29±0,15; p<0,01), 30,7±1,5 мм (1,11±0,17; p<0,05). Дальнейший рост среднемесячного количества осадков не повышает риск смертности.

Таким образом, в условия города Кюрдамир наименьший риск смертности от БСК при среднесуточной температуре воздуха на уровне 4,8±1,02˚C и при среднемесячном количестве осадков на уровне 12,7±5,35 мм. Повышение среднемесячной температуры более 24,4±1,84˚C и колебание среднемесячного количества осадков в интервале от 25,2±2,12 до 30,7±1,5мм показывает повышение риска смертности вследствие БСК.

Данные о среднесуточных случаях смерти вследствие БСК в городе Евлах в зависимости от переменных среднесуточной температуры воздуха приведены в таблице 2.

Таблица 2

Среднесуточные случаи смерти вследствие БСК в зависимости от среднесуточной температуры воздуха и количества среднемесячных осадков в Евлахе

Варианты среднесуточной температуры воздуха, ˚C	Среднесуточные случаи смерти вследствие БСК	Варианты среднемесячного количества осадков (мм)	Среднесуточные случаи смерти вследствие БСК
1,9	0,97	1,9	0,38
3,1±0,78	1,03±0,17	7,9±2,98	1,23±0,13
4,9±1,28	1,05±0,16	11,0±0,12	1,24±0,13
7,9±2,06	1,06±0,18	12,3±1,25	1,35±0,20
12,3±3,1	1,37±0,18	15,5±2,70	1,37±0,18
16,4±2,41	1,30±0,24	18,6±1,91	1,33±0,18
20,1±1,34	1,10±0,28	20,7±0,18	1,03±0,15
21,7±1,07	1,32±0,50	21,6±0,73	1,46±0,45
24,2±1,40	1,47±0,44	26,6±4,58	1,31±0,50
25,8±1,40	1,46±0,45	33,6±5,63	1,32±0,50
27,5±0,35	1,15±0,19	47,7±8,94	0,80±0,02
28,2	1,38	65,2	0,77
		Y=1,4835e-0,011x (R^2=0,3003)	

Наименьший уровень среднесуточных случаев воздуха 3,1±0,78˚C (1,03±0,17; 95% доверительный интервал 0,69-1,37). В зависимости от среднесуточной температуры статистически увеличение риска смертности не наблюдалось. Наименьший уровень среднесуточных случаев смерти вследствие БСК в условиях Евлаха наблюдался при среднемесячном количестве осадков 47,7±8,94 мм (0,80±0,02; 0,53±0,01; 0,07±0,003 и 0,27±0,01). По сравнению с этим уровнем статистически значимо высокий уровень среднесуточных случаев смерти вследствие БСК отмечается тогда, когда среднемесячное количество осадков составляло 7,9±2,98 мм (1,23±0,13; $p<0,05$), 11,0±0,12 мм (1,24±0,13; $p<0,05$), 12,3±1,25 мм (1,35±0,20; $p<0,01$), 15,5±2,70 мм (1,37±0,18; $p<0,01$), 18,6±1,91 мм (1,33±0,18; $p<0,01$). Колебание среднемесячного количества осадков в интервале от 20,7±0,18 мм до 33,6±5,63 мм ассоциировалась высоким уровнем среднесуточных случаев смерти вследствие БСК, однако из-за большого размера средней ошибки показателя, существенность различия не подтверждается ($p>0,05$).

Заключение: Таким образом в городе Кюрдамир в отличие от Евлаха все три параметра метеорологических факторов оказывают влияние на риск смертности вследствие БСК. В эко условиях Евлаха выявляется связь между риском смертности вследствие БСК и среднемесячным количеством осадков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ahern R.M., Lozano R., Naghavi M. et. al. Improving the public health utility of global cardiovascular mortality data: the rise if ischemic heart disease// Popul Health Metr., 2011, p. 9:18.

2. Bhopal R.S., Bansal N., Fischbacher C. et. al. Ethic variations in chest pain and angina in men and women: Scottish Health and Ethnicity Linkage Study of 4.65 million people // Eur J Prev Car., 2012, v.19(6), p.1250-7.

3. Aronson D. Cardiorenal syndrome in acute decompensated heart failure. Expert Rev Cardiovasc Ther., 2012, v.10(2), p.177-189.

4. Bajekal M., Scholes S., O'Flaherty M. et al. Unequal trends in coronary heart disease mortality by socioeconomic circum-stances, England 1982-2006: an analytical study//PLoS One, 2013, v.8

5. Варакина Ж.Л., Юрасова Е.Д., Ревич Б.А. и др. Влияние температуры воздуха на смертность населения Архангельска в 1999-2008 гг. //Экология человека, 2011, №6, с. 28-36

6. Abeysuriya V., Chandrasena L.G., Kasturiratne A. et al. Outcome of patients with ST segment elevation myocardial infarction (STEMI) following percutaneous transluminal coronary angioplasty: a retrospective study // Ceylon Med J., 2014, v.59 (4), p. 118-123.

7. Azizova T.V., Haylock R.G., Moseeva M.B. et al. Cerebrovascular diseases incidence and mortality in an extended Mayak Worker Cohort 1948-1982 // Radiat Res. 2014, v.182(5), p.529-544.

8. Bambs C., Kip K.E., Dinga A. et. al. Low prevalence of "ideal cardiovascular health" in a community-based population: the heart strategies concentrating on risk evaluation (Heart SCORE) study //Circulation 2011, v.123, p.850-857.

9. Berg J., Bjorrek L., Lappos G. et. al. Continuing decrease in coronary heart disease mortality in Sweden // BMC Cardiovascular disorders, 2014, v.14, p.9.

10.Мамедбейли А.К. Зависимость риска смертности населения от условий в Кюрдамирском районе //Неврология. Научно-практический журнал. Республика Узбекистан, 2015, №2, с.127-128.

11.Максимова Т.М., Белов В.Б., Саурина О.С., Пушкина И.П. Сезонность контактов населения с медицинскими организациями в связи с заболеваниями системы кровообращения // Проблемы социальной гигиены здравоохранения и истории медицины, 2014, №4, с.3-6.

Xülasə

Meteoroloji amillər Kürdəmir Və Yevlax iqtisadi rayonların əhalisində qan dövranı sistemi xəstəliklərindən ölümün riski kimi

V.Ə.Əzizov, E.M.Hətəmzadə, S.S.Məmmədova, L.Q.Əfəndiyeva, T.A.Sadıqova, C.R.Muradova

İşin məqsədi Kürdəmir və Yevlax rayonlarının əhalisində meteoroloji amillərdən ürək-damar ölümlərinin riskini qiymətləndirməkdir. İşlərin gedişində qan dövranı sisteminin xəstəliklərinə görə ölüm riskinin asılılığı havanın temperaturu, yağıntının miqdarı və günəşin müddəti müəyyən edilmiş və regional xüsusiyyətləri müəyyən edilmişdir. Bu asılılıq Azərbaycan Respublikası Ekologiya və Təbii Sərvətlər Nazirliyinin stasionar hava stansiyaların məlumatlarından öyrənilmişdir. İşin nəticəsi olaraq, Kürdəmir şəhərində, Evlakdan fərqli olaraq, meteoroloji amillərin üç parametri qan dövranı sisteminin xəstəliklərindən ölüm səbəblərinə təsir edir.

Summary

Meteorological factors as a risk of death from cardiovascular diseases in population of Kurdamir and Yevlakh economical regions

V.A. Azizov, E.M. Hatamzade, S.S.Mamedova, L.Q.Afandiyeva,T.A.Sadigova, S.R.Muradova

The aim of the work is to assess the risk of cardiovascular mortality from meteorological factors in the population of Kurdamir and Yevlakh districts. During this work, we revealed the dependence of the mortality risk due to diseases of the circulatory system on air temperature, precipitation amount and duration of sunshine according to the regions. This dependence was studied from the data of stationary meteorological stations of the Ministry of Ecology and Natural Resources of the Republic of Azerbaijan. As a result of the work, it was revealed that in the city of Kurdamir, unlike to Evlakh, all three parameters of meteorological factors influence the risk of deaths due to diseases of the circulatory system.

Daxil olub: 11.01.2018

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА И МОЛОДЫХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Ч.Р. Рагимов, В.К. Аликулиев, Э.Т. Ахмедов

Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку

Açar sözlər: stomatoloji sağlamlıq, çağırış yaşlı şəxslər, hərbiçilər

Ключевые слова: стоматологическое здоровье, лица призывного возраста, военнослужащие.

Keywords: dental health, persons of conscription age, military.

В настоящее время состояние органов полости рта является одним из показателей состояния здоровья и годности к военной службе подростков, допризывников и призывников. Несмотря на то, что общее стоматологическое здоровье у призывников оценивается как удовлетворительное, реже неудовлетворительное, число обследованных лиц призывными врачебными комиссиями (ПВК) со стоматологическими заболеваниями достигает 60% [1,2].

В структуре стоматологической патологии доминируют приобретённые заболевания, такие как кариес зубов, утрата зубов, заболевания пародонта, врождённые аномалии и их лечение [3]. В первую очередь это проблема отсутствия статистических данных о структуре патологии, отсутствие каких-

либо видов лечебно-профилактической стоматологической помощи, отсутствие стратегии развития работы ПВК [4].

В большинстве передовых стран за период последних 20 лет достигнуты большие успехи в профилактике и лечении приобретённой патологии зубочелюстной системы у подростков и военнослужащих [5]. Государственные программы по повышению эффективности профилактических и просветительских мер, а также по рациональной организации лечебного процесса позволили снизить показатели заболеваемости [6]. Однако результативность мероприятий по ежегодному осмотру, профилактике и лечении стоматологических заболеваний остаются очень низкими [7]. Результатом ненадлежащего и несистемного подхода в оказании стоматологической помощи стали высокие показатели направления призывников на лечение.

Анализ структуры стоматологических заболеваний и причины их развития являются важными и не достаточно решёнными проблемами в мирное и особенно военное время. При этом диагностика, профилактика и лечение в условиях срочной службы не разработана ввиду отсутствия единого унифицированного диагностического алгоритма изучения зубочелюстной области [8]. Имеет место дефицит врачебных кадров в РВК, ростом числа обследуемых на врача-стоматолога. Это сказывается на дальнейшем этапе работы с призывником. В результате значительное число призывников и военнослужащих нуждаются уже не в профилактической помощи, а оказании терапевтической помощи [9]. Поэтому рост числа призывников с заболеваниями зубного ряда является закономерным результатом несовершенной системы работы ПВК.

Робота ПВК заключается в осмотре призывников по алгоритму оценки заболеваемости и состояния зубного ряду. При осмотре лица устанавливают особенности конфигурации: симметричность или асимметричность, выраженность носогубных и подбородочной складок, взаимоотношение верхней и нижней губы в состоянии покоя, укорочение или удлинение нижней трети лица. При необходимости проводится пальпация и аускультация височно-нижнечелюстного сустава. При осмотре полости рта определяют состояние слизистой оболочки преддверия, расположение уздечек верхней и нижней губы и щёчных тяжей, десны. Оценивают степень развития альвеолярных отростков, определяют количество, величину, форму зубов, их состояние и расположение в зубном ряду, форму зубных дуг, соотношение зубных рядов и челюстей в прикусе, форму и глубину свода твёрдого и мягкого неба, величину языка, степень развития и место прикрепления уздечки языка. Осматривается состояние ротоглотки. Оценивается индекс гигиены [10]. Для функциональной оценки челюстного аппарата могут применятся клинические функциональные пробы Ильиной-Маркосян, Eschler-Bittner, метод Пона, Тонна. Предназначение этих исследований в оценке жевательной функции и состояния прикуса [11].

В структуре стоматологической заболеваемости значительную долю составляют заболевания зубов и органов полости рта, среди которых доминируют кариес зубов и патология пародонта [12,13].

Структура заболеваемости имеет такие показатели:

- кариесзубов- 65-91%;
- аномалии и деформации зубов - 48%;
- пульпит - 18-56%;
- гингивит -16-58%;
- зубные отложения - 20%;
- частота некариозных поражений зубов - 9%;
- частичная адентия - 8-27%;
- заболевания пародонта - 7-9%;
- стоматит - 5%;
- полная вторичная адентия - < 3%.

Дефекты зубного ряда могут быть локализованы на верхней или нижней челюсти, будучи ограниченными зубами с двух сторон, или только с одной стороны. Включённые дефекты могут быть расположены в переднем, боковом или переднебоковом отделах зубного ряда. Дефекты приводят к развитию деформаций и патологической подвижности зубов [14,15].

Главной причиной возникновения дефектов являются заболевания твёрдых тканей зуба. В среднем 75% призывников нуждались в лечении кариеса, а 2% – в протезировании зубов. При этом некариозные поражения (гипоплазия и гиперплазия эмали, флюороз) отмечают не более чем у 3% призывников и молодых военнослужащих [16], также авторами отмечается некоторая возрастная закономерность. Так, у лиц допризывного возраста очень низкий уровень гигиены полости рта, что, безусловно, способствует возникновению кариеса и его осложнений. В возрастной группе 12-15 лет

дефекты челюсти отмечали в 15%; в возрастной группе 16-18 лет – 18%. У 2/3 случаев причиной частичной адентии являются осложнение кариеса или травма [17].

Имеет место тенденция распространённости заболеваний пародонта, что связано с низким уровнем гигиены [18]. Основным признаком этого заболевания является глубокий (до 10 мм) зубодесневой карман, сопутствующие кровоточивость дёсен, отложение поддесневого зубного камня и налёта, подвижность зубов [19]. В структуре патологии пародонта у призывников чаще диагностируют лёгкую и среднюю интенсивность патологического процесса. Более половины обследованных призывников имеют признаки сочетания кровоточивости и зубного камня.Состояние пародонта определяет выбор тактики лечения.

Другие хронические воспалительные заболевания слизистой оболочки органов полости рта отмечают менее чем у 5% призывников. В структуре такой патологии доминируют афтозный стоматит, хейлит, хронические трещины красной каймы нижней губы [20].

Неудовлетворительные показатели стоматологического здоровья у подростков в первую очередь обусловлены недостаточностью профилактической работы, низкой мотивацией призывников к лечению и недостаточным уровнем оказания помощи. Авторы отмечают удовлетворительное или успешное проведение различных видов ортопедического лечения у 24-67% обследованных подростков, а хирургического лечения- 23%[6].

Таким образом, учитывая современное состояние развития армии, существенное усложнение условий прохождения военной службы, повышенные требования к состоянию здоровья призывников, врачам стоматологам медицинской призывных комиссий следует учитывать рост числа призывников с приобретёнными и врождёнными аномалиями зубочелюстной области, а также последствиями их лечения. Анализ литературных данных свидетельствует о негативной тенденции стоматологического здоровья призывников, что является одной из весомых причин ограничений к мобилизации и комплектовании Вооружённых Сил. В последние годы количество лиц призывного возраста с разными формами поражения зубочелюстной системы, имеющие дефекты зубов и зубных рядов, значительно увеличилось. Нарушение жевательной функции связано с наличием аномалий отдельных зубов, зубных дуг и прикуса. Одновременно с этим показатели нуждаемости призывников и военнослужащих в профилактических и лечебных мероприятиях высокие, а значит анализ стоматологом в ПВК состояния стоматологического здоровья должен быть на достаточной профессиональном уровне. Результат анализа этих данных указывает на необходимость улучшения алгоритма выявления и лечения врождённых и приобретённых аномалий зубочелюстной области, которые повысят качество жизни призывников и военнослужащих.

ЛИТЕРАТУРА

1. Yusubov Y.A. Üz-çənə cərrahiyyəsi və cərrahi stomatologiya. tədris vəsait. Bakı: Adiloğlu, 2005, 348 s.

2. Солдаткина А.С., Сериков А.А., лечения и профилактики стоматологических заболеваний. Характеристика стоматологического здоровья молодого населения России / Актуальные проблемы стоматологии Арктического региона, современные тенденции и перспективы диагностики. Архангельск: Изд-во СГМУ, 2015, с. 85-87

3. Селянинов А.А., Тотьмянина А.В.,. Подгаец Р.М Биомеханическое сопровождение коррекции зубного ряда с применением эластопозиционеров // Росс. журнал биомеханики, 2012, № 1, с. 57-79

4. Образцов А.В. Социально-гигиенические аспекты стоматологической патологии у подростков, допризывников и призывников в современных условиях: Автореф. дисс ... канд. мед. наук М., 2006, 21с.

5. Алиев Г.А., Улитовских С.Б. Профилактика стоматологических заболеваний: учебно-методическое пособие. Баку: Оскар, 2009, 372 с.

6. роценко А.С. Состояние стоматологического здоровья студенческой молодежи Москвы и пути его улучшения: Автореф. дисс ... канд. мед. наук. М., 2010, 147 с.

7. Голубь А.А. Оптимизация диагностики и лечения стоматологических заболеваний у студентов: Автореф. дисс ... канд. мед. наук. Уфа, 2010, 142 с.

8. Angelopoulos C. Anatomy of the maxillofacial region in the three planes of section // Dent Clin North Am. 2014, v.58(3), p.497-52

9. Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. Структура заболеваемости полости рта у призывников и офицеров Российской Армии // Воен.-мед. журн., 1996, Т. 317, № 10, с. 1921

10. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н. Ортодонтия. М.:МЕДпрессинформ, 2008, 424с.

11.Кубрушко Т.В.Управление эпидемиологической ситуацией и профилактикой патологий полости рта у подростков, проживающих в различных климатогеографических зонах: Автореф. дисс ... канд. мед. наук. Воронеж, 2008, 161 с.

12.Moreno Uribe L.M., Miller S.F. Genetics of the dentofacial variation in human malocclusion // Orthodontics & craniofacial research. 2015, v.18(0 1), p. 91-99.

13.Гулиев С.Г. Клиника и ортодонтическое лечение дистального прикуса: учебно-методическое пособие. Баку, 2008.

14.Rakhshan V. Congenitally missing teeth (hypodontia): A review of the literature concerning the etiology, prevalence, risk factors, patterns and treatment // Dental Research Journal, 2015, v.12(1), p.1-13.

15.Guttal K.S., Naikmasur V.G., Bhargava P., Bathi R.J. Frequency of developmental dental anomalies in the indian population // European Journal of Dentistry, 2010, v.4(3), p.263-269.

16.Завялова Т.С., Устінова Л.А., Канюра О.А. Організація вивчення поширеності дефектів зубних рядів та факторів ризику розвитку дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба у допризивної молоді та призовників мобілізаційного резерву Збройних Сил України // Проблеми військової охорони здоров'я, 2012, Вип. 33, с. 88-94.

17.Сливкин А.А. Изучение стоматологической заболеваемости военнослужащих по призыву, вновь прибывших в воинскую часть: Автореф. дисс ... канд. мед. наук. СПб., 2013, 17 с.

18.Məmmədov R.M., Hamzayev B.M. Paradont xəstəlikləri: tədris-metodik vəsait. Baki, Şimal-Qərb 2012, 136 s.

19.Семенченко Е.Г. Социально-гигиеническое исследование стоматологического здоровья подростков как основа организации комплексных оздоровительных мероприятий на уровне первичной медицинской помощи: Автореф. дисс ... канд. мед. наук. М., 2006, 132 с.

Xülasə

Gənc hərbiçilərdə və çağırış yaşlı şəxslərdə stomatoloji sağlamlıq probleminə müasir baxışlar

Ç.R. Rəhimov, V.Q. Əliquliyev, E.T.Əhmədov

Çağırış həkim komissiyaları tərəfindən çağırış yaşlı şəxslərdə stomatoloji xəstəliklərin diaqnostika sisteminin müasir vəziyyəti analiz edib. Komissiyanın işində problemlərin olması və gənc hərbiçilərdə, çağırışçılarda, çağırışa qədər olan yeniyetmələrdə üz-çənə nahiyyəsinin xəstəliklərinin sayının artmasının səbəbləri müəyyənləşdirilib. Stomatoloji sağlamlığın ümumi qənaətbəxş səviyyəsinə baxmayaraq xəstəlikləri təsdiqləyir ki, çağırışçılarda kompleks müalicə profilaktika sistemini təkmilləşdirmək çox vacib məsələlərdən biridir.

Summary

Modern view on the problem of dental health of conscription age persons and young militaries.

Ch.R. Rahimov, V.G. Aliquliyev, E.T.Ahmadov

The article analyzes the current state of diagnostic system of dental diseases in persons of conscript age by conscription medical commissions. The problems of the work of the commissions and the causes of the increase in the number of diseases of the maxillofacial area in pre-conscripts, conscripts, and young military are highlighted. The described structure of morbidity, despite the overall satisfactory level of dental health, indicates the need to improve the system of timely identification, prevention and comprehensive treatment of conscripts.

Daxil olub: 18.01.2018

ÜRƏYİN İŞEMİK XƏSTƏLİYİ ZAMANI TİREOİD HORMONLARININ VƏ ÜRƏYİN STRUKTUR VƏ MORFOLOJİ GÖSTƏRİCİLƏRİNİN ƏLAQƏSİ

İ.M.Əfəndiyeva, A.B.Baxşəliyev, S.M. Qəhrəmanova
Akademik C.Abdullayev adına Elmi Tədqiqat Kardiologiya İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: hipertireoz, hipotireoz, Exokardioqrafiya, Atım fraksiyası.
Ключевые слова: гипертиреоз, эхокардиография, вркция выброса
Key words: hyperthyreosis, hypothyreosis, echocardiography, beat fraction.

Qalxanabənzər vəzin hormonları orqanizmin metobolik proseslərinin tənzimində əhəmiyyətlidir. Qalxanabənzər vəzin (QV) normal funksiyasından bütün orqan və toxumaların fəaliyyəti asılıdır, əsasən də ürəyin işinə təsiri qüvvətlidir, 70-80% xəstələrdə ürək-damar sisteminin zədələnməsi müşahidə edilmişdir [1,2]. QV funksional vəziyyətinin artması-hipertireoz, azalması-hipotireozla nəticələnir. Bu zaman QV və ya onun funksiyasını tənzim edən sistemlərin zədələnməsi səbəbindən tireoid hormonlarının konsentrasiyasının dəyişməsi baş verir. Hipertireoz zamanı ürək-damar sistemi tərəfindən baş verən dəyişikliklərdən ümumi periferik müqavimətin azalması,diastolik arterial təzyiqin azalması,nəbz təzyiqinin artması ürək vuğularının sayının, dəqiqəlik həcmin və ürək atımının artmasına səbəb olur [3]. Ədəbiyyatda olan məlumatlara görə tireoid hormonları damar divarının saya əzələlərinin boşalmasına, azot oksidi sintezinə səbəb olurlar, hipotireozlarda ürəyin inotrop və xronotrop funksiyasının zəifləməsinə səbəb olur, qanın dəqiqəlik və sistolik həcmi azalır ki, dövr edən qanın miqdarı və sürəti azalır ümumi periferik müqavimət artır və erkən ateroskleroza və bir sıra kardiovaskulyar ağırlaşmalara gətirib çıxarır [4]. Hiperfuksiya zamanı vurğu həcmi, atım fraksiyası, ürək döyünmələrinin sayı artır, sistolik funksiya artır, hipofunksiya zamanı isə əksinə sistolik funksiya azalır.

Öyrənilmişdir ki, həm kardial həm ekstrakardial patologiyalarda inkişaf edən sol mədəciyin geometrik dəyişiklikləri vacib faktorlarından sayılır, əsas xəstəliyin gedişini pisləşdirir, ürək-damar agırlaşmalarından ölüm riskini artırır. Diaqnozun qoyulması xəstəliyin vaxtında aşkarlanmasına və müalicəsinə təsir edir. Exo-kardioqrafiya miokardın funksiyasının qiymətləndirilməsində qeyri-invaziv perespektiv istiqamət sayılır.

QV-nin hiper və hipofunksiyasından asılı olaraq ürəyin hemodinamikasındakı dəyişikliklər və miokardın funksional vəziyyətini və sistolik funksiyasını öyrənmək üçün exokardioqrafik müayinələr aparılmışdır. Eyni zamanda ürəyin morfo funksional vəziyyəti ilə tireoid funksiya arasında əlaqəyə baxılmışdır. QV-nin hiper və hipofunksiyalarının subklinik formalarında ürəyin morfo funksional vəziyyəti ilə tireoid funksiya arasında heç bir dəyişiklik baş verməmişdir.

Aparılmış bir çox tədqiqatlarda exo-kardioqrafik müayinə zamanı diastolik funksiyanın göstəricilərinin hipertireoz və hipotireoz qruplarında öyrənilmişdir. Bu xəstələrdə transmitral qan axını E/A nisbəti nəzarət qrupundan aşağı olmuşdur. Diastolik funksiya E/A nisbəti göstəricilərinə görə hipertireoz olanlarda 1,3 dəfə hipotireozlardan yüksək idi [5]. Tireoid hormonlarının artıqlığı sol mədəciyin diastolik funksiyasına təsir edir və miokardın elastikliyinin azalması baş verir. Diastolanın davamiyyəti azalır, qulaqcıq sistolasının və erkən diastolik dolmanın qan axınının maksimal sürəti artır. Müəyyən edilmişdir ki, qanda triyodtironinlə erkən diastolik dolmanın maksimal sürəti arasında,transmitral qan axınının erkən diastolik dolmanın maksimal sürəti və qulaqcıq sistolasının nisbəti arasıda düz korrelyasion əlaqə aşkarlanmışdır [6,7,8,9].

Bunlarla yanaşı hipertireoz və hipotireozlarda ürəyin sistolik funksiyasının vəziyyəti barədə birmənalı qəti fikrə gəlməmişdirlər.

Yuxarıda qeyd olunanları nəzərə alaraq bizim **tədqiqatın məqsədi** ürəyin işemik xəstəliyi zamanı tireoid hormonları ilə ürəyin struktur və morfo-funksional göstəriciləri arasında əlaqəni öyrənməkdən ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqata 50 nəfər qalxanabənzər vəzinin funksional pozulması-hipertireoz və hipotireozlu xəstələr daxil olmuşdur. Müqayisə üçün nəzarət qrupu isə 15 nəfər sağlam şəxslərdən ibarət olmuşdur. Müayinə olunanların orta yaş həddi 50,1±5,6 olmuşdur. Tədqiqatda istisna kriteriyaları: simptomatik hipertenziya, qeyri-stabil stenokardiya, Kanada təsnifatına əsasən stabil gərginlik stenokardiyası III-IV funksional sinif (FS), miokard infarktı, Nyu-York Ürək assosasiyasının təsnifatına əsasən, xroniki ürək çatışmazlığı (XÜÇ) III-IV FS, atım fraksiyası 40%-dən az olan, davamlı mədəcik ekstrasistoliyası, atrioventrikulyar blokadalar, atrial fibrilasiya, sinus düyünü zəifliyi sindromu, tənəffüs çatışmazlığı əlamətləri olan ağır xroniki ağciyər xəstəlikləri, beyin insultu.

Xəstələrdən anamnez toplanmış, laborator və instrumental metodlardan istifadə olunmuşdur.Hormonların müayinəsi TTH (norma 0,4 – 4,0 mU/ml), sərbəst T_4 (norma 10 – 27 pmol/ml), sərbəst T_3 (norma 2,2 – 6,4 pmol/ ml) yoxlanmışdır. QV–nin ultrasəs müayinəsi (USM) aparılmışdır. Bütün müayinə olunanlarda qanın ümumi analizi, qanın biokimyəvi analizi yoxlanılmışdır. Bundan başqa bütün xəstələrdə

elektrokardioqramma çəkilmiş, exo-kardioqrafiya müayinəsi aparılmışdır. Ürəyin struktur parametrləri öyrənilmişdir: Aortanın diametri, sol və sağ qulaqcığın ölçüləri, diastolanın sonunda sağ mədəciyin ölçüsü, sol mədəciyin son diastolik ölçüsü(SM SDÖ), sol mədəciyin son sistolik ölçüsü (SM SSÖ), sol mədəciyin arxa divarının qalınlığı (SADQ), mədəcikarası çəpərin qalınlığı (MAÇQ), sol mədəciyin son sistolik həcmi (SSH,ml), sol mədəciyin son diastolik həcmi (SDH,ml), sol mədəciyin atım fraksiyası (AF,%), vurğu həcmi (VH).

Materialın sistemləşməsi Microsoft EXCEL elektron cədvəllərinin proqram paketinin köməyi ilə, statistik hesablamalar isə "Statictica 8,0" proqram paketinin istifadəsi ilə aparılmışdır.

Cədvəl 1

ÜİX zamanı qalxanabənzər vəzin hormonlarının kliniki-laborator nəticələri

Göstəricilər	Hipertireozda (N=25)	Hipotireozda (N=25)	Nəzarət qrupu (N=15)
TTH	0,05±0,01***	17,4±1,2*** ^^^	3,2±0,6
Sərbəst T_3	12,26±2,1***	1,6±0,02** ^^^	5,8±0,9
Sərbəst T_4	41,23±0,9***	9,8±0,01*** ^^^	17,1±1,1

Qeyd: 1.p* - nəzarət qrupu ilə müqayisə: * - p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001. 2. p^ - hipertireoz və hipotireoz xəstələr arasında müqayisə: ^ - p<0,05; ^^ - p<0,01; ^^^ - p<0,001

Cədvəl 2

Qalxanabənzər vəzin funksional dəyişiklikləri və ÜİX zamanı exokardioqrafik göstəricilər.

Göstəricilər	Hipertireozda (N=25)	Hipotireozda (N=25)	Nəzarət qrup (N=15)
Aortanın diametri	3,5±0,2*	3,4±0,3*	2,7±0,3
Sağ mədəcik	2,7±0,2*	2,6±0,1*	2,2±0,5
Sağ qulaqcıq	3,5±1,1	3,1±0,5*^	2,8±0,6
Sol qulaqcıq (SQ)	3,9±1,0**	3,7±1,1**	3.0±0,7
SM SDÖ	5,8±1,1*	5,0±1,4*	4,5±1,2
SM SSÖ	3,5±0,5*	3,1±0,6*	2,8±0,9
SM SDH	150,1± 2,2**	115,2±2,5**	86,3±1,1
SM SSH	70,2±1,5**	50,1±1,1*^	43,6±1,5
SM VH	75,1±1,7**	63,5±1,5*^	40,2±1,8
SM AF%	58%± 1,2	54%±1,3	66%±1,1
MAÇQ	1,2±1,1*	1,1±0,1*	0,9±0,1
SM ADQ	1,2±1,2*	1,15±0,2*	0,9±0,3

Qeyd: 1.p* - nəzarət qrupu ilə müqayisə: * - p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001. 2.p^ - hipertireoz və hipotireoz xəstələr arasında müqayisə: ^ - p<0,05; ^^ - p<0,01; ^^^ - p<0,001

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi. Cədvəldən göründüyü kimi hər iki qrup xəstələrdə aşkarlanan dəyişikliklər nəzarət qrupdan fərqlənir. Aortanın diametri hipertireoz qrupunda nəzarət qrunundan 20% çox olmuşdur. Hipotireozlarda isə 19% yüksək olmuşdur. Aorta kökünün diametri normada (2.2-3.8sm). Cədvəldən göründüyü kimi hipertireoz və hipotireoz qrup xəstələrdə bu göstəricilər normala yaxın olsa da nəzarət qrupundan fərqlənmişdir (p<0,05). Ojaama, Klein və əməkdaşları sübut etmişdirlər ki, tireoid hormonlarının aortanın saya əzələ hüceyrələrinə təsiri aortanın boşalmasına səbəb olmuşdur [10]. Sağ mədəcik hipertireozlarda 18%, hipotireozlarda 15% nəzarət qrupundan yüksək olmuşdur (p<0,05). Sol qulaqcığın ölçüləri hipertireoz və hipotireozlarda 20% nəzarət qrupundan artıq olmuşdur (p<0,01). Sübut olunmuşdur ki, hipotireoz bronxlara genəldici təsir edir, hipertireoz isə bronxların daralmasına səbəb olur. Tiroksin prostoqlandinlərin metobolizmini ləngidərək onun tənəffüs yollarına təsirini artırır. Tiroksinin təsirindən toxumaların katexolaminlərə həssaslığı artır və qeyri-aktiv hidrokortizon metobolitləri əmələ gəlir. Tireoid hormonlarının təsirindən ağciyərlərdə təzyiqin artması ürəyə gələn qanın artmasına və sol qulaqcığın yüklənməsinə səbəb olur. Sol mədəciyin ölçüləri hipertireozlarda SDÖ, SSÖ nəzarət qrupundan 20% yüksəkdir, hipotireozlarda 9% yüksək olmuşdur (p<0,05). Hipertireozlarda SM SDH nəzarət qrupundan 40%, hipotireozlarda isə 25% yüksək olmuşdur (p<0,001). Tireoid hormonların təsirindən ürək əzələsinin yığılması artır, həmçinin ürək əzələsində beta-adrenoreseptorların sıxlığının artması olur, ürəyin dəqiqəlik həcmi artır. Manifest formalı hipotireozlu xəstələrdə sistolik funksiya azalmış, AF, SM VH göstəriciləri azalması sübut olunmuşdur. Hipertireoz zamanı isə əzələlərin boşalma müddətinin qısalması baş verir, ürəyin yığılma gücü artır. Bizim tədqiqatda SM VH hipertireozlarda hipotireoz qrupundan 9% yüksək olmuşdur.SM VH hipertireozlarda nəzarət qrupundan 45% yuxarı olmuşdur (p<0,001). SM VH

hipotireozlarda nəzarət qrupundan 36% yuxarı olmuşdur (p<0,001). AF hipotireoz və hipertireoz xəstələr olan qrupda azalmışdır (p<0,01). Sübut edilmişdir ki, tireoid funksiyası artması əzələ liflərinin məhvi və fibroz ocaqlarının inkişafı ilə nəticələnmişdir.

SMAD qalınlığı artmış nəzarət qrupundan 25% yüksək olmuşdur (p<0,01). MAÇ qalınlığı hipotireozlarda nəzarət qrupundan 18% yüksək, hipertireozlarda nəzarət qrupundan 25% yüksək olmuşdur (p<0,01). Belə ki, tireotoksikoz zamanı mitoxondrilərin funksional aktivliyi və miqdarı artır və ATF sintezi çoxalır. Bu dəyişikliklərin nəticəsində miokardın hipertrofiyası inkişaf edir.

Belə ki, bir çox tədqiqatlarda ağırlaşmış tireotoksikoz ürək kameralarının genişlənməsi, sol mədəcik divarının qalınlaşması, hipotireozlarda miokard divarının qalınlaşmasının artması, sol qulaqcığın ölçüsünün artması ilə aşkar edilir [11].

Beləliklə bu nəticəyə gəlinir ki, ürəyin morfo-funksional dəyişiklikləri tireoid funksiyanın dəyişiklikləri ilə əlaqəlidir. Bunlar bir daha göstərdi ki, qalxanabənzər vəzin patologiyaları olarkən digər müayinələrlə yanaşı mütləq exokardioqrafiya aparılmalıdır və xəstələrin proqnozunu yaxşılaşdırmaq üçün ürəyin morfo-funksional funksiyalarını yaxşılaşdıran dərman preparatlarının müalicəyə əlavə olunması qaçılmazdır. Hipertireozlu xəstələrdə simpato-adrenal sistemin aktivləşməsi ilə əlaqədar ürək əzələsinin tonusu artır və hemodinamik göstəricilər, atım fraksiyası artmış olur və bu xəstələrin müalicəsində atım fraksiyasını azaldan dərmanlar selektiv beta blokatorlardan istifadə olunur. Hipotireozlu xəstələrdə bildiyimiz kimi ürək çatışmazlığına meyllik olur, lipid mübadiləsini yaxşılaşdıran statinlər, omeqa 3 preparatları və əvəzləyici hormon terapiyasına üstünlük verilir və onlarda ayrı-ayrı risk faktorlarının azalmasına yönələn dərman preparatlarının təyinatı və kliniki müşahidə vacibdir.

ƏDƏBIYYAT

1.Jessup M., Abraham W.T., Casey D.E. et al. 2009 focused update: ACCF/AHA Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. Circulation. 2009

2.Вербовой А.Ф., Капралова И.Ю., Шаронова Л.А, Митрошина Е.В.Ремоделирование миокарда у женщин с гипотиреозом /Материалы IX Национального Съезда терапевтов. М., 2014

3. Echocardiographic assessment of left ventricular function in thyrotoxicosis and implications for the therapeutics of thyrotoxic cardiac disease // Ther Clin Risk Manag. 2015, v.11, p.189-200

4.Hwang W., Im D., Kim E. Persistent perioperative tachycardia and hypertension diagnosed as thyroid storm induced by a hydatidiform mole a case report // Korean J Anesthesiol., 2014, v.67(3), p.205-8

5.Арипов М.А., Свириденко Н.Ю., Тугеева Э.Ф., Бузиашвили Ю.И. Ремоделирование левого желудочка у больных тиреотоксикозом // Проблемы эндокринологии. 2009, № 4, с. 25-30.

6.Волкова И.И. Ремоделирование сердца и сосудов при ишемической болезни сердца // Патология кровообращения и кардиохирургия, 2010, № 4,с. 96-98.

7.Strongin L.G., Nekrasova T.A., Ledentsova O.W. et al. Myocardial diastolic function in patients with autoimmune thyroiditis and TSH values within the reference or subclinical range: relationship to thyroid and metabolic indices: Book of Abstracts 37-th annual meeting of the European Thyroid Association (ETA) / Rotterdam, 2013, p. 68.

8.Капралова И.Ю. Показатели липидного профиля и функциональное состояние миокарда у женщин с гипотиреозом // Эндокринология: новости, мнения, обучение, 2014, №2, с.60-63.

9.Lang R., Badano L., Mor-Avi V. et al. Recommendations for Cardiac Chamber Quantification by Echocardiography in Adults: An Update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging // J Am Soc Echocardiogr 2015, v.28(1), p.1-39

10.Ojaama K, Balkman C, Klein IL. Acute effects of triiodothyronine on arterial smooth muscle cells // Ann Thorac Surg., 1993, v.56, p.S61-67

11.Boekholdt SM, Titan SM, Wiersinga W, et al. Initial thyroid status and cardiovascular risk factors: the EPIC-Norfolk prospective population study // Clin Endocrinol (Oxf) 2010, v. 72, p.404-10

Резюме

Связь тиреоидных гормонов и структурных и морфологических показателей сердца при ишемической болезни сердца

И.М.Эфендиева, А.Б.Бахшалиев, С.М.Гахраманова

В ходе исследования у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и функциональными нарушениями щитовидной железы (ЩЖ) были изучены изменения структурных и морфологических показателей сердца. В исследование было включено 65 больных. Всем больным была проведена эхокардиография и были изучены структурные параметры сердца. Таким образом, в итоге была

установлена взаимосвязь морфо-функциональных изменений сердца с изменениями тиреоидной функции. У больных с гипертиреозом в связи с активностью симпато-адреналовой системы повышается тонус сердечной мышцы, гемодинамические показатели, а также повышается и фракция сброса. Как известно, у больных гипертиреозом имеется склонность к сердечной недостаточности, наблюдаются нарушения липидного обмена.

Summary

Relation of thyroid hormones and structure and morphological performance of heart in ischemic heart disease.

İ.M.Efendiyeva, A.B.Baxshaliyev, S.M. Qahramanova

Changes of structural and morphological performance of heart have been researched in patients suffering with ischemic heart disease and functional disorders of thyroid qland in this research. 65 patients have been involved to research. Echocardiography has been conducted and studied structural parameters of heart with all patients. Thus, relation between morpho-functional changes of heart and changes of thyroid functions has been defined. In relation with activeness of sympathoadrenal system in patient suffering hyperthyreosis tonus of heart muscles, hemodynamic indicators and beat fraction are increased. As we know, patient suffering hypothyreosis have tendency to heart failure and disorders of lipid exchange is observed.

Daxil olub: 11.01.2018

B_6 VİTAMİNİNDƏN MƏHRUM OLUNMANIN AĞ SIÇOVULLARIN GÖRMƏ ANALİZATOR SİSTEMİ STRUKTURLARINDA MONOAMINOKSIDAZA "A" VƏ "B" FORMALARININ TƏDQİQİ

A.M. Əzimova, Ə.H.Hüseymov, S.O. Qədimova, V.R.Yunusova

AMEA-nın A.İ.Qarayev adına Fiziologiya İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: B_6 vitamin, MAO "A " və "B ",. xarici dizvari cisim, görmə qabığı.

***Ключевые слова*:** витамин B6, MAO "A" и "Б, наружное коленчатое тело, зрительная кора.

Keywords: vitamin B_6, MAO "A "and "B ",visual cortex, external geniculate body

B qrupu vitaminləri suda həllolan və orqanizm üçün əvəzolunmaz vitaminlərdir. Bu qrupa B_1,B_2, B_3, B_5, B_6, B_{12} və foliy turşusu daxildir. B qrup vitaminləri, ilk növbədə B_6 vitamini (piridoksin) neyrotrop maddələrə aid olub, MSS və periferik sinir sisteminin xəstəliklərinin müalicəsində istifadə olunurlar [1]. B_6 vitamini amin turşularının sintezində, katabolizmində və nəqlində, yağların, zülalların mübadiləsində, qlyukoneoqenezdə, qlyukogenezdə, neyrotransmitterlərin sintezində, eritrositlərin mübadiləsində, lipid mübadiləsində və qlükoza metabolizmində iştirak edən fermentlərin kofermentidir [2]. B_6 vitamini neyrotransmitterlərin sintezində iştirak etmək vasitəsilə koqnitiv proseslərdə mühüm rol oynayır. Piridoksal-5-fosfat (PLF) və piridoksamin-5^{1}-fosfat B_6 vitamininin koferment formalarıdır [3]. B_6 vitamininin bioloji fəal forması olan PLF bədəndə uzunmüddət ehtiyat şəklində toplanır və100-dən çox fermentativ reaksiyaları, o cümlədən amin turşularının transaminləşməsini və dekarboksilləşməsini kataliz edir [4]. Amin turşuları zülalların sintezində əsas "tikinti materialı" olduğu üçün, onların çatışmazlığı müxtəlif xəstəliklərin yaranmasına səbəb ola bilər. PLF hemoqlobinin sintez və funksiyasında, makroelementlərin metabolizmində, neyrotransmitterlərin(serotonin ,dofamin, adrenalin, noradrenalin, gamma amin yağ turşusu) və infeksiyaya qarşı mübarizədə anticisimlərin sintezində iştirak edir [4,5]. PLF həmçinin müəyyən genlərin ekspressiyasının artıb–azalmasında da iştirak edir. Hüceyrədaxili səviyyəsinin artması qlikokortikoidlərin transkripsiyasında azalmaya gətirib çıxarır. B_6 vitamininin çatışmazlığı albumin vRNT-nin gen ekspressiyasını artırır [3]. Bağırsaqdan absorbsiya olunan kimi qara ciyər B_6 vitaminini piridoksal kimi qana ifraz edir. Piridoksalın böyük hissəsi eritrositlərdə hemoqlobin ilə birləşmiş halda olur. B_6 vitamininin aşağı səviyyəsi iltihab prosesi ilə, yüksək oksidləşdirici stress və yaşlılarda metabolik şərait ilə sıx əlaqədardır.

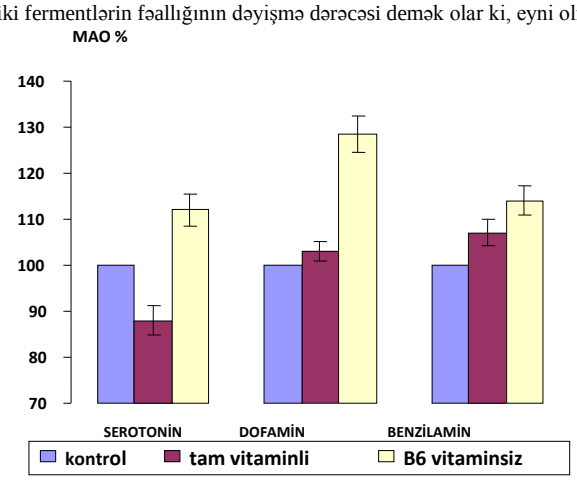
Qida tərkibinin dəyişməsinə qarşı adaptasiyanin yaranmasında biogen aminləri (dofamin, noradrenalin, adrenalinin, serotonin) mühüm rol oynayır. Baş beyin strukturlarında endogen biogen aminlərinin dezaminləşmə yolu ilə utilizasiyasını həyata keçirən və bununla da dofaminin, noradrenalinin, adrenalininin, serotoninin migdarını tənzimləyən fermentlərdən biri monoaminoksidazadır (MAO) [6]. MA0"A"və "B" formalarının görmə analizator sistemində mühum prosesslərdə iştirak etdiyini nəzərə alaraq, biz 30 gün müddətində suda həllolan B6 vitamininin çatışmazlığinin görmə sistemi strukturlarına- görmə qabığı və xarici dizvari cisimdə (XDC) MA0 "A"və "B" formalarının fəallığına necə təsir göstərdiyini öyrənmək məqsədi ilə 3 aylıq ağ siçovullar uzərində tədqiqatlar aparmışıq.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqatlar 30 baş 3 aylıq ağ siçovullarin xarici dizvari cisimin (XDC), görmə qabığının homogenatlarında aparılmışdır. Təçrübə heyvanları, hər birində 10 baş olmagla, üç qrupa ayrılmışdır. Birinçi grupa aid olan siçovullar(kontrol) adi vivarium şəraitində saxlanılmışdır. İkinçi grupa aid heyvanlar isə Nikinorov və həmmüəl. [7] tərəfindən təklif edilmiş tam vitamin, makro- və mikroelement tərkibli xüsusi resept üzrə hazırlanmış qida ilə 30 sutka müddətində yedizdirilmişdir. Üçüncü qrupa aid siçovullar qeyd olunan ikinçi qrupun receptindən B6 vitamini çıxarılmış qida ilə 30 sutka yedizdirilmişdir. MAO "A" və "B"–nın fəallığı Popov et al. [8] üsulu ilə, zülalın miqdarı isə Lowry [9] üsulu ilə təyin edilmişdir. Bütün faiz dəyişikliklərini kontrol (vivarium şəraitində saxlanılmış) heyvanlara nisbəttə hesablanmışdır. Alınan nəticələr riyazi olarag Styudent-Fişer üsulu ilə [10] (hesablanmışdır.

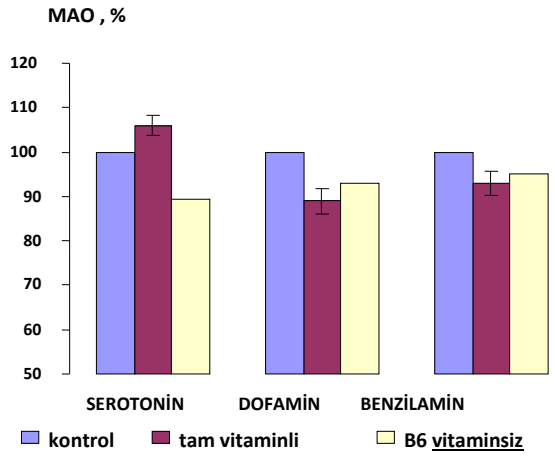
Alınan nəticələr və onların müzakirəsi. 3 aylig ağ siçovullarin MAO "B"-nin fəallığı tədqiq olunan strukturlarda- XDC-da, görmə qabığında MAO "A" fəallığına nisbətən yüksək olmuşdur (uyğun olarag 4,1±0,18; 2,8±0,08; və 2,03±0,07; 1,6±0,05 nmol aldehidsemikarbazon/mq zül./45dəq.). 30 gün müddətində tam vitamin tərkibli qida ilə yedizdirilmiş 3 aylıq ağ siçovullarda MAO"A"-nın (substrat- serotonin) fəallığı kontrol heyvanlara nisbətən görmə qabığında 14±3,2% azalır, XDCda isə 5±2,3% artır, MAO"B" fermentinin fəallığı (substrat benzilamin) isə bu şəraitdə görmə qabığında 8±2,9% artır, XDCdə isə 7±2,7% azalır (şək.1 və 2).

Alınan nəticələr göstərir ki, hər iki tədqiq olunan strukturlarda (görmə qabığında və XDC-də) MAO"A" və MAO"B" fermentlərinin fəallığı tam vitamin tərkibli qida ilə yedizdirilmiş heyvanlarda əks istiqamətlərdə dəyişir. Lakin, dəyişmə dərəcəsi hər iki halda xeyli cüzi olmuşdur, həm də dəyişmə dərəcəsi XDC-də görmə qabığına nisbətən az olmuşdur.

30 gün müddətində 3 aylıq ağ siçovullarin B6 vitaminsiz qida ilə yedizdirilməsi MAO "A" fermentinin fəallığına, beynin strukturundan asılı olaraq fərqli təsir etmişdir: görmə qabığında fermentin fəallığı 12±3,4% artmış, XDC-də isə 10,7±3,2% azalmışdır. MAO"B"- nın fəallığı, bu şəraitdə görmə qabığında 14±3,2% artmış, XDC-də isə 5±2,1% azalmışdır (şək.1). Fermentin fəallığının dəyişmə dərəcəsi tam vitamin tərkibli qidalanmaya nisbətən bir az yüksək olmuşdur. 30 gün müddətində heyvanların B6 vitamini çıxarılmış qida ilə yedizdirilməsi görmə qabığında həm MAO "A", həm də MAO"B" fermentlərinin fəallığına az təsir edir və hər iki fermentlərin fəallığının dəyişmə dərəcəsi demək olar ki, eyni olmuşdur.



Şək 1. B6 vitamininin 30 qün qidada çatışmazlığının ağ siçovulların görmə qabığında , MAO "A" və "B"formaların fəallığına təsiri



Şək 2. B6 vitamininin 30 qün qidada çatışmazlığının ağ siçovulların XDC-da MAO "A" və "B" formaların fəallığına təsiri

MAO"A" və "B" fermentləri biogen aminlərinin səviyyəsini tənzim etdikləri üçün, 30 gün müddətində tərkibindən B6 vitamini çıxarılmış qida ilə heyvanların yedizdirilməsi şəraitində, onların fəallığı dəyişməsi nəticəsində, GQ-da və XDC-də monoaminlərin nisbətinə nəzərə çarpan təsir göstərməlidir. B_6 vitamininin defisiti fonunda MAO"A" formasının fəallığının XDCdə bir qədər aşağı düşməsi serotoninin miqdarının artmasına və ya mümkün dərəcədə onun səviyyəsinin aşağı düşməməsinə imkan verir. MAO "B"-nin isə fəallığının XDCdə kontrol heyvanlara nisbətən aşağı düşməsi, dofaminin artmasına səbəb olur**.** Qidada B6 vitamininin çatışmazlığının fonunda MAO "B" fəallığının zəifləməsi B6 vitamininin astrositlər qlial hüceyrələri səviyyəsində monoaminlərin sələflərinin qan damarlarından mobilizasiya olunmasında iştirak etdiyinin göstəricisi ola bilər. Gözün torlu qişasından çıxan görmə traktının əksər lifləri XDC-də qurtarır, digər az bir hissəsi isə talamus yastığına və ön dördtəpəli cismə gedir. XDC ilkin görmə mərkəzi adlanır və görmə traktının mərkəzi neyronu buradan başlayır. MAO "B" fəallığının zəifləməsi dofaminin artmasına səbəb olur və XDC-də görmə sinirinin liflərini aktiv halda saxlamağa imkan verir.

Məlumdur ki, MAO-nun "A" forması neyronlarda, MAO "B" forması isə qlial hüceyrələrdə yerləşir. Buna əsasən demək olar ki, heyvanların B6 vitaminsiz qida ilə yedizdirilməsi fonunda neyron hüceyrələrinin qliya hüceyrələrinə nisbətən neyromediatorlara qarşı dezaminləşdirici təsiri daha güclüdür.

Bu halda görmə analizator sisteminin XDC-da MAO-nun hər iki forması GQ nisbətən B_6 vitamininin çatışmazlığına qarşı daha davamlı olmuşdur.

ƏDƏBİYYAT

1. Старчина Ю.А. Витамины группы В в лечении заболеваний нервной системы // Ж.Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2009, 2, с.84-87
2. Луцкий И.С., Лютикова Л.В., Луцкий Е.И. Витамины группы В в неврологической практике // Междунар. неврол.ж., 2008, №2, с.89-93.
3. Combs G.F. The vitamins. Fundamental Aspects in nutrition and health. New York, 2008, p.340.
4. Mooney S.Leuendorf J.E., Hendrikson C. et al. Vitamin B6 a long known compound of surprising complexity // Molecules., 2009, v.14(1), p.329-51.
5. Wilson R.G., Davis R.E. Clinical chemistry of vitamin B6 // Adv.Clin Chem.,1983, 23, 1-68.
6. Горкин В.З. Аминооксидазы и их значение в медицине. М., 1981, 357с.
7. Nikinorow M., Uzbanek-Karlowska B., Karlowski K. Protein deficient diets. Activity of selected enzymes of protein and carbohydrate metabolism // Toxicology, 1973, v.1, p. 263-276.
8. Popov N., Rocler V., Thiemann C. et al. Fine empfindliche methode rur best immungder monoaminokzydase activitat in Gewebe clurch Aldehydsemicarbazon messing // Acta boil.med.germ., 1971, v.26, №2, p.239-245.
9. Lowry O.H, Rosenbrough N.I., Farr A.L., Randall R. J. Protein measurement with phenol reagent // J.Biol Chem. 1951, v.193, p.265-275.

10.Лакин Г.Ф. Биометрия. М.: Наука, 1980, 293 с.

Резюме

Влияние отсутствия в пище витамина В6 на активность МАО типа «А» и «Б» зрительной системы половозрелых белых крыс

А.М.Азимова, С.О. Кадымова, В.Р.Юнусова, Ф.Б.Аскеров

Исследовали влияние 30 дневного отсутствия в пище витамина В6 на активность МАО «А» и «В» форм гомогенатов зрительной коры и наружного коленчатого тела мозга 3-х месячных белых крыс. Показано, что дезаминирующая активность МАО"В"(субстрат дофамин) в зрительной коре была значительно выше, чем дезаминирующая активность МАО "А" (субстрат серотонин). Выявлены разнонаправленные по знаку изменения активности МАО при длительном отсутствии в пище витамина В6 в корковой и подкорковой структурах зрительного анализатора: повышение активности МАО «А» и «В» в зрительной коре и понижение их активности в наружном коленчатом теле. Такая разница связана по видимому с функциональной особенностью наружного коленчатого тела отвечающего за первичную обработку зрительного сигнала и зрительной коры, отвечающей за обработку визуальной информации.

Summary

Influence of vitamin B_6-deficient diet on the activity of MAO "A "and "B "types in the visual system of sex-matured rats

A.M. Azimova, S.O.Kadimova, V.R. Yunusova, F.B.Askerov

The effect of a 30-day vitamin B_6- deficient diet on the activity of MAO-A and MAO-B types of the visual cortex (VC) and external geniculate body (EGB) of 3 month old rats has been studied. The deaminating activity of MAO-B (as substrate dopamine) in the VC has been shown to be higher than MAO-A (as substrate serotonin). Multidirectional changes in MAO-activity were revealed under prolonged deficiency of vitamin B_6 in diet in the cortical and subcortical structures of the visual analyzer: an increase in MAO "A "and "B" types activities in the VC and a decrease in their activity in the EGB. This difference can be related to the functional features of the EGB which responsible for the primary processing of the visual signal and the VC responsible for visual information processing.

Daxil olub: 11.01.2018

BÖYRƏK MƏNŞƏLİ ARTERİAL HİPERTONİYA ZAMANI QANDA DƏMİR VƏ MANQANIN MİQDARI

A.A. Əsgərova, G.Q. Qarayeva, N.O.Quluyev

Azərbaycan Tibb Universiteti, Elmi Tədqiqat Mərkəzi, Bakı

Açar sözlər: dovşan, manqan, dəmir, bioetika
Ключевые слова: Кролик, манга, железа, биоэтики
Key words: Rabbit, mangan, iron, bioethics.

Arterial hipertoniya ən geniş yayılan polietioloji xəstəlikdir. Xəstəliyin əhali arasında geniş yayılması və eyni zamanda bir sıra xəstəliklər (miokard infarktı, beyin insultu və s.) üçün risk amili olması onu tibb ictimaiyyətinin diqqət mərkəzinə gətirərək prioritet sahəyə çevirmişdir [1,2,3]. Qeyd etdiyimiz kimi, arterial hipertoniya multifaktorial xəstəlikdir. Onun inkişafına səbəb olan amillərdən biri də böyrəklərdə baş vermiş patoloji proseslərdir. Ona görə də bu tip arterial hipertoniya böyrək mənşəli hipertoniya adlanır [4,5].

Böyrək mənşəli hipertoniya zamanı böyrəklərin funksional vəziyyətinin dəyişməsi ilə yanaşı onun parenximasında bir sıra üzvü dəyişikliklərdə baş verir. Ona görə də böyrək mənşəli arterial hipertoniyaların kliniki gedişi digər mənşəli hipertoniyalardan fərqli olmaqla yanaşı müalicəyə də çətin tabe olurlar. Bu baxımda böyrək mənşəli hipertoniyalar zamanı orqanizmdə baş vermiş patoloji proseslərin o cümlədən ağır metalların vəziyyətinin öyrənilməsi vaciblir. Çünki, orqanizmdə olan metallar əsasən böyrəklər vasitəsilə orqamizmdən xaric olurlar.

Bu məqsədlə biz eksperimentdə Avropa bioetik komitəsinin təcrübə heyvanları ilə davranış qaydalarına əmək etməklə dovşanlarda böyrək mənşəli arterial hipertoniya modeli yaradaraq tədqiqat apardıq.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqatlar "Şinşilla" cinsinə mənsub olan çəkisi 2,5-3,5 kq arasında dəyişən 30 baş dovşan üzərində aparılmışdır. 0,5%-li novakain məhlulundan istifadə etməklə boyun nahiyyəsində yuxu arteriyasının proyeksiyasına uyğun olaraq 10 sm uzunluqda iki paralel kəsik aparmaqla dəri dərialtı təbəqədən ayrılmış və yuxu arteriyası onun içərisinə yerləşdirilərək dəri diliminin kənarları bir-birinə birləşdirməklə boruvari şəkilə salınmışdır. Boyunda aparılan kəsik nəticəsində əmələ gələn yara sağaldıqdan sonra Rivoroçi aparatı vasitəsilə mufta içərisinə alınmış yuxu arteriyasından sistolik arterial təzyiq ölçülmüşdür.

İntakt vəziyyətində sistolik təzyiqin səviyyəsi müəyyən edildikdən sonra təcrübə heyvanlarının 25 başında qarın boğluğu açılmış və arteriya reanilişin sag böyrəyə daxil olan şaxələrindən biri bağlanmış və bununla da böyrəyin işemiyası modeli yaradılmışdır. Model yaradılandan 1,5,10,15 və 30 gün sonra (hər dəfə 5 baş olmaqla) heyvanlar təcrübədən çıxarılmışdır.

İntakt vəziyyətində olan və böyrək işemiyası yaradılan təcrübə heyvanlarında 1,5,10, 15 və 30-cu günlərdə arterial təzyiq ölçülmüş və qulaq venasından götürülən qanda dəmir (Fe) və manqan (Mn) ionlarının miqdarı müəyyən edilmiş və onların arterial təzyiqlə olan əlaqəsi müəyyənləşdirilmişdir.

Qanda Fe və Mn ionlarının miqdarını təyin etmək üçün Human firmasının istehsalı olan reaktiv dəstlərindən istifadə etməklə tam avtomat rejimdə işləyən BİOSKREM- 2 aparatı vasitəsilə təyin edilmişdir.

Alınmış kəmiyyət göstəriciləri müasir tövsiyələr əsasında Styudentin t- meyarı və Uilkoksonun-Manna-Uitinin qeyri-parametrik U-meyarı tətbiq etməklə statistik təhlil edilmişdir (6,7). Hesablamalar Azərbaycan Tibb Universitetinin Tibbi İnformatika və Hesablama kursunda tətib olunan EXCEL elektron cədvəlində aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri. Intakt vəziyyətində olan təcrübə heyvanlarında sistolik təzyiq 80-120 mm Hg səviyyəsində dəyişmişdir (M±m=101,2±1,7 mm Hg-a bərabərdir). Qulaq venasından götürülmüş qanda dəmirin miqdarı 12,5-32,2 mq/l arasında, Mn miqdarı isə 0,65-1,05 mmol/l arasında qeydə alınmışdır. Onların orta miqdarı isə müvafiq olaraq 24,4±1,0 mq/l-ə və 0,829±0,019 mmol/l-ə bərabər olmuşdur.

Sağ böyrəkdə işemiya yaradıldıqdan 1 gün sonra sistolik təzyiqin dəyişməsi 90-130 mm Hg arasında olmuşdur. Orta səviyyəsi isə intakt vəziyyətlə müqayisədə 10% artaraq 111,2±1,9 mm Hg-a qədər yüksəlmişdir (P<0,001).

Lakin qeyd olunan artım yalnız 2 baş (8%) dovşanın hesabına baş vermişdir. Qalan təcrübə heyvanlarında sistolik təzyiqin səviyyəsi norma daxilində qalmışdır.

Dəmirin miqdarı isə 13,3-37,4 mq/l hüdudunda olub orta miqdarı intakt vəziyyətlə müqayisədə 19% (P<0,01) artaraq 29,1±1,3 mq/l-ə çatmışdır. Sistolik təzyiqdən fərqli olaraq təcrübəyə götürülən heyvanların 16-da (64%-də) dəmirin miqdarı normal səviyyədə olsa da 9 baş dovşanda (36%) normadan yuxarı səviyyəyə qalxmışdır.

Qanda manqanın da miqdarında intakt vəziyyətlə müqayisədə elə bir ciddi dəyişiklik qeydə alınmamışdır. Onun miqdarı 0,67-1,5 mmol/l arasında dəyişərək orta miqdarı 0,933±0,043 mmol/l-ə bərabər olmuşdur. Buradan göründüyü kimi (cədvəl 1) böyrək arteriyasının bağlanmasından 1 gün sonra qanda manqanın miqdarı intakt vəziyyətlə müqayisədə 13% (P<0,05) artmışdır. Lakin bu artım təcrübəyə götürülən heyvanların 5 başında (20%-də) qeydə alınmışdır. Qalan 20 baş (80%) təcrübə heyvanında qanda manqanın miqdarı normal səviyyəsini saxlamışdır.Beləliklə, bizim apardığımız təcrübələrin nəticələri göstərir ki, böyrək arteriyasının bağlanmasından 1 gün sonra təcrübə heyvanlarının çox az bir hissəsində (8%-də) sistolik təzyiq, 36%-də qanda dəmirin, 20%-də isə manqanın miqdarı normadan yüksək səviyyəyə qalxmışdır. Qalan təcrübə heyvanlarında isə göstərilən parametrlər normal səviyyədə qalmışdır (şəkil 1).

Böyrək arteriyasının bağlanmasından 5 gün sonra təcrübələr 20 baş dovşan üzərində davam etdirilmişdir. Onlarda sistolik təzyiq 115-150 mm Hg arasında dəyişmişdir. Sistolik təzyiqin orta səviyyəsi 134,3±2,2 mm Hg-a bərabər olmuşdur.

Buradan göründüyü kimi, böyrək arteriyasının bağlanmasından 5 gün sonra arterial təzyiqin orta səviyyəsi, intakt vəziyyətlə müqayisədə 33% (P<0,001) yüksəlmişdir. Eyni zamanda 1-ci gündən fərqli olaraq arterial təzyiqi yüksəlmiş dovşanların sayı da kəskin şəkildə artmışdır. Belə ki, təcrübəyə götürülən heyvanların yalnız 3 başında (15%-də) sistolik təzyiq normal səviyyəsini saxlamışdır. Qalan təcrübə heyvanlarında isə (17 baş və ya 85%-də) sistolik təzyiqin səviyyəsi normal səviyyədən yuxarı qalxmışdır.

Həmin dovşanların götürülən qan nümunəsində dəmirin miqdarı 15-53,7 mq/l arasında dəyişmişdir. Onun orta miqdarı intakt vəziyyətlə müqayisədə 53% artaraq (p<0,001) 37,5±2,4 mq/l-ə bərabər olmuşdur. Təcrübə heyvanlarının əksəriyyətində (14-də və ya 70%-də) dəmirin miqdarı normadan yüksək səviyyəyə qalxmışdır. Yalnız 6 baş (30%) dovşanda dəmirin miqdarı normal səviyyədə qalmışdır.

Qanda manqanın miqdarı isə 0,69-2,4 mmol/l arasında qeydə alınmışdır. İntakt vəziyyətlə müqayisədə qanda manqanın orta miqdarı 30% artaraq (p<0,001) 1,076±0,094 mmol/l-ə çatmışdır. Lakin buna baxmayaraq təcrübəyə götürülən heyvanların əksəriyyətində (15 başda və ya 75%-də) qanda manqanın miqdarı normal səviyyəsini saxlamışdır. Yalnız 5 baş dovşanda yəni 25%-nin qanında manqanın miqdarı normal həddən yuxarı olmuşdur.

Beləliklə buradan göründüyü kimi, böyrək arteriyasının bağlanma müddəti uzandıqca patoloji prosesin inkişafı təcrübəyə götürülən heyvanların daha çoxunda qabarıq şəkil alır. Belə ki, böyrək arteriyasının bağlanmasından sonra təcrübəyə götürülən heyvanların 15%-də sistolik təzyiq, 30%-də dəmirin, 75%-də isə manqanın miqdarı, normal həddini saxlamışdır (şəkil 1).

Təcrübəyə götürülən heyvanların 15 başında böyrək arteriyasının başlanılmasından 10 gün sonra baş vermiş dəyişikliklər izlənmişdir. Müəyyən edilmişdir ki, onlarda sistolik təzyiqin səviyyəsi 125-170 mm Hg arasında dəyişmişdir. Onun orta səviyyəsi intakt vəziyyətlə müqayisədə 49% (P<0,001) 151±2,8 mm Hg-a çatmışdır. Təcrübəyə götürülən heyvanların 100%-də sistolik təzyiqin səviyyəsi normal həddi aşmışdır.

Qeyd olunan müddətdə qanda dəmir ilə manqanın miqdarı aşağıdakı dinamika üzrə dəyişmişdir. Təcrübə heyvanlarından götürülən qanda dəmirin miqdarı 22,0-63,2 mq/l arasında qeydə alınmışdır. Onun orta miqdarı norma ilə müqayisədə 91% artmışdır. Təcrübəyə götürülən heyvanların 13 başında (87%-də) dəmirin miqdarı normal səviyyədən yuxarı qalxmışdır. Yalnız 2 baş (13%) dovşanda isə normal səviyyədə qalmışdır.

Manqanın da miqdarında nəzərə çarpacaq artım qeydə alınmışdır. Onun miqdarı 0,82-2,2 mmol/l arasında dəyişərək, orta miqdarı 1,261±0,122 mmol/l-ə bərabər olmuşdur. Buradan göründüyü kimi, böyrək arteriyasının bir şaxəsinin bağlanmasından 10 gün sonra qanda manqanın miqdarı 52% artmışdır. Lakin qanda manqanın miqdarının artması təcrübəyə götürülən heyvanların hamısını əhatə etməmişdir. Yalnız 7 baş (47%) təcrübə heyvanın qanında manqanın miqdarı artmışdır. 8 başda (53%-də) isə normal səviyyəsini saxlamışdır.

Beləliklə, buradan göründüyü kimi, böyrək arteriyasının bir şaxəsinin bağlanması nəticəsində böyrəkdə işemiya prosesi inkişaf etdikcə sistolik təzyiqinin yüksəlməsi və qanda dəmir ilə manqanın miqdarının artması daha qabarıq şəkil alır.

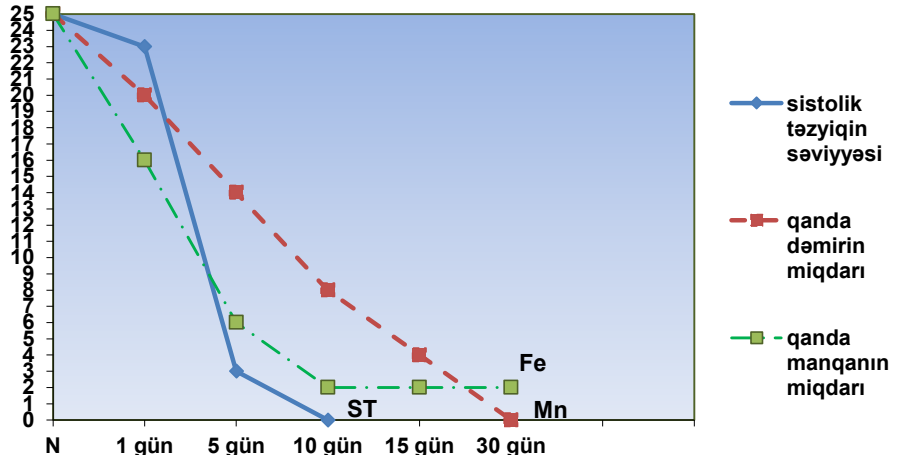
Böyrək arteriyasının bir şaxəsinin bağlanmasından 15 gün sonra müşahidələr 10 baş dovşan üzərində aparılmışdır. Onların sistolik təzyiqi 150-180 mm Hg arasında olub, orta səviyyəsi 167,5±3,4 mm Hg-a bərabər olmuşdur. Beləliklə, böyrək arteriyasının bir şaxəsinin bağlanmasından 15 gün sonra sistolik təzyiqin orta səviyyəsi intakt vəziyyətlə müqayisədə 67% (p<0,001) yüksəlmişdir. Bu zaman sistolik təzyiqi narmal saviyyədə olan təcrübə heyvanlar qeydə alınmamışdır. Əksinə təcrübəyə götürülən dovşanların 100%-də sistolik təzyiq normadan yüksək səviyyəyə qalxmışdır. Həmin dovşanların qulaq venasından götürülən qanda dəmirin miqdarı 19,3-62,4 mq/l arasında qeydə alınmışdır. Onun orta miqdarı intakt vəziyyətlə müqayisədə 86% artaraq 45,5±4,6 mq/l-ə çatmışdır. Lakin bu artım təcrübəyə götürülən dovşanların 100%-də qeydə alınmamışdır. Onların 2 başında (10%-də) dəmirin miqdarı normal səviyyədə qalmışdır. Beləliklə təcrübə heyvanlarının əksəriyyətində qanda dəmirin miqdarı normadan yüksək səviyyəyə qalxmışdır. Lakin qeyd olunan artım təcrübəyə götürülən heyvanların 80%-də müşahidə olunsa da dinamik xarakter daşımamışdır. Çünki, təcrübənin 10-cu günü ilə müqayisədə 15-ci gündə qanda onun miqdarı 5% azalmışdır.

Qanda manqanın miqdarı 0,91-2,2 mmol/l həddində qeydə alınmışdır. Onun orta miqdarı intakt vəziyyətlə müqayisədə 68,2% (p<0,001) artaraq 1,394±0,143 mmol/l-ə çatmışdır. Bununla yanaşı qanda manqanın miqdarı normal səviyyədə olan təcrübə heyvanlarının da sayı azalmışdır. Belə ki, böyrək arteriyası şaxələrindən birinin bağlanmasından 15 gün sonra təcrübəyə götürülən heyvanların yalnız 40%-də (4 başında) qanda manqanın miqdarı normal səviyyədə olmuşdur. Qalan 6 başda (60%) qanda manqanın miqdarı normal səviyyədən yuxarı qalxmışdır.

Beləliklə aparılan təcrübələrin nəticəsi göstərmişdir ki, böyrək arteriyası şaxələrindən birini bağlamaqla böyrək toxumasında yaradılan işemiya sayəsində təcrübənin 15-ci günündə sistolik təzyiqin səviyyəsinin yüksəlməsinə baxmayaraq qanda dəmirin miqdarının dinamik olaraq artması müşahidə edilməmiş, 10-cu günlə müqayisədə az da olsa azalmışdır. Lakin dəmirdən fərqli olaraq qanda manqanın miqdarı dinamiki olaraq artmışdır (cədvəl 1).

Təcrübələrin 30-cu günündə tədqiqatlar 5 baş dovşan üzərində aparılmışdır. Onlarda sistolik təzyiq 160-200 mmHg arasında qeydə alınmışdır. Onun orta səviyyəsi intakt vəziyyətdə olan dovşanlarla müqayissədə 80% (p<0,001) artaraq 182,0±6,6 mmHg-a bərabər olmuşdur. Sistolik təzyiqin yüksəlməsi təcrübəyə götürülən heyvanların 100%-də qeydə alınmışdır. Onların qulaq venasından götürülən qanda dəmirin miqdarı 27,5-55,4 mq/l arasında dəyişmişdir. Orta miqdarı intakt vəziyyətdə olan səviyyə ilə müqayisədə 67% (p<0,001) artaraq 40,9±6,0 mq/l-ə çatmışdır. Lakin bu artım bütün təcrübə heyvanlarında müşahidə

edilməmişdir. 2 baş (40%) dovşanda dəmirin miqdarı normal səviyyəyə qayıtmışdır. Qalan 3 dovşanda (60%) normadan yüksək səviyyəyəni saxlamışdır. Bütün bunlarla yanaşı təcrübənin 30-cu günündə qanda dəmirin miqdarının dinamik artımı müşahidə edilməmişdir. Belə ki, onun miqdarı 10-cu günlə müqayisədə 4%, 15-ci günlə müqayisədə isə 9% azalmışdır (cədvəl 1).



Şək. 1. Böyrək arteriyasının bir şaxəsinin bağlanılmasından sonra tədqiq edilən parametrləri normal səviyyədə qalan dovşanların say göstəricisi

Cədvəl 1

Böyrək arteriyası şaxəsinin birinin bağlanmasından sonra sistolik təzyiqin səviyyəsində, qanda Fe və Mn miqdarının dəyişmə dinamikası

N	Təyin olunan parametrlər	Statistik göstərici-lər	İntakt vəziyyət	Damar şaxəsinin bağlanılmasından sonra				
				1 gün n=25	5 gün n=20	10 gün n=15	15 gün n=10	30 gün n=5
1	Sistolik təzyiq mmHg	Min Max M±m p<	80 120 101,2±1,7 -	90 130 111,2±1,9 0,001	115 150 134,3±2,2 0,001	125 170 151,2±8 0,001	150 180 167,5±3,4 0,001	160 200 182,0±6,6 0,001
2	Fe mq/l	Min Max M±m p<	12,5 32,22 24,4±1,0 -	13,3 37,4 29,1±1,3 0,01	15,0 53,7 37,5±2,4 0,001	22 63,2 46,6±3,3 0,001	19,3 62,4 45,5±4,6 0,001	27,5 55,4 40,9±6,0 0,001
3	Mn nmol/l	Min Max M±m p<	0,65 1,05 0,829±0,0 19 -	0,67 1,5 0,033±0,043 0,05	0,69 2,4 1,076±0,094 0,001	0,82 2,2 1,261±0,122 0,001	0,91 2,2 1,394±0,143 0,001	1,6 2,4 2,1±0,14 0,001

Qulaq venasından götürülən qanda manqanın miqdarı intakt vəziyyətlə müqayisədə kəskin şəkildə (153%) artaraq 1,6-2,4 mmol/l civarında qeydə alınmışdır. Onun orta miqdarı 2,1±0,141 mmol/l-ə bərabər olmuşdur. Manqanın miqdarının qanda artması təcrübəyə götürülən heyvanların 100%-də aşkar edilmişdir.

Beləliklə bizim apardığımız təcrübələrin nəticəsi göstərmişdir ki, böyrək işemiyası zamanı sistolik təzyiqin artması ilə yanaşı qanda dəmir və manqanın miqdarı da artmışdır. Lakin dəmirin miqdarı təcrübənin ilk günlərində kəskin artsa da 15-ci gündən başlayaraq azalmağa doğru meyillənmişdir. Lakin bütün hallarda intakt vəziyyətində olan səviyyədən yüksək olmuşdur.

Manqanın miqdarı isə dəmirin miqdarından fərqli olaraq təcrübənin ilk günlərində tədricən artmış, 30-cu gündə isə artmaqda davam edərək maksimal həddə çatmışdır.

Bizim fikrimizcə manqanın qanda patoloji prosesin inkişafı ilə artması böyrək işemiyası nəticəsində orqanizmdə yaranmış sərbəst radikalların əmələ gəlməsi ilə bağlıdır. Cünki məlumdur ki, işemiyaya uğramış nahiyyədə sərbəst radikallaşma prosesi intensivləşir. Manqan isə orqanizmdə yaranmış sərbəst radikalları özündə birləşdirməklə hüceyrə membranını dağılmaqdan qoruyur [8,9].

ƏDƏBİYYAT

1. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российский рекомендаций (третий пересмотр) //Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2008, № 6, 30 с.

2. Шупина М.И., Турганинов Д.В. Распространенность артериальной гипертензии и сердечно-сосудистых факторов риска у лиц молодого возраста //Сибирский Медицинский журнал, 2011, №3-2, с.152-156.

3. Мамедов М.Н., Дигигова Р.Т., Шарвадзе Г.Г. Выявление эректильной дисфункции и особенности ее лечения у мужчин с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний и с ишемической болезнью сердца //Медицинской вестник, 2010, № 11.

4. Стрюк Р.И. Артериальная гипертония при беременности: диагностика, особенности лечения, прогноз //Лечебное дело, 2014, № 3, с.4-11.

5. Нанчикеева М.Л., Козловская Д.В. Оценка нефропротективного и кардиопротективного эффектов ингибиторов ангиотензии- префращающего фермента у больных гипертонической невропатией //Клин.нефрология, 2010, № 6, с.25-28.

6. Лакин Г.Ф. Биометрия. М.: Высшая школа, 1990, 352 с.

7. Додж К., Кината С., Стинсон К. The Cobb group. Эффективная работа на EXCEL Спб, 2002, 1067 с.

8. Оробченко Л.П., Романько М.Е., Куца А.Т. Токсическая оценка нанокомпозита металлов (Fe, Cu и диоксида Mn) по уровню биохимических маркеров крови крыс в условиях хронического эксперимента //Вестник зоотехника и биотехнология, 2014, № 39, с.21-29.

9. Красильшикова М.С., Зацепина О.В. Тяжелые металлы как индукторы аутоиммунных процессов у человека и лабораторных животных //Научно-практическая ревматология, 2007, № 3, с.54-63

Summary

The level of iron and manganese in the blood in renal arterial hypertension

A.A. Asgarova, G.G. Garayeva, N.O.Guliyev

The experiments were performed on 25 rabbits. One of the renal artery branches was closed by observing the recommendations of the European Committee on Bioethics on use of the experimental animals and the experiments were carried on 25 rabbits in a day, 5 rabbits in 20 days, 10 rabbits in 15 days and 5 rabbits in 30 days. It has been established that according to the dynamics of the pathological process developing in the kidney which of the artery was closed, the systolic pressure was rapidly increasing up to the end of the experiment. The amount of iron in the blood has increased accordingly. However, this increase has lasted till the 15th day of the experiment. Starting from the 15th day of the experiment, the amount of iron in the blood has displayed the decrease. However, in all cases, the intensity was higher than the level in heart attack. Unlike iron, the level of manganese in the blood has gradually increased, but the increase has observed till the end of the experiment. On the 30th day, the sharp rise has been observed.

Резюме

Количество железа и манги в крови при артериальной гипертонии почечного происхождения

А.А. Аскерова, Г.Г. Караева, Н.О.Кулиев

Опыты проведены над кроликами в количестве 25 голов. С соблюдением рекомендаций Европейского комитета по биоэтики относительно поведения с подопытными животными, была закрыта одна из ветвей почечной артерии и опыты проведены 1 день над 25 кроликами, 5 дней над 20 кроликами, 15 дней над 10 кроликами и 30 дней над 5 кроликами. Установлено что, в соответствии с динамикой патологического процесса развивающегося в почке с закупоренной артериальной ветвью, до конца опыта систолическое давление динамично повышалось. В том же порядке увеличивалось количество железа в крови. Но указанное увеличение продолжалось до 15-го дня. Начиная с 15-го дня, и до конца опытов количество железа в крови показывала тенденцию к уменьшению. Но во всех случаях было высоким по сравнению с уровнем в интактном состоянии. В отличии от железа, количество манга в крови, повышалось со слабой динамикой, но продолжалось увеличиваться до конца опытов. А на 30-й день произошло резкое увеличение.

Daxil olub: 11.01.2018

MÜXTƏLİF YAŞLARDA PERİFERİK SİNİRLƏRİN MİELOARXİTEKTONİKA XÜSUSİYYƏTLƏRİ

L.A. Məmmədov, H.Ə. Əkbərov, A.F. Məmmədova, C.A. Cəbrayılov, N.N.İsayev
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: mieloarxitektonika, fərdi dəyişkənlik
Ключевые слова: миелоархитектоника, индивидуальная изменчивость
Key words: mielo-architectonics, individual changeability

Sinir xəstəliklərinin vaxtında aşkar edilməsi, profilaktikası, müalicəsi bu günki təbabətin aktual mövzularından biridir. Bu cür prosesləri izləmək, baş vermiş patologiyanın hansı səviyyədə getdiyini bilmək, müalicəni düzgün qurmaq məqsədi ilə hər vaxt çoxlu tədqiqat işləri aparılmışdır. Bunun üçün də həm normal, həm də patoloji prosesləri izləmək, onların sinirlərin mieloarxitektonikasında hansı izləri yaratdığını bilmək məqsədilə yeni-yeni morfoloji tədqiqatlar aparılır [2,3].

Sinir kötükləri, onların quruluşu, əhatə olunduğu birləşdirici toxuma elementləri, dəstələr, onların yerləşməsi, dəstələri əhatə edən perinevral qişa, dəstədaxili mielinli sinir lifləri, liflərin diametri, sayı, bir-birinə münasibəti, perinevral qişaya münasibəti tədqiqatçılar tərəfindən daim araşdırılmış və bu günə kimi ədəbiyyatda bir-birini inkar edən çoxlu məlumatlar dərc edilmişdir. Bu kimi tədqiqatlar aparılarkən, çox vaxt orqanizmin yaş xüsusiyyətləri nəzərə alınmamış, əldə olunan nəticələr hamısı fərdi dəyişkənlik kimi qəbul edilmişdir [1,4,5].

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqatın məqsədi də intakt orqanizmdə yaşla əlaqəli sinirlərdə fizioloji proseslərin hansı səviyyədə getdiyini aydınlaşdırmaq, bu proseslərin sinirlərin mieloarxitektonikasında nə kimi izlər buraxdığını öyrənməkdən ibarətdir. Bunun üçün yuxarı ətrafdan əzələ-dəri siniri və onun davamı olan saidin bayır dəri siniri, aşağı ətrafdan isə səthi-incik sinirinin proksimal və distal hissələri götürülmüşdür. Tədqiqat üçün bu sinirlərin seçilməsi təsadüf olmamışdır. Bu sinirlər hər biri proksimal hissədə həm hərəki, həm də hissi liflərə malik olurlar. Tədqiqat üçün də bu sinirlərin seçilməsi imkan verir ki, mieloarxitektonikada gedən proseslərin yuxarı, yaxud da aşağı ətrafda, hərəki həm də hissi sinirlərdə nə intensivliklə getdiyini aydınlaşdırmaq mümkün olsun.

Tədqiqat üçün materiallar adam öldükdən 2 saat ərzində götürülmüş, histoloji preparatlar hazırlanmış, rəngləmə Veygert-Pall üsulu ilə aparılmış, mikrotomda 20 mkm enində kəsiklər edilmiş, əldə olunan nəticələr Uayt metodu ilə statistik təhlil edilmişdir.

Tədqiqat üçün meyitindən material götürülmüş adamların yaşı aşağıdakı kimi qruplaşdırılmışdır:

I.Birinci yetkin dövr- 21-35 yaş
II.İkinci yetkin dövr- 36-55 yaş
III.Ahıllıq dövrü- 56-75 yaş
IV.Qocalıq dövrü- 76 və daha çox.

Birinci və ikinci yetkin dövrlərdə sinirlərin tədqiqi zamanı onların həndəsi formasının oval və dairəvi olduğu görünür. Sinirlərin əmələ gətirən dəstələrin sayı fərdi xarakter daşıyır. Belə ki, bu əzələ-dəri sinirində 2-13, səthi incik sinirində isə 3-18 arasında variasiya etmişdir. Dəstələrin demək olar ki, hamısı oval və dairəvi formadadır. Dəstələrin diametrinə gəldikdə isə bunlar çox böyük və çox kiçik olmaqla fərdi xarakter daşımışdır. Elə sinirlər olmuşdur ki, onların tərkibindəki dəstələr təqribən hamısı eyni diametrdə olsa da, bəzi sinirlərdə isə bir neçə dəstənin çox böyük, digərlərinin isə çox kiçik olduğu praparatlara rast gəlinmişdir. Sinirlərin daxilində dəstələr hən qrup halında həm də bərabər sıxlıqla paylanmışdır. Bəzi sinirlərdə isə epinevral dəstələrə də rast gəlinmişdir.

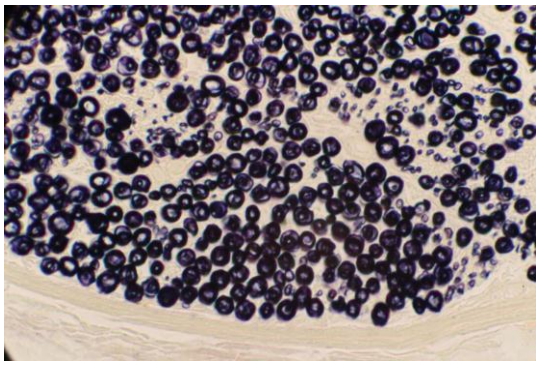
Bu yaşlarda sinirlərin tədqiqi göstərir ki, bütün preparatlarda perinevral qişa zəif inkişaf edir, onun qalınlığı 20-40 mkm arasında dəyişir. Nielinli sinir lifləri perinevral qişaya tam təmas edir. Bütün diametrlərdə olan mielinli liflər dolğundur, mielinli qişa və ox silindr aydın görünür, dəstədaxili dəstələrə rast gəlinmir (şəkil 1 və 2).

Bu yaşlarda sinirlərin tədqiqi zamanı məlum olmuşdur ki, hən əzələ-dəri, həm də səthi-incik sinirlərin tərkibində mielinli sinir liflərinin cəbri cəmi bir-birindən o qədər kəskin fərqlənmir. Belə ki, bu əzələ-dəri sinirinin proksimal hissəsində 10443-12743; distal hissəsində 3340-3746 arasında; səthi incik sinirinin proksimal hissəsində isə 15280-16780; distal hissəsində isə 8827-9481 intervalında mielinli liflər olur.

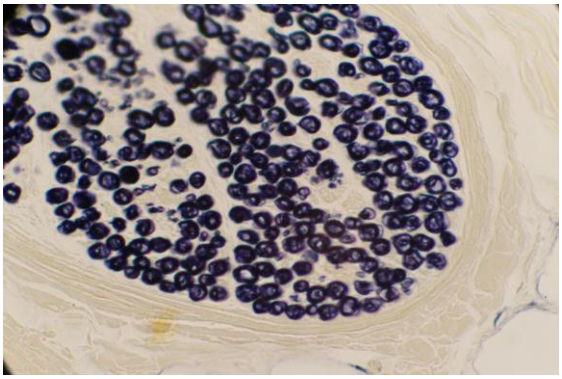
Ahıl yaşlarda sinirlərin köndələn kəsiyinin mieloarxitektonikasına nəzər saldıqda dəstələrin qruplar halında yerləşməsi çox zaman diqqəti çəkir. Sinir daxilində bərabər sıxlıqla yerləşmiş dəstələrə rast gəlinsə də, lakin bir neçə dəstənin birləşib iki yaxud üç qrup əmələ gətirdiyi hallara da rast gəlinir.

Dəstələri əhatə edən perinevral qişanın onun perimetri böyunca müxtəlif qalınlığa malik olduğu aydınlaşır. Bu cür hal bir sinirin tərkibində müxtəlif dəstələrdə də özünü biruzə verir. Bir dəstədə perinevral qişanın dəstənin perimetri boyu eyni qalınlıqda - 65-110 mkm olduğu halda, digər dəstənin perimetri boyu bir gütbdə perinevral qişanın qalınlığı 40 mkm, digər gütbdə 150 mkm-ya çatır. Dəstələrin oval və dairəvi formalarından başqa, qeyri-müəyyən həndəsi formalarına da rast gəlinir. Perinevral qişa ilə mielinli sinir lifləri arasında müəyyən məsafələr yaranır. Bu özünü bir sinirin tərkibində müxtəlif dəstələrdə və bir dəstənin daxilində onun perimetri boyu müxtəlif cür olur.

Mielinli sinir lifləri müxtəlif cür yerləşir. Onlar dəstə daxilində qruplaşaraq dəstə daxili dəstələr əmələ gətirirlər. Bu hal bir sinirin tərkibində bir, yaxud da bir neçə dəstədə özünü biruzə verə bilir. Liflərdə bəzən büzüşmüş bir hal baş verir. Ox silindr və mielin qişa sanki dağılmış bir vəziyyət alır (şəkil 3-4).



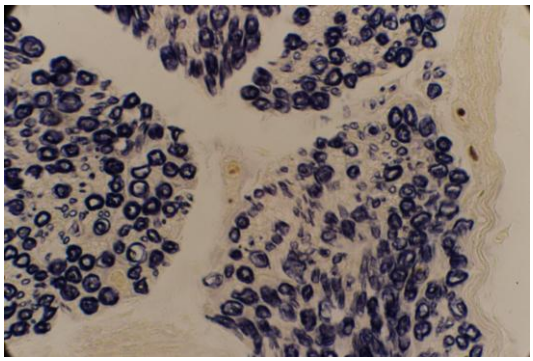
Şək. 1. Birinci yetkin yaşlarda əzələ-dəri sinirinin proksimal hissəsinin köndələn kəsiyinin mikrofotoqramması. Rəngləmə: Veygert-Pall üsulu; Böyütmə: Obyektiv 40, okulyar 7.



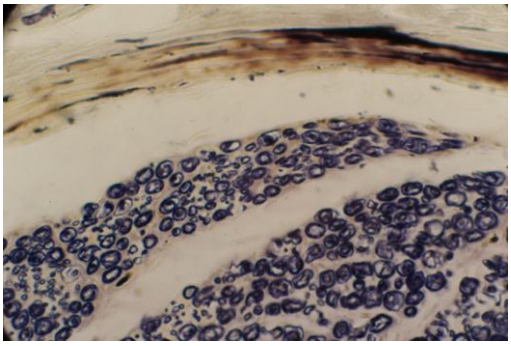
Şək. 2. İkinci yetkin yaşlarda səthi-incik sinirinin distal hissəsinin köndələn kəsiyinin mikrofotoqramması. Rəngləmə: Veygert-Pall üsulu; Böyütmə: Obyektiv 40, okulyar 7.

Ahıl yaşlarda əzələ-dəri sinirinin proksimal hissəsində mielinli liflərin miqdarı 7100-9166, distal hissəsində 2065-2501, səthi incik sinirinin proksimal hissəsində mielinli liflərin miqdarı 8628-11124, distal hissəsində isə 5012-6446 arasında dəyişmişdir.

Qoca yaşlarda periferik sinirlərin köndələn kəsiyinin mieloarxitektonikasına nəzər saldıqda piy elementlərinin artdığı, damar elementlərinin mənfəzinin daraldığı, birləşdirici toxuma elementlərinin güclü inkişafı nəzərə çarpır. Sinirləri əmələ gətirən dəstələr sayına və həndəsi formalarına görə müxtəlif ola bilir. Eyni bir sinirin tərkibində oval və dairəvi olmaqla, eyni anda qeyri-müəyyən həndəsi formalarda rast gəlinir. Dəstələrin sayı fərdi hal daşıyır. Onlar diametrinə görə müxtəlif olmaqla yanaşı, həmdə qruplaşmalar halında yerləşirlər. Dəstələrin bir-birinə və epinevral qişaya təmas etmə hallarına çox az rast gəlinir.



Şəkil 3. Əzələ-dəri sinirinin distal hissəsinini köndələn kəsiyinin mikrofotoqramması. Rəngləmə: Veygert-Pall üsulu Böyütmə: Obyektiv 40, okulyar 7.

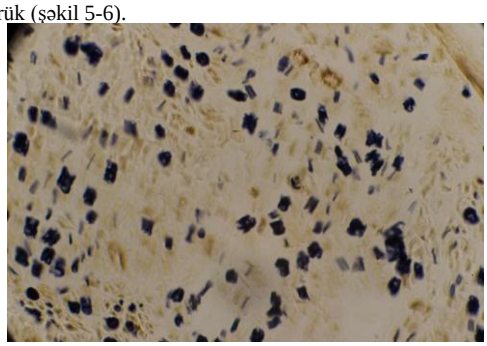


Şək.4. Səthi incik sinirinin köndələn kəsiyinin mikrofotoqramması. Rəngləmə: Veygert-Pall üsulu; Böyütmə: Obyektiv 40, okulyar 7.

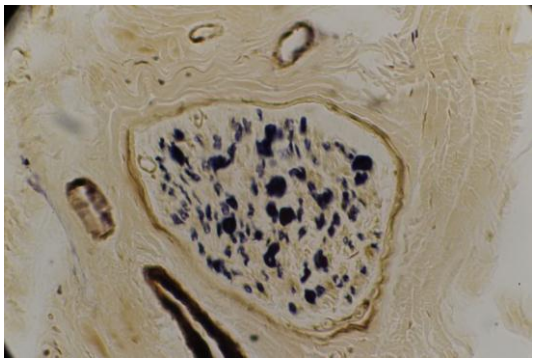
Əksər dəstələrdə perinevral qişa çox qalınlaşmışdır. Bir dəstənin perimetri boyu perinevral qişanın qalınlığı 60-180 mkm olmaqla müxtəlif intervalda dəyişir. Bu rəqəm eyni bir sinirin müxtəlif dəstələrində müxtəlif qiymət ala bilir.

Perinevral qişa ilə mielinli sinir lifləri arasında həm təmas olunan hallar, həm də çox məsafəli vəziyyətlər aşkar olunur. Eyni bir dəstənin bir gütbündə mielinli liflərin perinevral qişaya təması diqqəti cəlb edirsə, digər gütbdə bu histotopoqrafik elementlər arasında böyük məsafələr yarana bilir.

Mielinli liflərə nəzər saldıqda onların arasında böyük məsafələr yarandığını, təmas hallarının olmadığını, liflərin büzüşdüyünü görürük (şəkil 5-6).



Şək.5. Qoca yaşlarda əzələ-dəri sinirinin köndələn kəsiyinin mikrofotoqramması. Rəngləmə: Veygert-Pall üsulu; Böyütmə: Obyektiv 40, okulyar 7.



Şəkil 6. Qoca yaşlarda səthi-incik sinirinin distal hissəsinin mikrofotoqramması. Rəngləmə: Veygert-Pall üsulu; Böyütmə: Obyektiv 40, okulyar 7.

Bu yaşlarda əzələ-dəri sinirinin proksimal hissısində mielinli liflərin miqdarı 4978-6487; distal hissəsində isə 1380-1918 arasında; səthi-incik sinirinin proksimal hissəsində 6682-8326; distal hissəsində isə 3370-4418 arasında dəyişir.

Beləliklə yuxarıda göstərilənlərdən aydın olur ki, müxtəlif yaşlarda sinirlərin mieloarxitektonikasında olan histotopoqrafik elementlər arasında yaranan fərqi "fərdi dəyişkənlik" kimi qəbul etmək olmaz. Bu ideya yalnız özünü eyni yaş qrupundan olan sinirlərin mieloarxitektonika dəyişikliklərinə aid etmək olar.

Göstərilənlərdən aydın olur ki, insan yaşa dolduqca birləşdirici toxuma elementlərinin inkişafı güclənir, bu vəziyyət dəstələrin hər birində və eyni bir dəstənin perimetri boyu müxtəlif qütbdə fərqli intensivliklə baş verir, əksər hallarda mielinli liflərlə perinevral qişa arasında böyük məsafələr yaranır, mielinli liflərin cəbri cəmi azalır və bir-birinə münasibəti dəyişir. Onların formasında müxtəlif dəyişikliklər baş verir.

ƏDƏBİYYAT

1.Şadlinski V.B., Hüseynova G.A. Prenatal ontogenezdə əzələ-dəri sinirində mielin qişanın qalınlığının aksonun diametrindən asılılığı // Azərbaycan Tibb jurnalı. Bakı-2017, №2, s. 69-73.

2.Бибинейшвили Е.З., Родионова Н.Н., Юсипович А.И., Максимов Г.В. Изучение миелинового нервного волокна при модификации белок - липидных взаимодействий в миелине // Биологические мембраны, 2013, №30, с.142-146.

3.Мамедова А.Дж. Миелинизация глазничного нерва как показатель дифференцации нервных взаимоотношений. Tibb elmləri doktoru, professor Surxay Axundovun anadan olmasının 120 illiyinə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın materialları. Bakı-2017, səh. 36.

4.Михайлов С.С. Итоги исследований внутриствольного строения периферических нервов //Архив анатомии, гистологии, эмбриологии, 1970, №6, с.30-37.

5.Абдуллаев М.С., Акперов Г.А., Юсифзаде К.Р. Миелоархитектоника периферических нервов на фоне восходящей дегенерации // Azərbaycan Tibb jurnalı. Bakı-1996, №2, s.57-59.

Резюме

Особенности миелоархитектоники периферических нервов в различных возрастах

Л.А. Мамедов, Г.А. Акберов, А.Ф. Мамедова, Х.А.Гасанова

Представленная исследовательская работа посвящена миелоархитектонике периферических нервов разного состава и разной локализации. Были изучены гистологические препараты нервов кожи и мышц, а также поверхностных нервов, взятых у лиц среднего, пожилого и старческого возрастов, умерших в результате болезней, не связанных с нервами. Исследования показали, что с возрастом происходят изменения разной интенсивности в миелоархитектонике периферических нервов. А точнее, сокращается количество миелиновых нервных волокон. Что касается диаметра миелиновых волокон в процентном соотношении, то происходит увеличение волокон малого и среднего диаметра, полное уменьшение волокон большого диаметра, сильно развиваются элементы соединительной ткани.

Summary

Features of mielo-architectonics of peripheral nerves in the aspect of age

L.A. Mammadov, G.A. Akbarov, A.F. Mammadova, X.A.Hasanova

The presented investigative study is dedicated to the mielo-architectonics of peripheral nerves of diverse composition and localization. Hydrological preparations of skin nerves and muscles were studied so were the samples of surface nerves taken from persons of middle, elderly and senile ages, who died from non-nerve related diseases. Studies have shown that changes of various occur in mielo-architectonics of peripheral nerves during the aging process. To be precise, the number of myelin fibers diminishes. Regarding the diameter of myelin fibers in percentage ratio, fibers of small and medium diameter enlarge, fibers of large and prominently large diameter depopulate, and elements of connective tissue severely develop.

Daxil olub: 18.01.2018

KİŞİLƏRDƏ BÖYRƏK TRANSPLANTASİYASINDAN SONRAKI İLLƏRDƏ BAŞ VERMİŞ DƏYİŞİKLİKLƏRİN BAZAL DƏYƏRLƏRLƏ MÜQAYİSƏSİ

A.C.İsmayılov[1], İlhami Solak[2]

Yevlax rayon Mərkəzi xəstəxanası[1], Yevlax; Ege Universiteti[2], İzmir

Açar sözlər: xronik böyrək çatışmazlığı böyrək köçülrülməsi

Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность, пересадка почек

Key words: chronic renal failure, kidney transplantation

Müasir dövrdə kişilərdə bir sıra xəstəliklər kimi xroniki böyrək çatışmazlığı (XBÇ) və böyrək transplantasiyası (BT) ciddi problem olaraq qalır. XBÇ xəstəliyi kliniki gedişi və kliniki müxtəlifliyi ilə seçilərək, böyrəklərdə və müxtəlif orqanlarda gedən funksional dəyişiklikdən asılıdır [1,2]. Bu xəstəlik cavan şəxslərdə əlilliyə və inkişaf etdikdə isə xəstənin ölümünə səbəb olur. XBÇ-dan əziyyər çəkən insanlar (hemodia lizdən uşaqlar daha çox əziyyət çəkir) müntəzəm olaraq süni dializdən istidadə etdiklərinə görə onlara BT göstərişdir [3,4]. Belə xəstələrdə BT-nı digər müalicə üsul ları ilə birlikdə apardıqda (hemodializ, peritoneal dializ) daha yaxşı nəticələr əldə edilir və xəstənin yaşama müddətini 2 dəfədən çox artırır [4]. Ona görə də XBÇ-dan son dərəcə əziyyət çəkən xəstələr üçün BT ən uyğun, radikal müalicə üsulu hesab edilir. Eləcə də bu əməliyyat dializ üsulları ilə müqayisədə uzunmüddətli yaşama və həyat keyfiyyəti göstəricilərinə malikdir [3,4]. Lakin transplantasiyaya əks-götəriş olduğu halda əməliyyat aparılmır [2,5]. Bütün bunlarla yanaşı donor və alıcının toxuma uyğunluğu nə qədər yaxın olarsa, xəstələrdə transp lantasiya olunmuş böyrəyin postransplantasion ağırlaşmaların, rəddetmə reaksiyalarının, qopma hadisələrinin rastgəlmə tezliyinin azalır , daha yaxşı həyat keyfiyyəti təmin edilir və orqan o qədər də daha çox yaşayar. Bu zaman alıcı və donorun uyğunluğu əsas şərtdir. Bütün bunlarla yanaşı bir sıra hallarda BT zamanı immun sistemin antigenləri yad transplantat hiss etdikdə ona qarşı əks təsirdə olduqda donor orqanın imtinası baş verir. Belə hallar da donor orqanın imtinasının qarşısını almaq üçün immunosupressiv (İS) dərman lar istifadə edilməlidir. İS müalicə təyin edilməsə immun sistem transplantasiya olmuş orqanın toxumalarını tamamən məhv edə bilər. Ona görə də İS müalicənin belə xəstələrdə aparılmasının başlıca məqsədi transplantasiya olunmuş böyrəyin postransp lantasion dövrdə düzgün fəaliyyət göstərməsini təmin etmək və xəstənin immun sistemi nin nəzarətdə saxlamaqan ibarətdir [2,5,6].

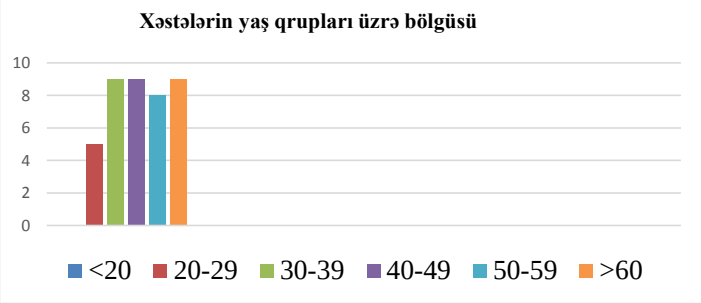
Tədqiqatin məqsədi BT əməliyyatından sonra pa siyentlərdə 5 il ərzindəki dəyi şikliklərin bazal funksiyaların dəyərləri arasında müqayisə ni retrospektiv olaraq araş dırılması və xüsusi beynəlxalq anketlər əsasında qiymətləndiril məsi olmuşdur.

Tədqiqatin material və metodlari. Tədqiqat işində 2007-2009-ci illər ərzində Ege Universitetinin ümumi cərrahi fun damental elm kafedrasında canlı vericidən (donordan) və meyiddən götürülmüş böyrək XBÇ olan xəstəyə transplantasiya edilmişdir. BTX-dan sonra xəstələrin əsas pasport və androloji parametrləri, anamnestik və klinik-laborator göstəriciləri öyrənilmişdir: yaş,BT-dan əvvəl boy, çəki, bədən kütləsi indeksi; dializ üsulunun tipi, tezliyi və müddəti; XBÇ-nın etioloji səbəbi, səbəbləri; vericinin tipi,

yaşı, cinsiyyəti, qohumluq dərəcəsi;meyidin cinsi, yaşı, ölüm səbəbi;köçürülmədən əvvəl kreatinin səviyyəsi; BK-nin tarixi,transplantasiyadan sonra qəbul edilən İS müalicə sxemi və rejimi, BT-dan 3-, 6-, 9- və 12-ci aylarda çəki itkisi, kreatininin səviyyələri və digər zəruri məlumatlar universitet xəstəxanasının nefrologiya-transplantasiya poliklinikasının arxivindən-elektron bankdan götürülmüşdür. Kəskin rəddetmə hadisələri tədqiqata daxil edilməmiş dir. BT-dan sonra həmin xəstəxananın nefrologiya-transplan tasiya polikli nikasında müntəzəm nəzarətdə saxlanılan həmin kişi xəstələrin 40 nəfərində demo qrafik xüsusiyyətləri, transplantasiya məlumatları, endokrin problem ləri,bəzi biokimyəvi markerlər, həyat keyfiyyəti və cinsi funksiyası retrospektiv olaraq qiymətlən dirilmişdir.

Tədqiqatdan alınan nəticələrin statistik qiymətləndirilməsi üçün IBM SPSS (Statis tical Package for Social Sciences) version 19.0 proqramından istifadə edilmişdir. Nəticələrin statistik qiymətləndirməsi Chi-Square testi ilə aparılmışdır.

Alınmış nəticələr və onların müzakirəsi. Xəstələrdən əldə edilən demoqrafik və transplantasiya məlumatları:Xəstənin ümumi sayı-40; Xəstələrin yaş həddi 45,7±11,9; Çəkiləri 61±1,4 kq; Şəkərli diabet var/yox –
1/39; Transplant sayı-1-ci -40; 2-ci -0; >2-dən çox -0; Transplantasiyadan əvvəl dializin tipi: Preemptiv -4; Hemodializ -33; Periton dializi-2; Transplantasiyadan əvvəl dializ müddəti (ay)- 35,8±50,2; Transplantasiyadan əvvəl HBsAg (+)-0; Transplantasiyadan əvvəl anti-HCV pozitiviyi-3. Bütün xəstələrə ilk dəfə orqan köçürülmüşdür. Şəkərli diabet aşkarlanmış bir xəstəyə böyrəklə birgə eynimomentli pankreas transplantasiyası aparılmışdır.



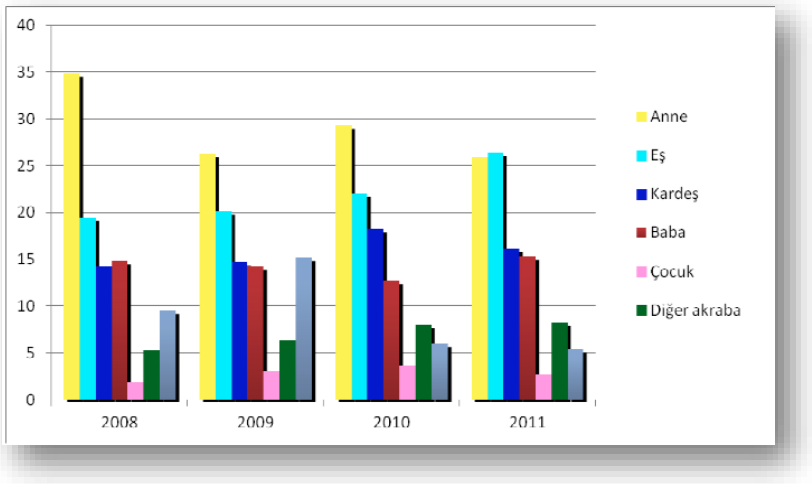
Şək.1. Canlı verici donarın və meyidin yaşa görə bölgüsü

Canlı verici donarın və meyidın yaşa görə bölgüsü şəkil 1-dən verilmişdir: Belə ki, 20 və aşağı yaş həddində donar olmamışdır-0 ; 20-29 yaşda- 5 donar; 30-39 yaş da- 9 donor; 40-49 yaşda- 9 donor; 50-59 yaşda-8 donaor; 60 və yuxarı yaşda - 9 donor olmuşdur (şək.1).

Vericinin tipi- Canlı/ meyid-31/9: Vericinin cinsiyyəti- K/Q-24/16; Ana-10; Ata-4; Həyat yoldaşı-6; Qardaş-9; Qohum olmayan-1; Diğər10; Kənar donor-4 olmuşdur Vericinin uyğunsuzluğu-3,8±1,6 (cəd 1) . XBÇ etioloji səbəbləri (1-cili böyrək xəstəliyi)- Səbəbi bilinməyən-14 xəstə; Şəkərli diabet- 1xəstə; Qlomerulo nefrit-11xəstə; Birincili xroniki böyrək xəstəliyi 3xəstə; Vezikouretral reflüks-1xəstə; Amiloidoz -1xəstə; Diğər -9 xəstə. Planlaşdırılan tədqiqatişinin xarakterinə görə BT əməliyyatı keçirmiş qadın xəstələr tədqiqata cəlb edilməmişdir.

31 xəstədə canlı vericidən, 9-da meyiddən götürülmüş böyrək köçürülmüşdür. Retransplantasiya hadisəsi olmamışdır. Canlı bölgüsü də ümumi populyasiya göstərici ləri ilə eynidir: təxminən 40% nisbətində valideynlər donor qismində iştirak etmişlər. 4 meyid böyrəyi Avropa ölkələrindən gətirilmişdir.

Transplantasiyadan sonra xəstələrin bazal böyrək funksiyasının dəyərləri ilə 5 il lərdəki dəyərləri müqayisə edilmişdir. 5-ci ildə BT ilə bağlı xəstələrin böyrək funksi ya testləri, tireoid vəzin funksional testləri, parathormon səviyyəsi, lipid profilləri və cinsiy yət hormonlarının səviyyələrinin son kontrol müayinələri aparılmış və onların nəticələri araşdırılmışdır (cəd.2). Sidik cövhəri və kreatininin dəyərlərində bazal dəyərlərlə müqa yisədə proqressiv irəliləyiş müəyyən edilmişdir. İlk xəstəliyin etiologi yası qiymətlən dirilərkən 5-ci ilin laborator göstəricilərinin nəticələrində, cinsi həyatın aktivisiyasında və ümumi sağlamlıq keyfiyyəti göstəricilərində etibarlı fərq müəyyən edilməmişdir .



Şək. 2. 2008-2011 –ci illərdə istifadə edilə canlı donorın tipləri

Canlı vericidən transplantasiya edilmiş xəstələrdə 5-ci il sidik cövhəri və kreatinin səviyyəsi (sidik cövhəri - 56 mq/dl,kreatinin – 1,46 mq/dl) meyid böyrəyi transplantasi yası ilə müqayisədə (sidik cövhəri- 59 mq/dl,kreatinin- 1,72 mq/dl) etibar lı olaraq azalmışdır.Canlı və meyid böyrəyi transplantasiyaları arasında lipid profili, cin si həyat fəaliyyəti və ümumi həyat keyfiyyəti arasında statistik etibarlılıq fərq aşkar edilməmişdır (cəd.2).Perioperativ dövrdə cərrahi damar zədələnməsi baş vermiş 1 xəstə nin 5-ci il
sidik cövhəri və kreatinin dəyərləri yüksək etibarlılığı ilə seçilmiş ($p<0,01$), sidik axarının cərrahi zədələnməsi olmuş digər xəstənin eyni göstəricilərində etibarlı fərq aşkar edilməmişdir. Hər 2 xəstənin digər böyrəyinin funksional testləri, cinsiyyət hormonları, qlobulin və PTH səviyyələri, tireoid vəzin funksiyası testləri və HbA1c dəyərləri arasında statistik etibarlı fərq olmamışdır [3].

Cədvəl 1

Donorların bazal və digər məlumatları

Vericinin tipi Canlı/meyid	31/9
Vericinin cinsiyyəti K/Q	24/16
Vericinin dərəcələri	
Ana	10
Ata	4
Qadın	6
Qardaş	9
Qohum olmayan	1
Diğər Kənar donor	10 4
Vericinin yaşı	45,5 ±15,3
Vericinin uyğunsuzluğu	3,8 ±1,6
Cərrahi damar ağırlaşması	1
Sidikaxarınncərrahi problemləri	1
DGF varlığı	4
İnduksiyada ATG varlığı	18
ATG kumulyativ doza	327
İnduksiyada IL-2 varlığı Steroid alan/almayan	18 40/0
AZA/MPA/MMF	1/14/22
Tac/CsA/RAPA/EVERO	13/22/3/1

BTX-dan sonrakı 5-ci ildə cinsiyyət və tireoid hormonlarının səviyyəsində statistik etibarlı patoloji dəyişikliklər müəyyən olunmamışdır. Eləcə də hipofizin çatışmazlığı kimi ciddi problemlər qarşımıza çıxmamışdır. Xəstələrdə tireoid cərrahiyyəsi aparıl ma mışdır. Yalnız BT-dan sonra 5-ci ildə tireoidoloji funksional testlərin nəticələrin də ciddi patoloji dəyişikliklər rast gəlinməmişdir. PTH səviyyəsi köçürülmə dən əvvəlki göstəricilərlə müqayisədə aşağı düşmüşdür. Ancaq preemptiv transp lantasiyadan sonra etibarlı surətdə yüksəlmə müəyyən olunmuşdur (p<0,05). BT-dan sonra 5-ci il laborator və anket sorğularının nəticələrinə digər dərman preparatlarının təsirləri ilə müqayisədə mTOR qrupu inhibitorlarının tətbiqinin təsirləri pozitiv qiymətləndirilmişdir. Buxəstələrin lipid profilləri isə gözlənildiyi kimi xeyli əlverişsiz olmuşdur. mTOR inhibitorları böyrəklərə kalsiun inhibitorları kimi vazokonstriktiv təsir etmirlər. İS preparatlar içərisində antimetabolitlər (azatiopurin, MMF, MPA) istifadəsinin xəstələrin 5-ci il böyrək funksiyası testləri, lipid profilləri, PTH, HbA1c, cinsiyyət hormonları, cinsi həyat fəaliyyətləri və ümumi sağlamlıq səviyyəsinə təsiri statistik etibarlı olmamışdır (p>0,05).Postransplantasion dövrdə müalicə kompleksinə kalsium inhibitorları əlavə edilmiş xəstələrlə müqayisədə mTOR inhibitorları qəbul etmiş xəstələrdə kreatininin miqdarı azalmışdır (p<0,05).



Bizim tədqiqatda vericinin yaşı 60-dan çox olan xəstələrdə həyat keyfiyyəti səviyyəsində etibarlı fərq aşkar edilmədi. Lakin vericinin yaşı artdıqca köçürülmüş böyrəyin funksional dəyərləri artır. Yaş artdıqca sidik cövhəri və krea tininin artması statistik etibarlı olmasa da, canlı vericilərdə bu markerlər statistik etibarlıdır (p<0,05).

Cədvəl 2

Xəstələrin transplantasiyadan sonra 5-ci il laborator göstəriciləri nəticələri araşdırılmışdır

HbA1c	5,7±0,9	vahid
TSH	1,7±1,4	µU/ml
PTH	204,6±10,2	pg/mL
Testosteron	4,3±1,8	ng/mL
Sərbəst testosteron	81,7±32,1	pg/mL
Cinsi hormon bağlayıcı qlobulin	38,6±22,9	nmol/L
LH	8,9±8,7	mlU/mL
FSH	7,2±5	mlU/mL
Estrogen	25,2±10,1	pg/mL
Prolaktin	13,9±5,8	ng/mL
Sidik cövhəri	57,1±37,5	mg/dL
Kreatinin	1,7±1,6	mg/dL
Total xolesterol	210,9±39,2	mg/dL
Triqliseridlər	178,2±104,9	mg/dL
HDL	45,4±11,9	mg/dL
LDL	131,1±37,3	mg/dL

Bu miqdar İS preparatlar və kalsium inhibitorları istifadə etmiş xəstələrdə daha yüksək olmuşdur.Lakin müalicə kompleksinə mTOR inhibitorları əlavə edilmiş xəstələrdə artma minimal səviyyədə olmuşdur. mTOR inhibitorlarının böyrək funksiyası testlərini pozma ehtimalının xeyli aşağı olması müəyyən edilmişdir. Lakin kalsium inhibitorları böyrək arteriollarında vazokonstriksiya törədərək kreatininin

səviyyəsində ciddi yüksəlmələrə yol açır . mTOR inhibitorları ilə müalicə edilmiş xəstələrin bazal dəyərləri də nisbi olaraq daha qənaətbəxş olmuşdur. Bu səbəbdən həmin xəstələrdə 5-ci ilin nəticələri xeyli aşağı olmuşdur.

İnduksiya müalicəsi kimi antitimosit qlobulin (ATQ) qəbul edən xəstələrdə böyrək funksiyasında 5-ci ildə daha yaxşı nəticələr əldə edilir.BT-dan sonra PTH səviyyələrində sürətli azalma izlənilir. Bəzi tədqiqat işlərində isə 6 ay sonra xəstə lərin 50%-dən çoxunda PTH-nin yüksək səviyyəsi saxlanılır.Bu səbəbdən xəstələrin 1,3-20%-də BT-dan sonra paratireoidektomiya zərurəti yaranması bildirilir 100 [4]. Bizim tədqiqatda PTH səviyyələri BT -dan əvvəl və sonra etibarlı surət də azalmışdır. Xəstələrin 5-ciil PTH dəyərləri 50% ətrafında xəstələrdə307 pg/ml-dən 204 pg/ml səviyyəsin qədər enmişdir ($p<0,05$). PTH miqda rının artmasına baxmayaraq persistan hiperkalsiemiya yeni baş verən və davam edən xəstələrimizdə hiperkalsiemiya və (və ya) hiperfosfatemiya kimi laborator kənara çıxmalar müşahidə edilir [1,3]. 5-ci il HbA1c miqdarı etibarlı surətdə 5,12%-dən 5,74%-ə qədər yüksəlir. Xəstələrin müali cə arsenalına daxil edilmiş steroid preparatı, kalsium ionlarının inhibitoru, mTOR inhibitorunun təsiri ilə HbA1c miqdarı arasında etibarlı fərq müəyyən olunmamışdır.

Cədvəl 3

Canlı böyrək və meyid böyrək transplantasiyası aparılmış xəstələrin 5-ci il böyrək funksiyası dəyərlərində sidik cövhəri və kreatininin səviyyəsi

Göstəricilər	Canlı BT	Meyid BT
Sidik cövhəri, mq/dl	56±3,3	59±7,2
Kreatinin, mq/dl	1,46 ± 0,1	1,72 ±0,1

Cədvəl 4

BT-dan əvvəl və sonra PTH və hemoqlobinin miqdarının dəyişməsi

Göstəricilər	Preoperativ	BT-dan əvvəl	BT-dan sonra	BT əvvəliyyatının 5-ci ili
PTH, pg/mL	150 ±15,7	307,3±35,3	300 ±16,4	204±10,2
Hb, vahid	5,82± 1,0	5,12± 0,9	4,99± 0,8	5,7 ±0,9

Beləliklə, bu işdə endokrin problemləri, həyat keyfiyyəti və cinsi funksiyası retros pektiv olaraq qiymətləndirilmişdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Fallahzadeh M.K., Jafari L., Roozbeh J. Comparison of health status and quality of life of related versus paid unrelated living kidney donors //Am J. Transplant. 2013, v.13, №12,p.3210-3214.
2. Tufton N., Ahmad S., Rolfe C., et al .New-onset diabetes after renal transplan tation//Diabet Med. 2014, v.31, № 11, p.1284-1292
3. Humar A., Ramcharan T., Denny R., et al. Are wound complications after a kidney transplant more common with modern immunosuppression// Transplantation, 2001 ,vol.72,№12,p.1920-1923.
4. Suzuki E., Nishimatsu H., Oba S., Chronic kidney disease and erectile dysfunc tion//World J. Nephrol. 2014, vol.3,№ 4,p.220-229.
5. Calia R., Lai C., Aceto P. et al Attachment style predict compliance, quality of life and renal function in adult patients after kidney transplant: preliminary results // Ren Fail., 2015, p.1-3.
6. Noohi S.,Azar M.,Behzadi A.H. et al. Comparison of sexual function in females recei ving haemodialysis and after renal transplantation//J. Ren Care, 2010, v.36,p.212-217.
7. Dean P.G, Lund W.J., Larson T.S. et al. Wound-healing complications after kidney transplantation: a prospective, randomized comparison of sirolimus and tacrolimus // Transplantation. 2004 , v.77, №10, p.1555-1561.
8. Eide I.A., Halden T.A., Hartmann A. et al. Limitations of hemoglobin A1c for the diagnosis of posttransplant diabetes mellitus// Transplant. 2015, v.99, №3,p.629-633.
9. .El-Nahas A.R.,Shokeir A.A.Endourological treatment of nonmalignant upper urina ry tract complications after urinary diversion // Urology, 2010, v.76,p.1302-1308.

Резюме

Сравнение базальных данных с происходящими изменениями параметров у мужчин, перенесших трансплантацию почки в течении последующих лет

А.Дж. Исмайылов, Илгами Солак

Статья посвещена результатам лечения после трансплантации почки (ТП). Наши наблюдения и оценка лабо раторных данных показали, что у этих больных уровень мочевины, креатинина и PTH

остается на высоком уровне. После ТП рациональное использование иммунносупрессоров и ингибиторов кальция приводит к снижению концентрация в крови ПТГ, мочевины и креатинина в относительно базального уровня. После ТП рациональное использование иммунносупрессоров и ингибиторов кальция приводит к повыше нию уровня качества половой жизни.

Summary

Comparison of changes in men with basal values in later years after kidney transplantation

A.J. İsmayılov, İlhami Solak

The article is about the results of treatment after kidney transplantation. Our observations and evaluation of laboratory data showed that in these patients the level of urea, creatinine and PTH remains at a high level. After kidney transplantation, the rational use of immunosuppressants and calcium inhibitors leads to a decrease in the concentration in the blood of PTH, urea and creatinine at a relatively basal level. After kidney transplantation, rational use of immunosuppressors and calcium inhibitors leads to an increase in the quality of sexual life.

Daxil olub: 25.01.2018

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МЕДИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ МИОМЫ МАТКИ

Ш.Г. Шахбазов, Е.О. Алиева, И.А. Султанова, С.Д.Кулиева

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Açar sözlər: uşaqlıq mioması, anamnestik göstəricilər, reproduktiv və klimakterik yaş

Ключевые слова: миома матки, анамнестические данные, репродуктивный и климактерический возраст.

Key words: uterine myoma, anamnestic data, reproductive and climacteric age.

Миома матки относится к числу наиболее распространенных доброкачественных опухолей органов репродуктивной системы женщин и наблюдается, по данным разных авторов, у 10-30% пациенток, без выраженной тенденции к снижению частоты [1,2,3]. Миомой матки страдают 25-30% женщин старше 35 лет, а в последние годы заболевание все чаще обнаруживается в более молодом возрасте [4,5]. В структуре гинекологической заболеваемости миома матки занимает второе место после воспалительных заболеваний гениталий. Несмотря на низкую вероятность малигнизации (1%), до 2/3 пациенток, страдающих миомой матки, подвергаются оперативному лечению, причем 60-96% всех операций являются радикальными и приводят к потере репродуктивной и менструальной функции у женщин. Это впоследствии становится основной причиной развития нарушений в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, а также вегетососудистых и психоэмоциональных сдвигов [6,7].

Фоном для усиленного роста миоматозных узлов в считаются длительные нейроэндокринные нарушения, действие факторов, стимулирующих гиперпластические процессы в организме, а также различные метаболические расстройства (ожирение, нарушение липидного и углеводного обменов и т.д.) [8,9]. Миома матки часто сочетается с различными экстрагенитальными заболеваниями: ожирением (64%), заболеваниями сердечно-сосудистой системы (60%), функциональными нарушениями желудочно-кишечноготракта (40%); гипертонической болезнью (19%), неврозами и неврозоподобными состояниями (11%), эндокринопатиями (4,5%) [10,11].

Целью исследования было изучение анамнестических данных пациенток с диагнозом миома матки.

Материалы и методы исследования. В исследовании, основанном на сборе анамнеза , принимали участие 50 пациенток фертильного возраста с миомой матки (основная группа) и 20 женщин с миомой матки без лечения (контрольная группа).

Женщины обеих групп были сопоставимы по возрасту, месту проживания, уровню образования, семейному положению, характеру и длительности воздействия вредных привычек,

профессиональных вредностей, особенностям перинатального периода жизни, массо-ростовым показателям. Сбор информации проводился путем анкетирования, выкопировки данных из первичных медицинских документов: медицинской карты амбулаторного больного, выписки из историй болезни. При анкетировании учитывали социальные характеристики, семейно-бытовой статус, данные акушерско-гинекологического анамнеза, жалоб и объективного статуса, гинекологического обследования, данные гормонального, биохимического и инструментальных исследований.

Результаты исследования. Наибольшая часть женщин во всех группах находилась в возрастном интервале от 41 до 60 лет. В то же время кумулируется влияние экстрагенитальной патологии, неблагоприятных последствий абортов, воспалительных заболеваний внутренних половых органов и других факторов.

Таблица 1

Структура экстрагенитальной заболеваемости в исследуемых группах

№	Перечень заболеваний	Основная группа (n=50)		Контрольная группа (n=20)	
		абс.ч.	%	абс.ч.	%
1	Железодефицитная анемия	37	75	15	72
2	Заболевания сердечно-сосудистой системы	22	44	5	25
	Артериальная гипертензия	23	46	4	20
	Варикозная болезнь	9	18	2	10
3	Заболевания дыхательной системы**:** Бронхиальная астма	10	20	2	10
	Хронический бронхит	5	10	1	5
4	Заболевания мочевыделительной системы	11	22	2	10
5	Заболевания эндокринной системы	8	16	3	15
	Диффузный зоб	2	4	2	10
	Фиброзно-кистозная мастопатия	6	12	1	5
6	Заболевания ЖКТ	28	56	6	30
	Гастрит	18	36	5	25
	Язвенная болезнь желудка	8	16	1	5
	Хронический холецистит	2	4	-	-

Анализ характера трудовой деятельности показал, что наибольшая доля приходится на долю служащих 30 (60%) в основной и 9 (45%) в контрольной группе. Домохозяек 11 (22%) в основной и 7 (35%) в контрольной группе соответственно.

Данные анамнеза жизни свидетельствуют об отсутствии достоверных отличий в частоте перенесенных как в детстве, так и во взрослом периоде инфекционных болезней в группах обследованных женщин.

При оценке соматической патологии доминирующими в группах являлись железодефицитная анемия (75% и 72% соответственно), хронические заболевания желудка, кишечника и желчного пузыря (56% и 30%). Патология эндокринной системы имела место у 16 % пациенток основной группы и у 15% пациенток контрольной группы.

Наиболее часто из заболеваний пищеварительной системы в основной группе отмечался – гастрит - 36% пациенток и у 25% в группе контроля. Хроническим пиелонефритом страдали в основной группе 22%, и в контрольной группе 10%. Часто имело место сочетание нескольких экстрагенитальных заболеваний.

Наглядно частота сопутствующей экстрагенитальной патологии, встречаемая у пациенток в группах сравнения представлена в табл.1.

Нами была проанализированная наследственная отягощенность по соматической патологии и гинекологической патологии по отцовской и материнской линии путём анализа составленных родословных. У 47 (94%) пациенток основной группы имела место наследственная отягощенность по материнской линии также по различной соматической мультифакториальной патологии, среди которой преобладали заболевания сердечно- сосудистой системы (гипертоническая болезнь- 27 (54%); ИБС- 5(10%)),сахарный диабет 2 типа- 6 (12%), варикозная болезнь нижних конечностей- 10 (20%). В контрольной группе наследственная отягощенность по соматической патологии по

материнской линии наблюдалась в 100%, среди заболеваний преобладали: сердечно-сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь- 5 (25%); ИБС- 4 (20%)). Достоверных различий между группами не найдено. Наследственная отягощенность по соматической патологии по материнской линии проанализирована в таблице 2.

Таблица 2

Наследственная отягощенность по материнской линии (соматическая патология)

Наименование соматической патологии матери пробанда	Количество пациентов			
	Основная группа n=50		Контрольная группа n=20	
	абс.ч	%	абс.ч	%
Гипертоническая болезнь	27	54	5	25
ИБС	5	10	4	20
Хронический гастродуоденит	31	62	7	35
Хронический пиелонефрит	19	38	3	15
Сахарный диабет II типа	6	12	2	10
Мочекаменная болезнь	2	4	1	5
Желчекаменная болезнь	5	10	2	10
Хронический бронхит	7	14	3	15
Миопия	4	8	2	10
Варикозная болезнь нижних конечностей	10	20	3	15
Остеоартроз	5	10	1	5

Таблица 3

Наследственная отягощенность по отцовской линии (соматическая патология)

Наименование соматической патологии матери пробанда	Количество пациентов			
	Основная группа n=50		Контрольная группа n=20	
	абс.ч	%	абс.ч	%
Гипертоническая болезнь	11	22	2	10
ИБС	4	8	2	10
Хронический гастродуоденит	16	32	4	20
Сахарный диабет II типа	1	2	-	-
Хронический бронхит	5	10	1	5
Варикозная болезнь нижних конечностей	14	28	6	30
Остеоартроз	10	20	4	20
Подагра	6	12	1	5

Наследственная отягощенность по отцовской линии чаще встречалась в основной группе, среди наследственно-отягощенных заболеваний преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы, бронхо-легочной системы и желудочно-кишечного тракта. В основной группе достоверно чаще была диагностирована наследственная отягощенность по язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Наследственная отягощенность по соматической патологии по отцовской линии проанализирована в таблице 3.

Полученные результаты показывают, что для развития заболевания в организме должен сформироваться определенный нейро-эндокринный фон. То есть, экстрагенитальная патология в виде хронических воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта, печени и желчевыводящих протоков, обменноэндокринных нарушений и другой патологии в достаточной степени оказывает влияние на развитие опухолевидных образований гениталий.

При изучении данных анамнеза важное значение имеет исследование специфических функций половой системы. Поэтому мы решили установить особенности становления менструальной функции в группах исследования. Возраст наступления менархе до 12 лет был у 24 (48%) женщин основной группы и у женщин контрольной группы 3 (15%) (соответственно, $p<0,05$). Согласно мнению ряда авторов, раннее наступление менархе увеличивает риск развития миомы матки. Нами был проведен анализ наступления менархе как фактора риска миомы матки. Одним из важных симптомов миомы является дисменорея: боль внизу живота, усиливающиеся в середине менструального цикла и во время менструаций.

Болевой синдром, имеющий место у больных миомой матки, является многокомпонентным, включая тазовую боль внизу живота и в области поясницы в течение всего месяца, боли во время мочеиспускания, при физической нагрузке и т.д. Анализ продолжительности менструального цикла позволяет заключить, что у женщин с миомой отмечается его удлинение. Менструальный цикл продолжительностью 22-25 дней встречается в 28% (14) случаев у женщин основной группы и 30% (6) случаев у женщин контрольной группы, а цикл продолжительностью 26-30 дней отмечен в 26% против 60% женщин соответственно. Кроме этого, у женщин основной группы преобладают обильные менструации (64% против 25% соответственно).

Таким образом, у женщин, страдающих миомой матки, достоверно чаще отмечается раннее или позднее менархе, обильные, продолжительные и болезненные менструации, более позднее установление регулярного ритма менструаций, физические нагрузки во время менструации в пубертатном периоде по сравнению со здоровыми женщинами. На особенности менструальной функции, как фактора риска развития миомы указывают многие авторы. В связи с этим была выделена группа признаков, отражающих особенности менструальной, функции, по которым выявлены достоверные отличия между исследуемыми группами: продолжительность менструации (5-6 и более дней) и менструального цикла (31-35 дней), его регулярность, характер менструальных выделений и болезненность менструаций.

У пациенток основной группы количество абортов значительно больше по сравнению с пациентками контрольной группы. Медицинские аборты в основной группе имели в анамнезе 36 (72%) женщин и в контрольной группе 18 (90%) .Нередко проведение абортов осложнялось место кровотечением (26% и 35% и эндометритом (40% и 30%) соответственно. Для пациенток с миомой матки характерным является увеличение частоты самопроизвольных выкидышей и замершей беременности в анамнезе.

При изучении акушерского анамнеза выявлено, что беременность имели в анамнезе 49 (98%) пациентки в основной группе и 19(95%) в контрольной группе. Пациентки основной группы имели 2-3 родов в анамнезе 36 (72%) женщин и 15 (65%) в группе контроля. При этом в основной группе 6% (3) женщин были с единственными родами и в контрольной группе 15% (3) женщин. Анализ акушерского анамнеза выявил, что 24 (48%) женщины - основной группы и 7 женщин контрольной группы (35%)имели отягощенный акушерский анамнез. 16 (32%) женщин основной группы, и 2(10%) женщин контрольной группы роды разрешались путем кесарева сечения.

В структуре гинекологической заболеваемости преобладали воспалительные заболевания гениталий: хронический аднексит и эндометрит, соответственно были обнаружены в 14(28%) и11 (22%) случаев в основной группе и у 5 (25%) и 3 (15%) наблюдений в контрольной группе. Сочетание эндометриоза (аденомиоза, эндометриоидных кист яичника) с миомой матки и кистомой яичника выявлено у 3(6%) пациенток основной и у 2 (10%) пациенток группы контроля.

Анализ наследственной отягощенности по гинекологическим заболеваниям показал, что гинекологический анамнез отягощён у 94% матерей пробандов основной группы, что несколько выше по сравнению с контрольной- 55% пациенток. Результаты настоящего исследования достоверно выявили наличие наследственной предрасположенности к развитию миомы матки: 72% матерей пациенток основной группы страдали миомой матки (в 28% проводилось оперативное лечение), что достоверно выше по сравнению с группой контроля- 13,33%.

Проведенный анализ числа хирургических вмешательств у обследованных групп пациенток подтверждает данные многочисленных авторов. Диагностическое выскабливание выполнялось 14(28%) женщинам основной и 6(30%) женщинам контрольной группы соответственно. Диатермоконизация и криодеструкция шейки матки соответственно проведены у 7 и 3 женщинам основной группы и 3 и 1 женщинам контрольной группы. По частоте проведения этих манипуляций исследуемые группы достоверно не отличаются.Внематочная беременность была у 2 (4%) пациенток основной группы и у 1 (5%) пациентки контрольной группы, при этом у 1 внематочная беременность наступила дважды.

На основании тщательного сбора анамнестических данных, охватывающих репродуктивный потенциал отмечались чаще искусственные аборты и осложнения после них (кровотечения и воспалительные заболевания половой сферы), самопроизвольные выкидыши, замершая беременность, а также внематочная беременность.

Согласно данным ряда авторов вероятность развития миомы выше у женщин, имеющих родственников с данной патологией. Представляет несомненный интерес анализ влияния наличия различных гинекологических и соматических заболеваний у родственников на риск возникновения

миомы матки .

Заключение. Миома матки остается одной из широко обсуждаемых проблем современной гинекологии. Известно, что в структуре гинекологической патологии миома занимает одну из ведущих позиций и встречается у каждой пятой женщины в возрасте старше 30 лет. Для женщин с миомой матки характерно наличие отягощенного акушерского и гинекологического анамнеза .Наблюдается высокий процент женщин, имеющих сопутствующую соматическую патологию (заболевания желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, дыхательных путей и др.), а также наследственную отягощенность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Краснова И.А. Акушерство и гинекология 2003, 154 с.
2. Кулаков В.И. Руководство по оперативной гинекологии. М.: Медицина, 2006, 640 с
3. Кулаков В.И. Шмаков Г.С. Миомэктомия и беременность. М.: Медицина, 2001, 344 с.
4. Кустаров В.Н. ,Линде В.А., Аганезова Н.В. Миома матки. СПб.: Спец. Лит, 2001, 360 с.
5. Duhan N. Current and emerging treatments for uterine myoma # an update // Int J Womens Health, 2011, v. 8 (3), p. 231#241.
6. Metwally M., Cheong Y.C., Horne A.W. Surgical treatment of fibroids for subfertility // Cochrane Database Syst Rev. 2012, v.11
7. The surgical treatment of fibroids for infertility // Semin Reprod Med. 2011, v.29 (2), p.113-23
8. Pritts E.A., Parker W.H., Olive D.L. Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence // Fertil Steril. 2009, v. 91 (4), p.1215-23.
9. Stewart E.A., Morton C.C. The genetics of uterine leiomyomata what clinicians need to know /// Obstet Gynec. 2006, v.107, p.917-921
10. Локшин В.Н. Репродуктивное здоровье в Беларуси. М.: Социология медицины-2005, 345 с.
11. Torre A., Paillusson B., Fain V. et al. Uterine artery embolization for severe symptomatic fibroids: effects on fertility and symptoms //Hum. Reprod. 2014, v.29 (3), p.490-501.
12. Wallach E.E., Vlahos N.F. Clinical gynecologic series: an experts vies uterine myomas: an overview of development, clinical features, and management // Obstet. Gynec. 2004, v.104. p.393-406.
13. Михалевич С.И. Преодоление бесплодия. Клиника, диагностика, лечение. Минск: Медицина-2002, 234с.
14. Yoshino O., Hayashi T., Osuga Y. et al. Decreased pregnancy rate is linked to abnormal uterine peristalsis caused by intramural fibroids // Hum. Reprod. 2010, v.25 (10):, p.2475-2479.
15. Yoshino O., Nishii O., Osuga Y., Asada H. et al. Myomectomy decreases abnormal uterine peristalsis and increases pregnancy rate // J. Minim. Invasive Gynecol. 2012, v.19 (1), p.63-67

Добавлено примечание ([EP1]):

Xülasə

Uşaqlıq miomasının inkişafının tibbi-anamnestik risk faktorlarının tədqiqinin nəticələri

Ş.Q.Şahbazov, Y.O.Əliyeva, İ.A.Sultanova, S.D. Quliyeva

Tədqiqatın məqsədi uşaqlıq mioması olan qadınlarda anamnestik göstəricilərin öyrənilməsindən ibarətdir. Aparılan tədqiqatlar əsasında aşkar edilmişdir ki, uşaqlıq miomasının risk faktorları erkən menarxe, aybaşı siklinin pozulması, ağırlaşmış mamalıq və ginekoloji anamnez, ekstranital xəstəliklər və irsi meyillilik olmuşdur.

Summary

Results medical anamnestic risk factors for uterine fibroids

Sh.Q. Shahbazov, E.O. Aliyeva, I.A. Sultanova, S.D.Kuliyeva

The aim of research anamnestic data of patients diagnosed with uterine myoma. Based on the study, it was found that risk factors for the development of uterine fibroids early menarche, menstrual irregularities, abortions, obstructed obstetric and gynecological history, extragenital diseases and hereditary predisposition.

Daxil olub: 16.01 2018

YUXARI YAŞ QRUPUNDAN OLAN HAMİLƏ QADINLARIN SƏHHƏTİNİN SOSİAL-KLİNİK ASPEKTLƏRİ

N. M. Kamilova, İ. A. Sultanova, R. B.Səfərova
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: hamilə qadınalr, yuxarı yaş, həyat keyfiyyəti, sorğu, sosial status
Ключевые слова: беременные женщины, высший возраст, качество жизни, опрос, социальный статус
Keywords: pregnant women, higher age, quality of life, survey, social status

Son illər ərzində analıq funksiyasını 35 və bundan yuxarı yaşlarda yerinə yetirən qadınların sayı artmışdır. Yuxarı reproduktiv yaşın tədqiq olunması bununla əlaqədar aktualdır ki, populyasyada 35 yaşdan yuxarı qadınlarda reproduktiv proseslərin inkişafı yekun mərhələdə olur [1,2,3].

Sonsuzluğun, yaımçıq hamiləliyin müalicəsində əldə olunan uğurlar və prenatal diaqnostikanın nailiyyətləri, həmçinin bir sıra qadınlarda yalnız müəyyən maddi rifah əldə edildikdən sonra uşaq istəyi yarandığından uşaq dünyaya gətirilməsinin daha gec yaşlara planlanması sayəsində 35 yaş və ondan yuxarı qadınlarda doğuşların bundan sonra da artacağını gözləmək lazımdır. Hestoz prosesinin gedişinin özünəməxsusluğu bir sıra amillərdən asılıdır ki, bunlar arasında yaş amili böyük əhəmiyyət kəsb edir [4,5].

Indiyə qədər qadının yaşının 35 yaşdan yuxarı olmasının risk amili olduği barədə ümumi bir fikir yoxdur. Müəlliflərin çoxu göstərir ki, yaşı 35-dən yuxarı qadınlarda hamiləlik patoloji keçir, doğuşlar isə həm ana, həm də uşaq üçün bir sıra ağır fəsadlarla müşaiət olunur. Müəlliflərin çoxunun fikrincə, gec reproduktiv yaş fetoplasentar çatmamazlığın və hestozzların inkişaf etməsinin risk amillərindən biridir. Erkən və gec hestozlar, hamiləliyin yarımçıq qalması təhlükəsi, vaxtından əvvəl doğuşlar, hamiləliyin vaxtından çox uzun sürməsi, dölyanı suların vaxtından əvvəl açılması, doğuş fəaliyyətinin anormal keçməsi əməliyyatla müdaxilələrin sayının artmasına, perinatal xəstələnmələrin və ölüm hallarının artmasına gətirib çıxarır [7,8,9]

Bundan əlavə, belə yaş qrupunda dölün inkişafında anormallığa və qüsurlara rast gəlinmə tezliyi də daha yüksəkdir ki, bəzi müəlliflərə görə bunların meydana çıxması nəinki ananın yaşı, həm də atanın yaşının 35-dən yuxarı olması ilə bağlıdır. Lakin belə bir məlumatlar da vardır ki, antenatal dövrdə ağırlaşmalar olmayanda ananın yaşının çox olması ananın səhhətinə və hamiləliyin nəticəsin təsir etmir və ixtisaslı mamalıq köməyi edildiyi zaman minimum endirilə bilər. Yerli ədəbiyyatda doğumların bərabərlik nisbətindən asılı olaraq 35 yaşdan yuxarı qadın qruplarının hərtərəfli tədqiqatı aparılmamış, 35 yaşdan yuxarı qadınların doğuşlarına rast gəlinməsi haqqında məlumatlara rast gəlinməmişdir [10,11]. Yerli və xarici müəlliflərin elmi işləri, əsasən, gec reproduktiv yaşlarda ilk dəfə doğan və yaxud çox doğan qadınlara həsr olunmuşdur, yaşı 35-dən yuxarı olan təkrar doğan qadınlarda hamiləliyin və doğuşların keçməsi xüsusiyyətləri barədə məlumatlar azdır. Yaşı 35-dən yuxarı olan qadınların hamiləliyinə və doğuşlarına olan marağın böyük olmasına rəgmən problem onun dərk olunması və həllindən hələ də uzaqdadır [12,13,14,15].

Yaşı 35-dən yuxarı olan qadınlarda hamiləliyin və doğuşların aparılmasının daha effektiv üsullarının axtarışı fəsadların, perinatal və analaın xəstəliklərinin və ölüm hallarının sayının azalmasında praktiki əhəmiyyətə malikdir ki, bununla bağlı bu tədqiqat işi belə yaş qrupunda olan qadınlarda hamiləliyin və doğuşların gedişinin özəlliklərini doğuşların və hamiləliklərin aparılması taktikasının əsaslandırılması ilə öyrənilməsinə həsr olunmuşdur.

Tədqiqat materialları və üsulları. Elmi iş Azərbaycan Tibb Universitetinin "I Mamalıq-ginekologiya" kafedrasında yerinə yetirilmişdir. Qarşıya qoyulan məqsədə nail olmaq üçün bizim tərəfimizdən 2012-1015 dövrü ərzində 90 hamilə qadın müayinə olunmuşdur.

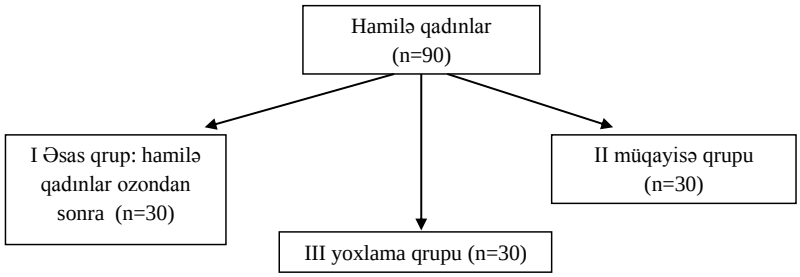
Pasiyentlər 3 qrupa bölünmüşdü. Qruplar aşağıdakı kimi bölünmüşdü: əsas qrupa (I) 30 pasiyent, müqayisə olunan qrupa (II) 30 pasiyent və yoxlama qrupuna (III) 30 pasiyent daxil edilmişdi.

Mövcud mamalıq standartlarına müvafiq olaraq bütün pasiyentlərlə kliniki və laboratoriya tədqiqatları onlarda olan patologiyanın nozologiyası nəzərə alınmaqla aparılmışdır. Müşayiət olunan qadınların hamısında xəstəliyin anamnezi ətraflı öyrənilmiş, keçmişdə keçirilən yanaşı və ümumi somatik xəstəliklərin təhlili aparılmış, aybaşı, cinsi və reproduktiv funksiyaların gedişi xüsusiyyətləri öyrənilmişdir.

Təsadüfi seçim-randomizasiya üsulu yaşa, sosial amillərə, yanaşı gedən ginekoloji və ekstragenikoloji xəstəliklərə görə həyata keçirilmişdir.

Nəticələr və müzakiri. Hər iki qrupdan olan pasiyentlərin yaşı 35-45 həddində olmuşdur (Cəd.1). Bizim tədqiqatın göstəricilərinə görə əksər hallarda orta təhsilli qadınlar əsas qrupda 14 (46,7%), yoxlama qrupunda 11 (36,7%) və müqayisə qrupunda 12(40%) olmuşdur. Ali təhsilli qadınlar müvafiq olaraq 9

(30%), 10 (33,3%) və 7(23,3%), orta-ixtisas təhsilli qadınlar isə müvafiq olaraq 7 (23,3%), 9(30%) və 11 (36,7%) təşkil etmişdir.



Şək. 1. Tədqiq olunan pasiyentlərin randomizasiyası

Cədvəl 1
Pasiyentlərin yaşa görə bölünməsi

Qrup	n	Yaş		
		31-35	36-40	41-45
Əsas qrup	30	15	12	3
Müqayisə qrupu	30	13	12	5
Yoxlama qrupu	30	16	12	2

Cədvəl 2
Qadınların cinsi yetişkənlik əlamətlərinə görə bölünməsi

Dəyərləndirilən əlamət		Əsas qrup (n=30)		Müqayisə qrupu (n=30)		Yoxlama qrup (n=30)	
		Müt.s.	%	Müt. s.	%	Müt. s.	%
Yetişkənlikdə sıçrayış	>12 yaşdan	9	30	9	30	3	10
	12-14 yaşlar	11	36,7	10	33,3	23	76,7
	15-17 yaşlar	8	26,7	9	30	3	10
	18 və yuxarı	2	6,7	2	6,7	1	3,3
Adrenarxe yaşı	Məlum deyil	5	16,7	5	16,7	3	10
	15 yaşadək	14	46,7	12	40	22	73,3
	15-17 yaşlar	9	30	10	33,3	5	16,7
	18-21 yaşlar	2	6,7	3	10	-	-
Aybaşıların başlanması	9-10 yaşlar	-	-	-	-	-	-
	11-12 yaşlar	10	33,3	12	40	8	26,7
	13-14 yaşlar	19	63,3	15	50	20	66,7
	15-16 yaşlar	1	3,3	3	10	2	6,7
Aybaşı tsiklərinin müntəzəmlik dövrü	Dərhal	21	70	19	63,3	24	80
	1 il	5	16,7	6	20	4	13,3
	2-3 il	3	10	3	10	2	6,7
	Müəyyən olunmayıb	1	3,3	2	6,7	-	-
Seksual həyata başlama	13-15 yaşlar	-	-	-	-	-	-
	16-18 yaşlar	2	6,7	2	6,7	1	3,3
	19-21 yaşlar	21	70	23	76,7	25	83,3
	22-25 yaşlar	7	23,3	5	16,7	4	13,3
Müntəzəm aybaşılar		21	70	9	30	29	96,7
Ağrılı aybaşılar	Bəzən	9	30	6	20	3	10
	Bəli	7	23,3	16	53,3	2	6,7
	Xeyr	14	46,7	8	26,7	25	83,3

Peşə fəaliyyətinin xüsusiyyətləri bu cür görünürdü: qulluqçular- 44 (48,8%), fəhlələr- 26 (28,8%),, ev xanımları- 20 (22,2%). Istehsalat sahəsində iştirak edən hamilə qadınlar arasında bir hadisədə peşə ilə bağlı zərərli amillərlə təmas (boyalar) göstərilmişdi ki, bu da hamiləliyin gedişinə öz təsirini göstərə bilərdi. Bütün qadınların maddi-məişət şəraiti qənaətbəxş olmuşdu. Müşahidə olunanların əksəriyyətinin nikahı vardı, 5 (5,5%) ikinci nikah idi.

Yanaşı gedən ekstraginekoloji patologiya üzrə məlumatların təhlili göstərdi ki, keçirilən xəstəliklər ümumi populyasiyada olan xəstələnmələrə rast gəlinmə tezliyi göstəricilərindən fərqlənməmişdir. Əsas qupda xroniki pielonefritdən pasiyentlərin 40%, müqayisə qrupunda 16,7% və yoxlama qrupunda 13,3% əziyyət çəkmişdir. Bir neçə ekstraginekoloji xəstəliklərin birlikdə olmasına tez-tez rast gəlinirdi.

45 qadında LOR orqanların və tənəffüs sistemi orqanlarının xxəstəliklərinə rast gəlinmişdir: xroniki tonzillit müvafiq olaraq 3 (10%), 4 (13,3%) və 4 (13,3%), xroniki haymorit müvafiq olaraq 3 (10%), 5 (16,7%), 5 (16,7%),, xroniki bronxit isə müvafiq olaraq 2 (6,7%),3 (10%), 6 (20%).

Anamnez məlumatlarının öyrənilməsi zamanı cinsiyyət sisteminin spesifik funksiyalarının tədqiqi böyük əhəmiyyətə malikdir. Buna görə də biz tədqiqat qruplarında aybaşı funksiyasının formalaşmasının xüsusiyyətlərini müəyyən etmək qərarına gəldik.

Qasıqda tüklənmənin başlanması ilə təzahür edən adnearxe yaşı əsas qrupda və müqayisə qrupunda olan hamilə qadınlarda faktiki olaraq müqayisə olunandır. əsas qrupun 5 (16,7%) hamilələrində, müqayisə qrupunun 6 (20%) hamilələrində və yoxlama qrupun 4(13,3%) hamilələrində tsikl aybaşı başlanandan bir il sonra müntəzəm olmuşdur (cəd. 2).

15 yaş və daha gec yaşda menarxenın başlanması əsas qrupdakı qadınların 1 (3,3%), müqayisə qrupundakı qadınların 3 (10%) və yoxlama qrupundakı qadınların 2 (6,7%) (müvafiq olaraq, p<) rast gəlinir.

11-12 yaşlarda menarxe əsas qrupdakı qadınların 33,3%, müqayisə qrupundakı qadınların 40% və yoxlama qrupundakı qadınların 26,7% başlamışdır. 13-14 yaşlarda menarxe əsas qrupdakı qadınların 63,3%, müqayisə qrupundakı qadınların 50% və yoxlama qrupundakı qadınların 66,7% başlamışdır (cəd.3.5). Bundan başqa, əsas qrupdakı qadınlarda mülayim aybaşılar 12 (40%) qadında, müvafiq olaraq müqayisə qrupu və yoxlama qrupunda 6(20%) və 21(70%) üstünlük təşkil etmişdir (cəd.2). Qeyd etmək lazımdır ki, bizim tərəfimizdən menarxe yaşında heç bir əhəmiyyət kəsb edən fərq tapılmamışdır. Lakin hamiləliyi ağır keçən qadınlarda anamnezdə hipermenoreya hallarının dürüst olaraq çox sayda rast gəlinməsi qeyd edilmişdir. Uzunmüddətli (5 gündən çox) və çox miqdarda aybaşı halları kimi göstəricilərə görə əsas qrupda olan qadınlar 20% olduğu halda, fizioloji hamiləliyi olan qadınlarda bu rəqəm cəmi 6,7% olmuşdur. Fizioloji hestasiya ilə olan qrupda, həmçinin, aybaşı müddətləri orta uzunluqda 4-5 gün davam edən qadınların sayı dürüst olaraq daha çox omuşdur: 13,3% qarşı 3,3%. Anamnezin toplanması prosesində aydın olmuşdur ki, hamiləliyi fəsadlı keçən yuxarı yaş qrupu qadınları arasında dürüst olaraq antepono aybaşı tsikli dürüst olaraq daha tez-tez (21-24 дня)- 17 (56,7%) əsas qrupda, müqayisə qrupunda və yoxlama qrupunda isə müvafiq olaraq 11 (36,7%)v ə 4 (13,3%) olmaqla rast gəlinir. Normopono (25-30 gün) tsiklərinə isə yoxlama qrupunda müvafiq olaraq daha çox (6% и 76,7%), əsas qrup və müqayisə qrupu qadınlarında isə dürüst olaraq daha az olmuşdur- 23,3% 16,7.

Aybaşı tsiklinin xüsusiyyətləri öyrənildiyi halda aşağıdakı pozğunluqlar aşkar olunmuşdur (cəd.3)

Cədvəl 3

Əsil hamiləliyin başlanmasına qədər aybaşı tsiklində pozğunluqlar (hər qrupda qadınların ümumi sayının %)

Statistik göstərici	Qruplar					
	Əsas qrup n=30)		Müqayisə qrupu (n=30)		Yoxlama qrupu (n=30)	
	Müt. s.	%	Müt. s.	%	Müt. s.	%
Alqodismenoreya	17	56,7	21	70	9	30
Alqohipomenoreya	11	36,7	14	46,7	7	10
Alqogipermenoreya	10	33,3	12	40	5	6,7
Hipomenoreya	8	26,7	9	30	7	3,3
Hipermenoreya	12	40	11	36,7	6	13,3
Patologiya yoxdur	4	13,3	3	10	12	63,3

Cədvəldə verilmiş mayinə nəticələrindən görünür ki, əsas qrupun qadınlarında dürüst olaraq aybaşı tsiklində pozğunluqlar müqayisə qrupundakı fizioloji hamiləlikdə olan qadınlarla müqayisədə daha çox olmuşdur. Qadınlar ən çox alqodismenoreyanı – 17 (56,7%) və alqohipermenoreyanı – 10 (33,3%) göstərmişlər və müqayisə qrupunda da bunlar müvafiq olaraq 21 (70%) və 12 (40%) olmuşdur. Əsas qrup

qadınları alqohipomenoreyanı və hipomenoreyanı 11 (36,7%) və 8 (26,7%) və müvafiq olaraq müqayisə qrupunda 14 (46,7%) və 9 (30%) əhəmiyyətli dərəcədə daha az göstərmişlər.

Beləliklə, yuxarı yaş qrupu qadınlarında dürüst olaraq daha tez-tez çoxlu miqdarda, uzunmüddətli və ağrılı aybaşıların olması, aybaşı ritminin müntəzəmliyinin daha gec baş verməsi, aybaşı zamanı yetkinlik yaşında sağlam qadınlarla müqayisədə fiziki gərginliklər qeyd olunur. Aybaşı funksiyasının xüsusiyyətlərinə diqqəti çox müəlliflər göstərirlər. Bununla bağlı olaraq aybaşı funksiyasını əks etdirən əlamətlər qrupu ayırd edilmişdir ki, bunlara görə tədqiq olunan qruplar arasında dürüst olaraq fərqlər aşkara çıxarılmışdır: aybaşının və aybaşı tsiklinin uzunmüddət davam etməsi, onun müntəzəmliyi, aybaşı ifrazatının xüsusiyyəti və aybaşının ağrılı olması.

Vaxtından qabaq doğuşların inkişaf etməsi təhlükəsinin diaqnostikası zamanı hamilə qadınların şikayətlərini də nəzərə almışlar (cəd.4).

Daha əvvəlki mhamiləliklərdə əsas şikayətlər bel nahiyyəsi və qarnın aşağı hissəsində olan ağrılardan – 53,3%, 36,7% əsas qrup hamilə qadınlarında və 46,7% və 56,7% müvafiq olaraq müqayisə qrupu hamilələrində olmuşdur. Ürəkbulaanma, qusma hər iki qrupda müvafiq olaraq 9 (30%) və 8 (26,7%) qeyd olunmuşdur, lakin yoxlama qrupunda da həmçinin həmin şikayətlərə rast gəlinmə faizi də kifayət qədər yüksəkdir(16,7%). 5 (16,7%) və 7 (23,3%) qadınlarda ACO-da qan yaxısı aşkar olunmuşdur. Hər üç qrupda daha tez-tez rast gəlinən şikayətlər neyrovegetativ simptomlar: yuxunun pozulması (8- 26,7%, 10- 33,3% və 4- 13,3%), iştahanın pozulması(10- 33,3%, 6- 20%, 9- 30%) olmuşdur. Həmçinin, əsas qrup 5 (16,7%) hamilələrində və müqayisə qrupunun 6 (20%) hamilələrində hamiləliyin 8-10 həf.-də arterial təzyiqin yüksəlməsi şikayətləri göstərilmişdir (cəd.4).

Cədvəl 4

Müşahidə olunan hamilələrin daha əvvəlki hamiləlik dövrlərində olan əsas şikayətlər

Hamilələrin daha əvvəlki hamiləlik dövrlərində şikayətləri	Əsas qrup (n=30)		Müqayisə qrupu (n=30)		Yoxlama qrupu (n=30)	
	Müt. s.	%	Müt. s.	%	Müt.s.	%
Bel nahiyyəsində ağrılar	16	53,3	14	46,7	-	-
Qarnın aşağı hissəsində ağrılar	11	36,7	17	56,7	3	10
Ürəkbulanma, qusma	9	30	8	26,7	5	16,7
Dizuriya	7	23,3	9	30	1	3,3
ACO qan yaxısı	5	16,7	7	23,3	-	-
Neyrovegetativ simptomlar: - yuxunun pozulması - iştahanın pozulması	 8 10	 26,7 33,3	 10 6	 33,3 20	 4 9	 13,3 30
Hipertenziya	5	16,7	6	20	1	3,3

Cədvəl 5-də tədqiq olunan qadınlarda daha əvvəlki hamiləlik zamanı yanaşı gedən fəsadlaşmaları göstərməyə çalışmışıq. Verilən cədvəldən görünür ki, erkən toksikoz və hamiləliyin yarımçıq qalması təhlükəsi hamiləliyin daha tez-tez olan aəırlaşmaları olmuş və hər üç pasiyentdən birində rast gəlinmişdir (biz 2014-cü ildə qəbul olunmuş terminologiyadan istifadə etmişik). Qeyd etmək lazımdır ki, müşahidələrin əksəriyyətində erkən toksikozun gedişi orta dərəcəli olmuş, təhlükəli uşaqsalma isə daha qabarıq özünü biruzə vermiş və 43,3%-də (əsas və müqayisə qrupunun 26 hamilələrinin) stasionar müalicəyə tələb yaranmışdır. Ağırlaşmaların rast gəlinmə tezliyində ikinci yerdə hamilələrin anemiyası durur ki, bu da orta ağır dərəcəli xüsusiyyətə malik olmuşdur.

Cədvəl 5

Müayinə olunan pasiyentlərdə daha əvvəlki hamiləlik ağırlaşmalarının rast gəlinməsi tezliyi

Ağırlaşmalar	Əsas qrup (n=30)		Müqayisə qrupu (n=30)	
	Müt. s.	%	Müt. s.	%
Erkən toksikoz	12	40	14	46,7
Uşaqsalma təhlükəsi	11	36,7	15	50
Vaxtından əvvəl doğuş təhlükəsi	8	26,7	10	33,3
Hamilələrin anemiyası	11	36,7	12	40
Hamilələrin ödemi	8	26,7	7	23,3
Istmiko-servikal çatmamazlıq	4	13,3	3	10
XFPÇ	19	63,3	22	73,3

Ağırlaşmaların rast gəlinmə tezliyinə görə üçüncü yerdə hamilələrin ödemi gəlir ki, buna da hər iki hamilə qadında görmək olardı. 7 pasiyent istmikoservikal çatmamazlığı qeyd etmişlər (4 əsas qrupdan, 3 müqayisə qrupundan), lakin həmin hamiləlikdə diaqnoz təsdiq olunmamışdır. Hamilələrin əksəriyyətində xroniki plasenta çatmamazlığı qeyd olunmuşdur.

Lakin xroniki fetoplasentar çatmamazlığa görə müalicə-profilaktika tədbirləri lazımi səviyyədə və müvafioq zaman intervallarında aparılmamışdı. Müalicələr görünən fəsadlaşmalar ilə bağlı aparılmışdı.

Doğuş prosesində daha tez-tez rast gəlinən ağırlaşmalar uşaqlığın yığılma fəaliyyətindəki anomaliyalardır ki, bunların diaqnozu hər iki qadından birində (60%- 36), müəyyən edilmişdir, bu zaman birincili doğuş fəaliyyəti zəifliyinə. (21-35%) ikincili ilə müqayisədə (15-25%) daha tez-tez rast gəlinmişdir. Cədvəl 7-də göstərildiyi kimi əsas qrupda və müqayisə qrupunda 16 pasiyentdən yalnız 7də normal gedişli doğuş aktı baş vermişdir. Dölyanı suların vaxtından əvvəl açılmasına 43,3% halda (hər iki qrupdan olan 26hamilələrdə)rast gəlinmiş, bu zaman dölyanı sularda 8,3% (5) halda mekoniya qarışı olmuşdur.

Cədvəl 6

Əvvəlki doğuşların gedişindəki ağırlaşmalar

Ağırlaşmalar	Əsas qrup (n=30)		Müqayisə qrupu (n=30)	
	Müt.say	%	Müt.sa	%
Dölyanı suların vaxtından əvvəl açılması	12	40	14	46,7
Yastı döl qovuğu	4	13,3	2	6,7
Dölyanı sularda mekonium	2	6,7	3	10
Birincili zəiflik	10	33,3	11	36,7
Ikincili zəiflik	6	20	9	30
Doğuş yollarının xəsarətləri	13	43,3	12	40

Keysəriyyə yolu ilə 9 hamilələrdə (15%) doğuş aparılmışdır. əməliyyat yolu ilə doğuşun aparılmasına göstərişlər cədvəl 7-də verilmişdir.

Cədvəl 7

Keysəriyyə əməliyyatına göstərişlər

Əvvəlki hamiləliyin yekunlaşmasının nəticələri	Əsas qrup (n=30)		Müqayisə qrupu (n=30)	
	Müt.s.	%	Müt.s.	%
Doğuş fəaliyyətinin anomaliyaları	3	10	4	13,3
Kliniki dar çanaq	1	3,3	2	6,7
Dərman stimulyasiyasının effektsiz molması	2	6,7	1	3,3
Dolun hipoksiyası	4	13,3	3	10
Uşaqlıqda çapıq	1	3,3	1	3,3

Cədvəl 7-dən göründüyü kimi 9 hamilə qadında Keysəriyyə əməliyyatına 22 göstəriş olmuşdur, yəni hərəsinə göstərişlərin 2,3 şamil edilmişdir. 60 hamilə qadından 54-də (90%) diri yenidoğulmuş uşaqlar dünyaya gəlmiş, lakin 1 ay ərzində 3-nün uşaqları ölmüşdür.

Ozon terapiyasını hamiləlik patologiyasının klinikasının formalaşmasında təsiri qiymətləndirmək üçün biz ayırd edilmiş qruplardakı qadınlarda hestoz prosesinin gedişini, habelə perinatal nəticələri təhlil etmişik.

Ekstraginekoloji xəstəliklərin müayinəsi, əsas və müqayisə qruplarındakı qadınlarda mamalıq-ginekoloji anamnez sübut olunmuş təbabət nöqteyi-nəzərincə əsas göstəricilər üzrə statistik dürüst bir fərqin olmadığını təsdiq etdi. Kliniki materialın eyni tipli bu qrupları tutuşdurula bilən qruplar hesab etməyə imkan verir ki, bu da bizim tərəfimizdən tədqiqatın daha sonra da aparılmasına zəmin yaradır.

ƏDƏBİYYAT

1. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Методики изучения психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Вопросы психологии. 2002, №3, с.110-118.

2. Филиппова Г.Г. Психология материнства. М.: Изд-во Ин-та Психотерапии, 2002. 240 с.

3. Психопрофилактика и психокоррекция женщины в период беременности. СПб.: Петрополис, 2010. 316 с.

4. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб.: Питер, 2010. 272 с.

5. Олифирович Н.И., Зинкевич-Куземкина Т.А., Велента Т.Ф. Психология семейных кризисов. СПб.: Речь, 2006. 346 с.

6. Батуев А.С., Безрукова О.Н., Кощавцев А.Г. Биосоциальная природа материнства и раннего детства / Под ред. А.С. Батуева. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2007. 347 с.

7. Жаркин А.Н. Перинатальная психология и акушерство: учеб. пособие. Волгоград: Волгоградская медицинская академия. 2001. 112 с.
8. Брутман, В.И. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Вопросы психологии. 2002, № 1, с. 59-68.
9. Малыгина Г.Б. Стресс и беременность: перинатальные аспекты. Екатеринбург: Чароид, 2002. 189
10. Агнаева, Е.М. Образ будущего ребенка у беременной женщины / Ежегодник Российского Психологического общества: материалы III Всероссийского съезда психологов. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2003, Т. 1.1, с. 27-32.
11. Арина Г.А., Николаева В.В. Телесный и эмоциональный опыт в структуре внутренней картине беременности, осложненной акушерской и экстрагенитальной патологией /// Вестник МГУ, серия 14 «Психология». 2002, № 3, с. 3-17
12. Брехман Г.И. Собчик Л.Н., Лапочкина Н.П. и др. Диагностика бондинга при беременности / Ежегодник Росс. Психол. общества: сб. мат. III Всеросс. съезда психологов. 2003. с. 595-596.
13. Брусиловский, А.И. Жизнь до рождения. М.: Знание, 1991, 224 с.

Резюме

Социально-клинчиеские аспекты здоровья у беремнных женщин старших возратсный групп

Н.М.Камилова, И.А.Султанова, Р.Б.Сафарова

Исследование проведено в Азербайджанском медицинском университете на кафедре акушерство и гинекология I. В исследование вошли 90- беремнных женщин. Полученные данные показывают что, у беремнных старших возрастных групп не выявлено статистически значимые различия в сравнении младших возратсных групп.

Summary

Socio-clinic aspects of health in pregnant women of older age groups

N.M.Kamilova, I.A.Sultanova, R.B.Safarova

The study was conducted in the Azerbaijan Medical University at the Department of Obstetrics and Gynecology I. The study included 90 pregnant women. The obtained data show that, in the pregnant older age groups, there were no statistically significant differences in comparison of younger age groups.

Daxil olub: 28.12.2017

ОЦЕНКА КОМПЛЕКСНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ДЕВУШЕК- ПОДРОСТКОВ ПРИ ОЖИРЕНИИ

Н.М.Камилова, Г.М.Халилова, И.А.Султанова, Ш.М.Халилова

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Açar sözlər: piylənmə, yeniyetmə-qızlar, ultrasəs müayinə, doplerometrik müayinə

Ключевые слова: ожирение, девушки-подростки, ультразвуковое исследование, допплерометрическое исследование

Key words: obesity, adolescent girls, ultrasound, doppler examination

В настоящее время актуальность проблемы бесплодного брака не вызывает сомнения. По данным ВОЗ, их частота колеблется в широких пределах и не имеет тенденции к снижению во всех странах мира. Бесплодный брак значительно влияет на демографические показатели, в связи с чем, данная проблема приобретает не только медико-биологическое, но и большое социальное значение [1]. С другой стороны за последние 20 лет распространенность избыточной массы и ожирения выросла в среднем на 50% и составляет 1,9 млрд взрослых людей (39% населения планеты в возрасте от 18 лет). Из этого числа свыше 650 млн человек страдают от ожирения (13%) [2].

В 1998 г Всемирная организация здравоохранения объявила ожирение самостоятельным заболеванием и отнесла к хроническим состояниям, которые требуют пожизненной терапии, а при ее отсутствии прогрессируют и приводят к развитию многочисленных осложнений [3]. Большую тревогу вызывают прогрессирующие темпы роста заболеваемости ожирением у детей. На сегодняшний день 42 млн детей до 5 лет имеют ожирение и избыточный вес. Среди подростков распространенность ожирения за последнее десятилетие возросла втрое (с 5 до 14%) [4]. На наступление и течение периода полового созревания влияют многочисленные факторы, к одним из которых относится и масса тела.Многочисленные исследования убедительно доказывают, что ожирение ассоциированы с развитием нарушений репродуктивного здоровья, которые включают нарушения менструального цикла, бесплодие, развитие гиперпластических процессов эндометрия и препятствия к использованию вспомогательных репродуктивных технологий [5,6]. Преобладающим типом нарушения менструальной функции является олигоменорея- у 60%, аменорея встречается в 29% случаев [7]. А при наступлении беременности пациенткам угрожают гестационныйсахарный диабет, преэклампсия, задержка внутриу-тробного развития плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, высокая вероятность кесарева сечения, родовой травматизм матери и новорожденного, мертворождение, повышенная материнская смертность, риск развития метаболических расстройств у ребенка в будущем [8,9]. Особую значимость приобретает проблема ожирения в пубертантный и ранний репродуктивный период [10]. Основой для выявления патологии органов малого таза является применение методов лучевой диагностики (ультразвуковое исследование). Но, на современном этапе мы имеем трудности, касающиеся интерпретации сонографических характеристик клинических форм различными авторами, что затрудняет работу практикующего специалиста [11]. Доказательная медицина (evidencebasedmedicine) становится технологией и философией современной медицины [12]. А практическая медицина, как никакая другая деятельность, нуждается в разработке методов и критериев, обеспечивающих объективные доказательства принимаемых решений при обследовании пациентов.

Цель настоящего исследования состояла в оценке состояния органов малого таза у девушек-подростков при ожирении при проведении ультразвуковой диагностики.

Материалы и методы исследования. В исследование вошло В результате рандомизации было сформированы 2 группы обследуемых. Основную группу составили 100 девушек-подростков в период полового созревания с ожирением в возрасте от 13 до 17 лет, страдающих ожирением различной степени. Контрольную группу составили 20 девочек-подростков без ожирения.

Протокол предусматривал полную информацию пациентов о цели, задачах и характере планируемых исследований, добровольное согласие пациентов на участие в них, а также возможность для пациентов свободного отказа от наблюдения и лечения на любом этапе. Протокол исследования соответствовал Хельсинской декларации и был одобрен этическими комитетами учреждений - участников работы.

Для выполнения работы помимо общеклинического обследования, включающего изучение анамнеза, репродуктивной функции, проведение общего и гинекологического осмотра, применяли:

-хографию органов малого таза

-УЗ допплерометрию маточно-яичниковых артерий.

Полученные результаты были обработаны с использованием современных пакетов прикладных программ статистического анализа. Из статистических методов обработки результатов обследования проводился анализ вариационных рядов методами описательной статистики с вычислением средних (M), среднеквадратического отклонения (σ)и стандартной ошибки (m). Качественные признаки оценивались путем вычисления абсолютных и относительных частот. Анализ различий по количественным признакам выполнялся параметрическими методами сравнения независимых групп t–Стьюдента, Фишера и непараметрическим методом U-тест Манна–Уитни. Для сравнения качественных показателейбыл применен критерий χ^2.Теснота связи между показателями была определена корреляционным анализом.Для изучения связей между признаками был вычислен коэффициент ранговой корреляции Кендалла и коэффициент корреляции Пирсона. Разницу значений принимали статистически значимой при $p<0,05$. Статистический анализ данных осуществлялся при помощи пакета программ MS EXCEL, SPSS и STATISTICA (версия 10.0).

Результаты исследования и их обсуждение. Сравнение результатов ультразвукового исследования органов малого таза выявило увеличение размеров яичников и матки у девушек-подростков основной группы. У 54% девушек основной группы матка располагалась в anteversio-flexio, в 28% - в retroflexio. У девушек-подростков контрольной группы расположение матки в

данных позициях встречалось в 40% (8) и 20%(4). Результаты эхографического исследования выявили однородную структуру эндометрия у большинства девушек-подростков (81% и 95%). При этом гиперэхогенный эндометрий наблюдается у 19% девушек-подростков основной группы.

Как видно из табл. 1 эхографические показатели тела матки у 43 (43%) наблюдаемых не отличались от нормальных размеров и составили: длина 48,1±3,2 мм, передне-задний размер 36,4 ±1,2 мм и ширина 34,3±2,8 мм. Однако, у 29 (29%) респондентов отмечалось увеличение размеров матки особенно за счет ширины 41,2±3,6 мм. У 11 (11%) обследуемых наблюдалось увеличение передне-заднего размера 39,6±1,2 мм. У 18 (18%) пациенток, наоборот, отмечалось уменьшение размеров матки: передне-задний размер составил 31,4±1,2 мм, ширина- 4,1±0,9 мм и длина- 34,3±1,4 мм.

Толщина эндометрия у 47 пациенток основной группы увеличена, составляя 12,42±1,4 мм, а у 24- была недостаточной 8,14±1,1 мм. У 19 пациенток выявлялись признаки гипоплазии эндометрия, что также свидетельствует о гипофункции гормона и может отражаться на клинико-лабораторных показателях у девушек-подростков основной группы.

При проведении ультразвукового исследования также оценивались размеры овариального объема и фолликулярный аппарат. Структура ультразвуковых характеристик правого и левого яичника обследованных девушек-подростков представлена в табл.1.

Таблица 1

Эхографические показатели яичников у обследуемых девушек-подростков до и после лечения

Размеры яичников (мм)			Основная группа n=100 M ± m, 95% ДИ	Контрольная группа n=20 M ± m, 95% ДИ
Правый яичник (мм)	I (мм)	Д	56,63± 2,88 50,91-62,35	38,95± 0,58 37,74-40,16 , P<0,01
		Ш	35,61 ± 1,83 31,98-39,24	28,57 ± 0,24 28,25-29,25
		Т	35,91 ± 1,99 31,97-39,85	20,50 ± 0,20 20,08-20,92, P<0,001
	VI (мм)	Д	48,64± 1,48 45,70-51,58	34,55± 0,48 33,55 – 35,55, P<0,001
		Ш	32,27 ± 1,01 30,26-34,28	23,80 ± 0,35 23,06 – 24,54, P<0,001
		Т	23,01 ± 0,79 21,43-24,59	17,10 ± 0,31 16,46 – 17,74, P<0,001
Левый яичник (мм)	I (мм)	Д	56,80± 2,87 51,10-62,50	38,70± 0,27 38,13 – 39,27, P<0,01
		Ш	36,01± 1,83 32,39-39,63	29,25 ± 0,20 28,82 – 29,68
		Т	36,15 ±1,98 32,23-40,07	19,70 ± 0,21 19,27 – 20,13, P<0,001
	VI (мм)	Д	44,55± 1,85 40,88-48,23	32,20 ± 0,34 31,49 – 32,91
		Ш	34,97 ± 1,74 31,52-38,42	23,15 ± 0,32 22,48 – 23,82, P<0,01
		Т	22,26 ± 0,77 20,74-23,78	16,30 ± 0,23 15,82 – 16,78, P<0,001

Размеры яичников у обследованных девушек-подростков существенно различались. В основной группе у 43 (43%) девушек-подростков отмечалось их двустороннее увеличение, при этом у 9 размеры яичников соответствовали 8,1±8,4 $см^3$. У 17 (17%) наблюдалось уменьшение размеров яичников,

Диаметр фолликулов в среднем 3,11±0,12 (от 2 до 7 мм) размер доминантных фолликул варьировал от 6 до 10 мм, в среднем 8,47±0,16. Таким образом, мы наблюдали недостаточность рецепторного аппарата яичников, что также соответствует данным, полученным при гормональном исследовании.

После VI месяцев наблюдения при повторном ультразвуковом исследовании были получены следующие показатели. Размеры матки у 51 (51%) обследуемых основной группы соответствовали нормативным данным и составили 41,7±0,74 х 45,3±0,31 х 34,2±0,4 мм^3. У 43 из них нормализовались и размеры яичников. У 32 (32%) девушек-подростков эти показатели были следующие 44,2±0,12 х 49,3±0,21 х 36,1±0,17 мм^3, т.е. размеры матки были увеличены, однако по сравнению с первым исследованием было отмечено уменьшение на 3,9±1,6 мм. Размеры яичников также у 29 (29%) были увеличены, при этом у 16 оба яичника 50,1±1,6 х 34,1±0,12 х 24,1±0,46 мм и 48,1±0,1 х 37,8±1,1 х 22,7 ±0,9 мм. У 16 (16%) девушек-подростков основной группы было выявлено снижение размеров, как матки, так и яичников.

Таблица 2

Эхографические показатели матки у обследуемых девушек-подростков до и после лечения

Размеры матки (мм) 3-5 д. м. ц.		Основная группа, n=100	Контрольная группа, n=20
		M±m, 95% ДИ	M±m, 95% ДИ
Матка I	Д	39,18±0,10 39,98-39,38	42,40± 0,30 41,77-43,03, P<0,001
	Ш	45,70±1,46 42,81-48,59	49,70±0,63 48,38-51,02
	ПЗР	40,79 ± 0,18 40,44-41,14	36,10 ± 0,40 35,26-36,94, P<0,001
Матка VI	Д	44,76± 0,28 44,20 – 45,32	40,90±0,19 40,50-41,30, P<0,001
	Ш	49,44±0,26 48,93-49,95	44,50 ± 0,43 43,61-45,39, P<0,001
	ПЗР	36,00±0,19 35,62-36,38	38,40±0,37 37,63-39,17, P<0,001
Эндометрий	I	11,32±0,07 11,18-11,46	9,65± 0,18 9,27-10,03, P<0,001
	VI	10,19±0,07 10,06-10,32	7,45±0,11 7,21-7,69, P<0,001
Дом.фолликул	I	8,47 ± 0,16 8,14-8,81	9,72±0,16 9,39-10,06, P<0,001
	VI	13,21 0,22 12,74-13,68	12,61±0,12 12,36-12,86

Таблица 3

Сравнительная характеристика фолликулов у обследуемых девушек-подростков до и после лечения

Фолликулометрия			
I		VI	
Количество	Размер	Количество	Размер
12,17 ± 0,15 11,87 – 12,48	3,11 ± 0,12 2,88 – 3,34	7,26 ± 0,08 7,10 – 7,42, P<0,001	5,61 ± 0,14 5,33 – 5,90, P<0,001

Всем наблюдаемым после обычного УЗИ было произведено исследование кровотока матки, эндометрия и яичников при помощи допплерометрии (табл. 4).

Из таблицы следует, что у пациенток основнойгруппы выявлено достоверное снижение IR с 0,96±0,02 до 0,79±0,04и с 0,93±0,02до 0,78±0,02 (p<0,05) на уровне правой и левой маточной артерий соответственно. Отмечено снижение средней величины S/D соотношения в левой маточной артерии с 9,90±0,37 до 7,50±0,57; в аркуатных артериях – PI с 2,58±0,14 до 1,68±0,14 в пролиферативную фазу и с 2,08±0,17 до 1,52±0,13 в секреторную фазу цикла, IR с 0,97±0,02 до 0,74±0,02 и с 0,96±0,05 до 0,61±0,05 соответственно в IиII фазу цикла (p<0,05). Достоверное снижение индексов сосудистого сопротивления в пролиферативную фазу выявлено и в радиальных артериях: PI снизился с 1,74±0,11 до 1,28±0,08, IR- с 0,89±0,03 до 0,65±0,13 (p<0,05). Полученные показатели не отличались от нормативных. Данные изменения свидетельствуют о повышении конечной диастолической скорости

кровотока, снижении сосудистого сопротивления и увеличения тока крови по маточным сосудам. Изменения гемодинамики по остальным показателям были статистически недостоверны.

Как видно из таблицы 4 допплерометрические характеристики кровотока пациенток основной группы после проведения, для которых была выработана определенная диета и режим выявили статистически достоверные изменения показателей сосудистой резистентности на уровне маточных артерий.

Таблица 4

Динамика допплерометрических показателей маточного кровотока в основной группе

До лечения					
Показатель	Фаза цикла	МА		АА	РА
		R	L		
PI	I	2,37±0,02	2,48±0,10	2,58±0,142,08±0,17	1,74±0,11
	II	2,16±0,15	2,46±0,15		1,54±0,09
IR	I	0,96±0,02	0,93±0,02	0,97±0,020,96±0,05	0,89±0,03
	II	0,96±0,06	0,97±0,04		0,87±0,05
S/D	I	7,54±0,29	9,90±0,376,01±0,35	6,09±0,225,01±0,25	5,23±0,19
	II	5,77±0,38			4,14±0,17
После лечения					
PI	I	2,28±0,11	2,19±0,10	1,68±0,14*	1,28±0,08*
	II	1,86±0,14	2,05±0,13	1,52±0,13	1,13±0,10
IR	I	0,79±0,04*	0,78±0,02*	0,74±0,02*	0,65±0,13*
	II	0,65±0,05	0,71±0,04	0,61±0,05*	0,54±0,06
S/D	I	7,08±0,47	7,50±0,57*	5,57±0,35	4,51±0,25
	II	5,01±0,35	5,21±0,51	4,38±0,42	3,74±0,28

Примечание: * статистически достоверное различие гемодинамических показателей до и после окончания лечения ($p<0,05$).

Заключение. Сравнение результатов ультразвукового исследования органов малого таза выявило увеличение размеров яичников и матки у девушек-подростков основной группы. В 29% случаев пациенток отмечалось увеличение размеров матки особенно за счет ширины 41,2±3,6 мм, у 11 (11%) обследуемых наблюдалось увеличение передне-заднего размера – 39,6±1,2 мм, у 18 (18%) пациенток, наоборот, отмечалось уменьшение размеров матки: передне-задний размер составил 31,4 ±1,2 мм, ширина – 4,1±0,9 мм и длина- 34,3±1,4 мм. В основной группе у 43 (43%) девушек-подростков отмечалось их двустороннее увеличение, при этом у 9 размеры яичников соответствовали 8,1 ±8,4 $см^3$.После нормализации веса размеры матки у обследуемых основной группы соответствовали нормативным данным и составили 41,7±0,74 х 45,3±0,31 х 34,2±0,4 $мм^3$, нормализовались и размеры яичников ($p<0,001$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Ворохобиной Н.В. Ожирение / Под редакцией А.Ю. Барановского, Н.В. Ворохобиной. - М.: Диалект, 2013, 240 с.
2. . Кроненберг Г.М. Ожирение и нарушения липидного обмена/ М.: Рид Элсивер, ГЭОТАР-Медиа, 2013, 264 с.
3. Дэниел, Г. Бессесен Избыточный вес и ожирение. Профилактика, диагностика и лечение. М.: Бином, 2016, 240 с.
4. Цаллагова, Елена Ожирение в практике акушера-гинеколога. Клиника диагностика,лечение. М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2012, 451 с.
5. Ерченко Е.Н. Патофизиологические особенности углеводного и липидного обменов и состояние новорожденных у беременных с избыточной массой тела и ожирением: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2009, 28 с.
6. Кадамалиева М.Д., Абдурахманова Ф.М. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода при ожирении / Материалы VIII Всероссийского научного форума «Мать и дитя». М., 2006, с.101.
7. Чубкин И.В. Метаболический синдром у девушек подросткового возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб, 2007, 19 с.
8. Чубриева С.Ю., Глухов Н.В., Зайчик А.М. Жировая ткань как эндокринный регулятор // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11, 2008.

9. Гогаева Е.В. Ожирение и нарушение менструальной функции // Гинекология, 2001, № 5, с. 23 - 27.
10. Демидова, Т.Ю.., Аметова А.С., Пархомнина Е.С. Ожирение основа метаболического, синдрома // Лёчащий врач, 2002, № 5, с. 28-31
11. Зайцев Г.К,. Зайцев А.Г., Брадик Г.М. Валеология подростка: половое воспитание // Валеология. 2001, №1, с. 47-49.
12. Светлаков А.В., Яманова М.В., Филиппов О.С., Малахова Н.А. Лептин и липидный спектр крови у женщин с разными типами; ожирения // Пробл. репродукции, 2002, № 6, с. 33-36.
13. Малыгина Л.С. Особенности течения; пубертатного периода у детей, перенесших внутриутробную гипоксию / Тезисы докладов Всероссийской; научно практической конференции. Пермь, 2000, с. 204205
14. Манухин, И;Б. .Г. Тумилович, Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. М.: Мед. информ. агентство, 2001, С. 166.
15. Мельниченко, Г.А. Ожирение в практике эндокринолога // Рус. мед. журн. 2001, № 2, с.82-87

Xülasə

Piylənmə olan yeniyetmə qızlarda kiçik çanaq orqanlarının kompleks ultrasəs müayinəsinin qiymətləndirilməsi

N.M.Kamilova, G.M.Xəlilova, İ.A.Sultanova, Ş.M.Xəlilova

Tədqiqata 13-17 yaşlar arasında olan 120 yeniyetmə-qız daxil edilmiş, bunun üçün onların valideynləri məlumatlandırılmış və onların razılığı alınmışdır. Əsas qrupa müxtəlif dərəcəli piylənmə olan 100 qız daxil edilmişdir. Nəzarət qrupunu piylənmə olmayan 20 qız təşkil etmişdir. Tədqiqat işi ATU-un I mamalıq-ginekologiya kafedrası və "Sağlam Nəsil" elmi-tədqiqat mərkəzinin bazası əsasında aparılmışdır. Hazırda ultrasəs müayinə qadın cinsiyyət orqanlarının müayinəsinin əsas müayinə metodu hesab edilir. Bu metod yüksək informativ olub, müxtəlif pozuntuları tez aşkar etməyə və onların aradan aldırılması haqqında tez qərar qəbul etməyə imkan verir.

Summary

Assessment of integrated ultrasound surgery of small gel organs in girls with adolescence in obesity

N.M.Kamilova, G.M.Khalilova, I.A.Sultanova, Sh.M.Khalilova

The study included data from 120 adolescent girls aged 13 to 17 with informed consent from their parents. The main group included 100 girls with obesity of various degrees. The control group included 20 girls without obesity. The work was performed on the basis of the Department of Obstetrics and Gynecology of the 1st Azerbaijan Medical University, Medical Research Center "Saglam Nəsil". The ultrasonic method of research is currently one of the leading in the diagnosis of diseases of the female sexual sphere, since it is highly informative and has no contraindications. Ultrasound of the pelvic organs allows you to recognize various violations in time and take appropriate measures to eliminate it.

Daxil olub: 30.01.2018

XRONİK DETRUKTİV AĞCİYƏR VƏRƏMİ ZAMANI XARİCİ TƏNƏFFÜS FUNKSİYASININ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

A.B. Baxşəliyev, Ş.M. Vəliyeva, C.M.İsmayılzadə
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: ağciyər vərəmi, xarici tənəffüs funksiyası, FVC, FEV_1, Tiffno indeksi, FEF
Ключевые слова: туберкулез легких, функция внешнего дыхания, FVC, FEV_1, Tiffno indeksi, FEF
Key words: pulmonary tuberculosis, external respiration function, FVC, FEV1, Tiffno indeksi, FEF

Vərəm dünya əhalisini təhlükə altında qoyan, mürəkkəb tibbi-sosial və iqtisadi problem olaraq qalmaqdadır.Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) göstəricilərinə əsasən vərəm hal-hazırda dünyada geniş yayılmış xəstəlik olub, yer kürəsi əhalisinin 1/3 hissəsi əhatə etmişdir. Vərəm ilə xəstələnmə göstəricisinin yüksək olması cəmiyyət üçün böyük təhlükə hesab olunur. Lakin müasir ftiziatriyanın qarşısında duran bundan təhlükəli məsələ vərəm törədicisinin dərmanlara qarşı davamlılıq problemidir ki, bu da müalicənin keyfiyyətini və effektivliyini aşağı salan əsas faktorlardan biri kimi qəbul edilir [3,1].

Əhali arasında xronik destruktiv ağciyər vərəmi olan xəstələrin sayının artmasının əsas səbəbləri tibb müəssisələrinə gecikmiş müraciət, aşkarlanmış xəstələrin müalicəyə etinasız yanaşması, yəni spesifik müalicənin qeyri-müntəzəm olmasıdır. Ağciyər vərəminin xronik destruktiv formalarının sayının artması və bakteriya ifrazı ilə müşayiət olunması əhali arasında yoluxma hallarının da armasına səbəb olur. Bu isə cəmiyyət üçün böyük təhlükə mənbəyidir [2].

Patomorfoloji müayinələrlə müəyyən olunmuşdur ki, xronik destruktiv ağciyər vərəminin kəskinləşməsi mikobakteriya populyasiyasının kəskin artımı, nəzərəçrpan sitomorfoloji və funksional pozulmalar, iri infiltrativ fokusların yaranmasına gətirib çıxaran mikrosirkulyator sistemin, alveolyar stromanın, limfositlərin və ağciyər makrofaqarlarının zədələnməsi, hüceyrə infiltrasiyası və proliferasiyası, kazeozlaşma, ağciyər toxumasının parçalanması ilə müşayiət olunur.

Vərəmli xəstələrdə əsas patofzioloji xüsusiyyətlərdən biri həm xarici tənəffüs funksiyasının, həm də toxumalarda oksidləşmə proseslərinin pozulmasıdır. Tənəffüs funksiyası qan dövranı və bir çox mübadilə prosesləri ilə sıx əlaqədədir. Belə ki tənəffüs funksiyasını idarə olunmasında şərtsiz-reflektor və humoral requlyasiya ilə yanaşı beyin qabığının xüsusi rolu var.

Tənəffüsün requlyasiyasının reflektor mexanimində damarların refleksogen zonalarında yerləşən xemoreseptorlarda oksigen azlığı və ağciyər şaxələrindən azan sinirə gedən impulslarin çatışmazlığı böyük rol oynayır.

Vərəmli xəstələr üçün xarakterik olan hipoksiya və hipoksemiya orqanizmin müxtəlif funksiyalarının pozulmasına gətirib çıxarır ki, bunun da əsasını aralıq mübadilənin dərin dəyişiklikləri təşkil edir. Ağciyərlərdə tənəffüs səthinin azalması, oksigenin və karbon qazının diffuziyasının çətinləşməsi belə xəstələrdə xarici tənəffüs funksiyasının pozulmasına gətirib çıxarır[4,5].

Tədqiqatın material və metodları. Bizim nəzarətimiz altında 4 saylı Vərəm Əleyhinə Dispanserin bazasında yerləşən Azərbaycan Tibb Universitetinin Ftiziatriya kafedrasında stasionar və ambulator müalicədə olan 80 xronik destruktiv ağciyər vərəmi olan xəstə olmuşdur. Xəstələrin əksəriyyətini yaşı 31-60 arası şəxslər təşkil etmişdir, onlardan 63-ü kişi və 17–i qadındır. Xəstələrdə vərəm prosesinin müddəti 1-5 ilə kimi və daha çox olmuşdur. Xəstələrin 64-ü (80±4,5%) 1-5 il müddətində, 16 (20,0 ±4,5%)-sı isə 5 il - dən çox müddətdir ki, vərəmdən əziyyət çəkir. Kimi müşahidəmiz altında olan 27 (33,8±5,3%) xəstədə müxtəlif yanaşı xəstəliklərə rast gəlinmişdir. Onların əksəriyyətini (12 (15,0±4,0%) nəfər) mədə və onikibarmaq baqğırsağın xora xəstəliyi təşkil etmişdir. Qalan xəstələrdə tək-tək hallarda eyni nisbətdə digər yanaşı xəstəliklərə rast gəlinmişdir. Bütün xəstələr xəstəliyin gedişinə görə üç klinik funksional sinfə (KFS) bölünmüşdür. Müəyyən KFS-ə ayırmaq üçün istifadə edilən meyarlar aşağıdakılardır: müxtəlif dərəcəli tənəffüs çatışmazlığı, spiroqrafik və exokardioqrafik göstəricilərdəki dəyişikliklər, ağciyər hipertenziyasının olması. I KFS-ə ürək fəaliyyətinin disfunksiyası olmadıgi halda ağciyər simptomları üstünlük təşkil edən (FEV1>85%, VC>90%, İVS<5mm, SMDQ-7,5-11m) 14 (17,5±4,2%) xəstə aid edilmişdir. II KFS-ə ağciyər vərəminin əlamətləri və xarici tənəffüs funksiyasının pozulması ilə xarakterizə olunan (FEV1-55-74%, VC-70-84%, İVS~5mm, SMDQ~11mm) 30 (37,5±5,4%) xəstə, III KFS-də ağciyər vərəminin əlamətləri, xarici tənəffüs funksiyasının pozulması ilə yanaşı sağ mədəciyin hipertrofiyası və dilatasiyası əlamətləri olan (FEV1-35-54%, VC-50-69%, İVS>5mm, SMDQ>11mm) 36 (45,0±5,6%) xəstə qeydə alınmışdır.

Xarici tənəffüs funksiyasını (XTF) tədqiq edərkən ağciyərlərin həyat tutumu (VC), ağciyərlərin gücləndirilmiş həyat tutumu (FVC), birinci saniyədə gücləndirilmiş nəfəs vermənin həcmi (FEV_1), Tiffno indeksi, axının ani həcm sürəti (FEF) 25, 50, 75 kimi göstəricilər öyrənilmişdir.

Alınmış nəticələr və onların müzakirisi. I klinik-funksional sinfə aid olan bütün xəstələrdə XTF göstəriciləri norma daxilində olmuşdur, 14(17,5±4,2%) xəstədən 3-də (21,4±11,0%) yüngül restriktiv pozulmalar müşahidə olunmuşdur. Hal-hazırda obstruksiyanın dərəcəsini qiymətləndirilmək üçün ölçülmə texnikası sadə olduğuna görə ümumi qəbul edilmiş göstərici 1 saniyədə gücləndirilmiş nəfəs vermənin həcmidir (FEV_1). Bu göstəriciyə əsasən bronxial obstruksiyanın ağırlıq dərəcəsi də təyin edilir. Yüngül dərəcə obstruksiyada FEV_1>70%, orta dərəcədə FEV_1-50-69%, ağır dərəcədə FEV_1<50% olmalıdır. Bu dərəcələnmə Avropa Respiratorlar Cəmiyyəti tərəfindən tövsiyyə edilmişdir. Bizim məlumatlarımıza əsasən I KFS-ə aid olan xəstələrdə FEV_1 norma daxilində olmuşdur (90,7±1,0%).

Cədvəl 1

I klinik-funksional sinfə aid olan xəstələrdə XTF göstəriciləri

XTF göstəriciləri	M±m (min-max)	Norma	Norma ilə müqayisədə		
			< N	~ N	> N
VC,%	96,4±0,5 (93 – 99)	>80	–	14(100%)	–
FVC,%	92,4±0,8 (86 – 98)	>80	–	14(100%)	–
FEV_1,%	90,7±1,0 (84 – 97)	>75	–	14(100%)	–
FEF75,%	80,1±1,8 (70 – 91)	>80	6(42,9±13,2%)	8(57,1±13,2%)	–
FEF50,%	88,5±1,5 (78 – 95)	>80	1(7,1±6,9%)	13(92,9±6,9%)	–
FEF25,%	106,1±1,8 (91 – 118)	>80	–	14(100%)	–
Tiffno indeksi	73,9±1,9 (62 – 88)	>70	3(21,4±11,0%)	11(78,6±11,0%)	–

Bronxial obstruksiyanın üstünlük təşkil etdiyi lokalizasiyanı təyin etmək üçün tərəfimizdən FEF 75, 50, 25 müəyyən edilmişdir. I KFS-dən olan xəstələrdə bu göstəricilər norma daxilində olmuşdur.

Cədvəl 2

II klinik-funksional sinfə aid olan xəstələrdə XTF göstəriciləri

XTF göstəriciləri	M±m (min-max)	Norma	Norma ilə müqayisədə		
			< N	~ N	> N
VC,%	66,9±1,4 (51 – 80) ***	>80	30(100%)	–	–
FVC,%	66,9±1,3 (55 – 81) ***	>80	29(96,7±3,3%)	1(3,3±3,3%)	–
FEV_1,%	56,8±1,2 (45 – 69) ***	>75	30(100%)	–	–
FEF75,%	46,7±1,4 (33 – 58) ***	>80	30(100%)	–	–
FEF50,%	42,5±1,5 (31 – 58) ***	>80	30(100%)	–	–
FEF25,%	38,4±2,1 (23 – 66) ***	>80	30(100%)	–	–
Tiffno indeksi	66,8±2,4 (41 – 89)	>70	13(43,3±9,0%)	17(56,7±9,0%)	–

Qeyd: I KFS-ə aid olan xəstələrin göstəriciləri ilə fərqin statistik dürüstlüyü (U-Uilkoksona görə): *-p_1<0,05; **- p_1<0,01; ***- p_1<0,001

Cədvəl 3

III klinik-funksional sinfə aid olan xəstələrdə XTF göstəriciləri

XTF göstəriciləri	M±m (min-max)	Norma	Norma ilə müqayisədə		
			< N	~ N	> N
VC,%	59,7±1,6 (42 – 77) ***##	>80	36(100%)	–	–
FVC,%	48,4±1,5 (30 – 65) ***###	>80	36(100%)	–	–
FEV_1,%	45,2±1,6 (31 – 68) ***###	>75	36(100%)	–	–
FEF75,%	39,6±1,4 (25 – 59) ***###	>80	36(100%)	–	–
FEF50,%	25,9±1,4 (15 – 45) ***###	>80	36(100%)	–	–
FEF25,%	23,3±1,5 (11 – 46) ***###	>80	36(100%)	–	–
Tiffno indeksi	52,7±2,0 (35 – 82) ***###	>70	34(94,4±3,8%)	2(5,6±3,8%)	–

Qeyd: göstəricilər arasında fərqin statistik dürüstlüyü (U-Uilkoksona görə): 1.I KFS xəstələrinin göstəriciləri ilə: * – p_1<0,05; ** – p_1<0,01; *** – p_1< 0,001; 2.II KFS xəstələrinin göstəriciləri ilə: # – p_2<0,05; ## – p_2< 0,01; ### – p_2<0,001

II klinik-funksional sinfə aid olan xəstələrdə XTF-ni öyrənərkən tərəfimizdən VC və FVC-də qeydə alınan orta dəyişikliklər uyğun olaraq 66,9±1,4% və 66,9±1,3% təşkil etmişdir. Bu cədvəldən göründüyü kimi II KFS-ə aid olan xəstələrdə orta dərəcəli bronxial obstruksiya müəyyən edilmişdir (FEV_1=56,8±1,2%). FEF 75, 50, 25 göstəriciləri orta dəyişikliklərin olduğunu və bronxial obstruksiyanın lokalizasiyasını göstərir (uyğun olaraq, 46,7±1,4%, 42,5±1,5% və 38,4±2,1%). Kiçik, orta və böyük bronxlar səviyyəsində hava axınının sürətinin eyni dərəcədə pozulması müşahidə edilmişdir. Tiffno indeksinin təyini zamanı tərəfimizdən həmin göstəricinin aşağı düşmə (66,8±2,4%) tendensiyası qeydə alınmışdır.

III klinik-funksional sinfə aid olan xəstələrdə xarici tənəffüs funksiyası göstəricilərinin tədqiqi zamanı I və II KFS-ə aid olan xəstələr nibətən daha qabarıq pozulmalar aşkar edilmişdir.

Bu cədvəldən göründüyü kimi III KFS-ə aid olan xəstələrdə VC və FVC göstəricilərinin aşağı düşməsi qeydə alınmışdır (uyğun olaraq 59,7±1,6% və 48,4±1,5%), bununla yanaşı olaraq xəstələrin bir hissəsində bu pozulmalar daha qabarıq və ağır olmuşdur. Bu xəstələrdə ağır dərəcəli obstruksiya müşahidə olmuşdur ki, bu da FEV_1 göstəricisinin aşağı olması ilə öz təsdiqini tapmışdır (45,2±1,6%). Həmçinin bu xəstələrdə Tiffno indeksinin aşağı düşməsi qeydə alınmış və 52,7±2,0% təşkil etmişdir. Hava axının sürətinin pozulması bütün bronxlarda eyni səviyyədə müşahidə edilmişdir. FEF 75, 50, 25 bu xəstələrdə, uyğun olaraq 39,6±1,4%, 25,9±2,76% və 23,3±1,5% təşkil etmişdir.

Xronik destrktiv ağciyər vərəmi olan xəstələrdə klinik-funksional sinifə müvafiq olaraq patoloji proses ağırlaşdıqca XTF göstəricilərinin aşağı düşməsi, hətta kəskin nəzərəçarpan pozulmaların olması tendensiyası qeydə alınmışdır. Tərəfimizdən I KFS-dən III KFS-ə qədər VC və FVC dürüst azalması müşahidə edilmişdir(uyğun olaraq I KFS- 96,4±0,5%, II KFS-66,9±1,4%, III KFS-59,7±1,6%, $p<0,001$,I KFS- 92,4±0,8,II KFS-66,9±1,3%, III KFS- 48,4±1,5%, $p<0,001$). Eləcə də I KFS-dən III KFS-ə doğru FEV_1 göstəricisinin dürüst aşağı düşməsi qeydə alınmışdır (90,7±1,0%, 56,8±1,2%, 45,2±1,6%, $p<0,001$). Bundan başqa, I KFS-dən III KFS-ə doğru Tiffno indeksinin əhəmiyyətli dərəcədə statistik dürüst azalması müşahidə olunmuşdur(uyğun olaraq 73,9±1,9%, 66,8±2,4%,52,7±2,0%, $p<0,001$). Cədvəldən göründüyü kimi I KFS-dən III KFS-ə doğru bronxial obsturksiyanın nəzərəçarpacaq dərəcədə artması qeydə alınmışdır, fərqlərin dürüstlüyü statistik cəhətdən əhəmiyyətli olmuşdur(uyğun olaraq 80,1±1,8%, 46,7±1,4%, 39,6±1,4%, $p<0,001$, 88,5±1,5%, 42,5±1,5%, 25,9±1,4%, $p<0,001$, 106,1±1,8%, 38,4±2,1%, 23,3±1,5%, $p<0,001$) .

Beləliklə, apardığımız tədqiqatın klinik materialını tədqiq edərkən tərəfimizdən patoloji prosesin ağırlıq dərəcəsinə müvafiq olaraq I KFS-dən III KFS-ə doğru nibətən daha qabarıq pozulmalar aşkar edilmiş, xüsusən III KFS-ə aid olan xəstələrdə XTF göstəricilərinin aşağı düşməsi, ağır dərəcəli obstruksiya qeydə alınmışdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Баранчукова А.А., Пушкарева. Е.Ю. Туберкулёз легких и хронические заболевания органов дыхания нетуберкулёзной этиологии // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2011, №2 (78), с.241-243.
2. Дюжик Е.С., Каунетис Н.В., Смирнова Т.Г. и др. Современные методы лечения хронических деструктивных форм туберкулеза на примере фиброзно-кавернозного туберкулеза // Пульмонология, 2014, №1, с.102-108
3. Мордык А.В., Багишева Н.В., Иванова О.Г. и др. Клинико-эпидемиологические особенности туберкулеза верхних и нижних дыхательных путей у больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae, 2016, № 1, с.84-90
4. Garcia-Rio F., Miravitlles M., Soriano J. B. Systemic inflammation in chronic obstructive pulmonary disease, a population-based study // Respir Res. 2010, v.11, p.63
5. Lam K.B., Jiang C.Q., Jordan R.E. et al. Prior TB, smoking, and airflow obstruction, a cross-sectional analysis of the Guangzhou Biobank Cohort Study // Chest, 2010, v.137 (3), p.593-600

Резюме

Особенности функции внешнего дыхания при хроническом деструктивном туберкулезе легких.

А.Б. Бахшалиев, Ш.М. Велиева, Дж.М.Исмаилзаде

Таким образом, с утяжелением патологического процесса в зависимости от клинико-функционального класса (КФК) у больных с хроническим деструктивным туберкулезом легких наблюдалось снижение показателей функции внешнего дыхания с тенденцией к резко выраженным нарушениям. Было выявлено достоверное снижение показателей VC и FVC, начиная с I КФК к III КФК (I КФК -96,4±0,5%, II КФК- 66,9%±1,4%, III КФК- 59,7±1,6%, $p<0,001$, I КФК- 92,4±0,8, II КФК- 66,9%±1,3%, III КФК- 48,4±1,5%, $p<0,001$ соответственно). Также, начиная с I КФК к III КФК, наблюдалось снижение показателя FEV1 (90,7±1,0%, 56,8%±1,2%, 45,2±1,6%, $p<0,001$), выраженное

статистически достоверное снижение показателя индекса Тиффно (73,9±1,9%, 66,8%±2,4%, 52,7±2,0%, p<0,001 соответственно)

Summary

Features of the function of external respiration in chronic destructive pulmonary tuberculosis.

A.B. Bakhshaliyev, Sh.M. Veliyeva, J.M.Ismailzade

Thus, with a worsening of the pathological process, depending on the clinical and functional class (CFC) in patients with chronic destructive lung tuberculosis observed decrease in the parameters of the function of external respiration with a tendency to significant disorders. A significant decrease in VC and FVC was detected, beginning from I CFC to III CFC(I CFC-96.4±0.5%, II CFC- 66.9%±1.4%, III CFC-59.7±1.6%, p<0.001, I CFC-92.4±0,8, II CF - 66,9%±1,3%, III CFC-48,4±1,5%, p <0,001 respectively). Also, from the I CFC to the III CFC, a decrease in FEV1 (90.7±1.0%, 56.8%±1.2%, 45.2±1.6%, p<0.001), statistically a significant decrease in the Tiffno index were observed (73.9±1.9%, 66.8%±2.4%, 52.7±2.0%, p<0.001, respectively).

Daxil olub: 30.01.2018

ÇOXPROFİLLİ CƏRRAHİ KLİNİKADA XƏSTƏXANADAXİLİ İNFEKSİYALARIN ETİOLOJİ STRUKTURU

S.A.Atakişizadə

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: bakteriyalar, xəstəxanadaxili infeksiyalar
Ключевые слова: бактерии, внутрибольничные инфекции
Keywords: bacteria, hospital infections

Xəstəxanadaxili infeksiyalar (XDİ) zamanı müalicənin çətinliyi törədicilərin xüsusiyyətləri ilə bilavasitə əlaqədardır. Müxtəlif mikroorqanizmlərlə törədilən XDİ etioloji strukturu adətən stasionarın profilindən və xəstə kontingentindən asılı olaraq dəyişilir. XDİ etioloji strukturunu bakteriyalarla yanaşı göbələklər və viruslar da formalaşdırır. Çoxsaylı mikroorqanizmlər arasında patogen və şərti-patogen mikroorqanizmlərə rast gəlinir. Ümumiyyətlə, XDİ etiologiyasında təqribən 2000-ə qədər mikroorqanizm iştirak edə bilər ki, bunların da əksəriyyəti şərti-patogen mikroorqanizmlərdir.

XDİ törədiciləri olan bakteriyalar arasında Staphylococcus aureus, koaqulaza neqativ stafilokoklar, xüsusən Staphylococcus epidermidis, Streptococcus pyogenes, Streptococcus pneumoniae, enterokoklar (Enterococcus faecalis, E.faecium və s.), Enterobacteriaceae fəsiləsindən olan bakteriyalar (Escherichia coli, Salmonella, Shigella, Citrobacter, Enterobacter, Klebsiella, Proteus növləri və s.), Pseudomonas aeruginosa və digər fermentləşdirməyən bakteriyalar, Campylobacter spp., Yersinia enterocolitica, Vibrio parahaemolyticus, Clostridium difficile, Legionella spp. daha çox rast gəlinir [1].

XDİ erioloji strukturunda mikroorqanizmlərin rolunun, eləcə də onların amtimikrob preparatlara rezistentliyinin zaman keçdikcə dəyişilməsi müşahidə edilir. Məsələn, cərrahi klinikada rast gəlinən septik, sidik yolları infeksiyaları, respirator infeksiyalar, cərrahi yara infeksiyalarının 29 il ərzində (1980-2008-ci illər) müşahidəsi nəticəsində S.aureus, koaqulaza-neqativ stafilokoklar, Enterococcus spp, Clostridium difficile və digər anaerobların artmasını, E.coli, P.aeruginosa, Klebsiella və Enterobacter cinsli bakteriyaların isə azalmasını müşahidə etmişlər. S.aureus-un sidik yolları infeksiyaları, respirator infeksiyalar və cərrahi yara infeksiyaları zamanı, koaqulaza-neqativ stafilokokların septik və cərrahi yara infeksiyaları zamanı, Candida göbələklərinin cərrahi yara infeksiyaları zamanı, enterokokların isə septik və sidik yolları infeksiyaları zamanı artması müşahidə edilmişdir [3].

XDİ problemi ilə demək olar ki, tibb sahəsinin bütün mütəxəsisləri rastlaşır. Xəstəxanadaxili pnevmoniyalar, cərrahi əməliyyatlardan sonrakı yara infeksiyaları (cərrahi müdaxilə nahiyyəsi infeksiyaları - CMNİ), sidik yollarının xəstəxanadaxili infeksiyaları, angiogen kateterlərlə əlaqəli XDİ, həmçinin intraabdominal XDİ daha çox rast gəlinir [3]. Reanimasiya və intensiv terapiya şöbələrində XDİ 25-30%

hallarda müşahidə edilir. Bir qayda olaraq ölüm halları daha çox xəstəxanadaxili pnevmoniyalar (50%-ə qədər) və angiogen kateterlərlə əlaqəli XDİ zamanı (10-20%) müşahidə edilir.

Bütün xəstəxanadaxili infeksiyaların 40%-i sidik yollarının xəstəxanadaxili infeksiyalarının (SYXİ) payına düşür. SYXİ təqribən 80% hallarda sidik yollarının kateterizasiyası və instrumental müdaxilələrlə əlaqədardır [4]. Bütün dünya klinikalarının uroloji şöbələrində SYXİ ildən ilə artmaqdadır. Avropa və Asiya ölkələrində SYXİ tezliyi 10-15% arasında tərəddüd edir. Sidik sistemində anadangəlmə anamoliyaları olan xroniki hemodializ alan xəstələrdə bu tezlik 70%-ə çatır. SYXİ klinik formaları arasında simptomsuz bakteriuriya, sistit, pielonefrit və urosepsis daha çox müşahidə edilir [20]. Ümumiyyətlə, sidik yolları infeksiyalarının ən çox rast gəlinən törədicisi (50%-dən çox hallarda) dünya ədəbiyyatına görə Escherichia coli-dir. Digər mikroorqanizmlər nisbətən az rast gəlinir - 20%-ə qədər Klebsiella spp., 10%-ə qədər Proteus mirabilis, az hallarda isə Enterobacter spp., Pseudomonas spp. və digər bakteriyalar aşkar edilir [5].

Uroloji klinikalarda müalicə alan pasientlərdə xəstəxanadaxili infeksiyalar sidik yollarında cərrahi və diaqnostik müdaxilələrlə əlaqədar olur. Ona görə də uroloji stasionarlarda sidik yolları infeksiyaları törədicilərinin spektri ambulator xəstələrdə olduğundan xeyli fərqlənir. Hər hansı bir ştammla törədilən bakteriuriya universal haldır, lakin SYXİ zamanı pasientlərin əksəriyyətində iki və daha artıq mikroorqanizm ştammı aşkar edilir. Beləliklə, SYXİ 95% hallada polimikrob etiologiyalıdır. Belə xəstələrdə Pseudomonas aeruginoza, digər fermentləşdirməyən qram mənfi bakteriyalar və Enterococcus cinsli bakteriyaların artması hesabına E.coli-nin etioloji rolu 20-30%-ə qədər azalır. ABŞ-ın 36, Kanadanın isə 5 klinik mərkəzində sidik yolları infeksiyalarının törədicilərinin rastgəlmə tezliyi belə olmuşdur: Escherichia coli (46.9%), Enterococcus spp. (12.8%), Klebsiella spp. (11.0%), Pseudomonas aeruginosa (7.5%), Proteus mirabilis(5.0%), koaqulaza-neqativ stafilokoklar- 3.4% [17]. ABŞ-da aparılan başqa bir tədqiqatın nəticəsinə görə 2009-2010-cu illərdə SYNİ törədiciləri Escherichia coli (45.5%), Klebsiella pneumoniae (18.2%), Pseudomonas aeruginosa (10.1%), Proteus mirabilis (7.8%), Enterobacter cloacae (4.2%), metisillinə rezistent Staphylococcus aureus (3.0%), Klebsiella oxytoca və Citrobacter freundii (1.5%), Morganella morganii (1.3%) və digərləri (7.0%) olmuşdur [50]. Bizim tədqiqatlarda sidik yolları infeksiyalarında Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae və Pseudomonas aeruginosa daha çox rast gəlinmişdir, E.coli bütün törədici bakteriyaların 40,9%-ni, K.pneumoniae və P.aeruginosa isə 18,2%-ni təşkil etmişdir. Enterobacteriaceae fəsiləsindən olan digər bakteriyalar (Enterobacter cloacae, Proteus spp., Citrobacter spp.) nisbətən az rast gəlinmişdir. Qram müsbət bakteriyalar (Staphylococcus aureus, Enterococcus spp.) də nisbətən az rast gəlinmişdir. Beləliklə, cərrahi klinikada sidik yolları infeksiyalarının əsas törədiciləri E.coli, K.pneumoniae və P.aeruginosa olması müəyyən edilmişdir [6].

Yayılmasına görə uroloji xəstəxanadaxili infeksiyalardan sonra ikinci yeri tutan xəstəxanadaxili pnevmoniyalar ölüm hallarının sayına (8%-dən 70%-dək) görə XDİ arasında birinci yeri tutur [7,8].

Xəstəxanadaxili pnevmoniyalarda aparıcı etioloji rola malik mikroorqanizmlər haqqında fikirlər birmənalı deyil. Bu pnevmoniyaların əsasən S.aureus və P.aeruginosa, eləcə də S.aureus ilə Klebsiella cinsli bakteiyalardan ibarət qarışıq mikrob etiologiyasına malik olması göstərilir [9,10]. Rusiyada aparılmış tədqiqatın [11] nəticələrinə əsasən 1996-2005-ci illərdə renimasiya şöbələrində neyrocərrahi patologiyalar zamanı pnevmoniyaların etiologiyasında fermentləşdirməyən bakteriyalar- 90%, enterobakteriyalar- 65%, politravmalar zamanı Klebsiella spp.-54,8% və S.aureus- 58,1% rast gəlinmişdir. Xəstəxanadaxili pnevmoniyaların etiologiyasında isə S.aureus daha çox-24,1% rast gəlinmişdir. Digər bir tədqiqatda S.aureus (50-80% hallarda metisillin-resistent ştammlar), P.aeruginosa və Enterobacteriaceae ən çox rast gəlinən patogenlər kimi xarakterizə edilir, karbapenemasa ifraz edən və kolistinə davamlı qram mənfi basillərin artması qeyd edilir [12]. Xəstəxanadaxili bakterial pnevmoniya və süni ventilyasiya ilə əlaqəli pnevmoniyalar 80% hallarda əsasən 6 mikroorqanizm - Staphylococcus aureus (28,0%), Pseudomonas aeruginosa (21,8%), Klebsiella species (9,8%), Escherichia coli (6,9%), Acinetobacter species (6,8%) və Enterobacter spp. (6,3%) tərəfindən törədilir. Bu pnevmoniyalar çox az hallarda Serratia spp., Stenotrophomonas maltophilia və qeyri-nozokomial pnevmoniyaların əsas törədicilərindən olan pnevmokok və Haemophilus influenzae tərəfindən törədilir [13]. Bizim tədqiqatda da pnevmoniya əlamətlərinə maik 41 xəstənin bəlğəminin müayinəsi nəticəsində əldə edilmiş mikroorqanizmlər geniş spektrə malik olmuşdur. Göstərilən mikroorqanizmlər – S.aureus (22.0%), P.aeruginosa (18.0%), K.pneumoniae (10.0%), E.coli (8%), Acinetobacter spp. (12.0%) və Enterobacter spp. (6.0%) demək olar ki, eyni tezliklə rast gəlinmişdir [14].

Cərrahi əməliyyatlardan sonrakı infeksiyalar - cərrahi yara infeksiyaları cərrahiyyədə xəstələnmə və ölümün əsas səbəblərindəndir. Cərrahi stasionarlarda rast gəlinən xəstəxanadaxili infeksiyalar əsasən cərrahi əməliyyatlarla əlaqədar olduğundan son zamanlar cərrahi yara infeksiyaları (CYİ) termini işlədilir. Lakin cərrahi stasionarlardakı XDİ təkcə cərrahi yaralarla əlaqədar olmur. Məsələn, cərrahi əməliyyatlardan sonra

reanimasiya şöbələrində baş verə bilən ağciyərlərin süni ventilyasiyası ilə əlaqədar, eləcə də bu xəstələrdə damardaxili kateterlərlərin uzunmüddətli istifadəsi ilə əlaqədar xəstəxanadaxili infeksiyaları cərrahi yara infeksiyaları adlandırmaq heç də düzgün deyil. Beləliklə, CYİ termini əvəzinə cərrahi müdaxilə nahiyyəsinin infeksiyası (CMNİ) termininin işlədilməsi daha məqsədəuyğundur. CMNİ invaziv (cərrahi) əməliyyatlarından sonra baş verən infeksiyalarıdır. XDİ arasında rastgəlinmə tezliyinə görə CMNİ sidik yolları infeksiyaları və pnevmoniyalardan sonra üçüncü yerdə durur. Nozokomial infeksiyaların 30%-dən çoxu CMNİ payına düşür [15]. Ona görə də cərrahi əməliyyatlardan bilavasitə əvvəl və qısa müddət sonra antibiotiklərin profilaktik istifadəsi yaraların əməliyyat zamanı kontaminasiyasına və cərrahi yara infeksiyalarının inkişafına qarşı yönəldilməlidir. Bunun üçün hər bir cərrahi klinikada rast gəlinən CMNİ törədiciləri və onların antibiotiklərə qarşı həssaslığı qabaqcadan nəzərə alınmalıdır.

Ədəbiyyat məlumatlarına əsasən CMNİ törədicilərinin spektri çox genişdir. Müxtəlif tədqiqatlarda dominant törədicilərin əsasən stafilokoklar, enterokoklar, E.coli və P.aeruginosa olduğu qeyd edilir. Məsələn, bir tədqiqatda cərrahi əməliyyatlardan sonrakı XDİ etioloji strukturunda Escherichia coli - 31,25%, P.aeruginosa- 25% və S.aureus- 22% aşkar edilmişdir [16]. Son zamanlar cərrahi yara infeksiyalarının etiologiyasında S.aureus-un rolunun artması qeyd edilir [17].

2003-2012-ci illərdə Avstraliyanın Queensland hospitallarında koronar arteriyanın şuntlama əməliyyatı edilmiş xəstələrdə cərrahi yara infeksiyaları tədqiq edilmişdir. 1702 CMNİ xəstələrinin 518 sternal kəsiyin infeksiyası, 1184-ü isə transplantant götürülmüş yerlərdə müşahidə edilmişdir. İzolə edilmiş 732 mikroorqanizm ştammından 28.3%-i metisillinə həssas Staphylococcus aureus, 18.3%-i Pseudomonas aeruginosa, 14.6%-i metisillinə rezistent Staphylococcus aureus və 6.7%-i isə Enterobacter cinsli bakteriyalara aid olmuşdur [18].

Yaponiyada 27 tibb mərkəzində 586 CMNİ xəstələrindən alınmış 702 mikrob izolyatının antimikrob preparatlara həssaslığı tədqiq edilmişdir. Staphylococcus aureus (20.4%) və Enterococcus faecalis (19.5%) əsas patogenlər kimi əldə edilmiş, daha sonra Pseudomonas aeruginosa (15.4%) və Bacteroides fragilis (15.4%) rast gəlinmişdir. MRSA bütün S.aureus ştammları arasında 72.0% olmuşdur [19].

Qeyd etmək lazımdır ki, bizim tədqiqatda CMNİ törədicilərinin rastgəlinmə tezliyi yuxarıda göstərilən tədqiqatların nəticələri ilə müəyyən qədər uyğunlaşır. Bu tədqiqatda cərrahi əməliyyatlardan sonra baş verən CMNİ zamanı yara, drenaj və abses möhtəviyyatlarının mikrobioloji müayinəsi aparılmışdır. 40 xəstədən əldə edilmiş cəmi 40 materialın müayinəsi nəticəsində 56 mikroorqanizm ştammı əldə edilmişdir ki, bunlar da cins və növ mənsubiyyətinə görə geniş spektrə malik olmuşdur. S.aureus (25%), E.coli (23,3%), P.aeruginosa (16,1%) və Klebsiella cinsli bakteriyalar (12,5%) daha çox rast gəlinərək dominant törədicilər olmuşdur [20,21].

Xəstəxanalarda müalicə olunan xəstələrdə damardaxili kateterlərlə əlaqəli infeksiyalar getdikcə artmaqdadır. Damardaxili kateterlərlərin uzunmüddətli istifadəsi mikroorqanizmlərin qana daxil olaraq septik xəstəliklər əmələ gətirməsinə səbəb olur. 2010-13-cü illərdə Çində intensiv terapiya şöbələrində arteriovenoz kateterli xəstələrin 5.3%-də damardaxili kateterlə əlaqəli XDİ rast gəlinmişdir. Bu zaman XDİ olanlarda ölüm faizi 23.4%, XDİ olmayanlarda isə 10.7% təşkil etmişdir. Törədiciləri qram mənfi bakteriyalar (61.7%), qram müsbət bakteriyalar (26%) və göbələklər olmuşdur (12.3%). Qram müsbət bakteriyalar arasında daha çox Staphylococcus epidermidis, qram mənfi bakteriyalar arasında daha çox Acinetobacter baumannii rast gəlmişdir [17].

Xəstəxanadaxili bakteremiyalarda dominant etioloji rola malik mikroorqanizmlər haqqında fikirlər birmənalı deyil. Müxtəlif tədqiqatların nəticələrinə əsasən xəstəxanadaxili bakteriemiyaların əsas törədiciləri haqqında yuxarıda məlumat verilmişdir. 2004-2012-ci illərdə intensiv terapiya almış pasientlərdə qram neqativ bakteremiyaların tədqiq zamanı 78 xəstənin 74-də bakteriemiya müşahidə edilmiş, əsas törədicilərin E.coli (20%) və P.aeruginosa (18%) olması müəyyənləşdirilmişdir [24]. Qeyri-nozokomial bakteremiyaların təqribən yarısı E.coli ilə törədildiyi halda, nozokomial bakteriemiyaların əsas törədicisi (16,2%) S.aureus olmuşdur [18]. 2002-2012-ci illərdə universitet hospitalında nosokomial S.aureus bakteremiyası tədqiq edilmişdir. 2784 bakteremiya halının 573-ü (18%) S.aureus ilə törədilmişdir [17].

Bizim tədqiqatlarda septik əlamətlərə malik 46 xəstənin qanından 47 mikroorqanizm kulturası əldə edilmişdir. Belə ki, bir xəstədə Klebsiella pneumoniae ilə Acinetobacter assosiasiyası müşahidə edilmişdir. Staphylococcus aureus (25,5%), Staphylococcus epidermidis (21,3%), Acinetobacter və Enterobacter cinsli bakteriyalar (12,8%), Klebsiella pneumoniae (10,6%) daha çox rast gəlinərək dominant törədicilər olmuşdur. Digər bakteriyalar nisbətən az rast gəlinmişdir (Candida albicans-2, S.hominis-4, Enterococcus spp.-1, Serratia marsescens-1). Beləliklə, araşdırma nəticəsində cərrahi klinikada rast gəlinən bakteremiyaların əsas törədicilərinin S.aureus, S.epidermidis, Acinetobacter və Enterobacter cinsli bakteriyalar, Klebsiella pneumoniae olması müəyyənləşdirilmişdir [22].

Beləliklə, cərrahi klinikalarda XDİ etioloji strukturu əsasən xəstələrin profilindən və xəstəliklərin klinik formalarından asılı olaraq dəyişilir. Sidik yollarının xəstəxanadaxili infeksiyalarında - Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae və Pseudomonas aeruginosa; xəstəxanadaxili pnevmoniyalarda - Staphylococcus aureus, P.aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, Acinetobacter spp.; cərrahi müdaxilə nahiyyəsi infeksiyalarında - S.aureus, E.coli, P.aeruginosa və Klebsiella spp.; septik infeksiyalarda isə S.aureus, S.epidermidis, K.pneumoniae, Acinetobacter və Enterobacter spp., daha çox rast gəlinir.

ƏDƏBİYYAT

1. Атакишизаде С.А, Караев З.О. Этиологические факторы внутрибольничных инфекции в хирургической клинике // Хирургия Восточной Европы, 2017, Том 6, №2, с. 286-291
2. Kang J, Sickbert-Bennett EE, Brown VM et al. Relative frequency of health care-associated pathogens by infection site at a university hospital from 1980 to 2008 // Am J Infect Control. 2012, 40(5), p. 416-420.
3. Atakişizadə S.A, Qarayev Z.Ö. Xəstəxanadaxili infeksiyalar: etiologiyası, patogenezi, klinik formaların müxtəlifliyi // Azərbaycan Tibb Jurnalı, Bakı 2015, N2, s.142-147
4. Kalsi J., Arya M., Wilson P., Mundy A. Hospital-acquired urinary tract infection // Int. J. Clin. Pract. 2003, vol. 57, № 5, p. 388-391.
5. Qian L1, Camara T, Taylor JK, Jones KW. Microbial uropathogens and their antibiotic resistance profile from hospitalized patients in Central Alabama // Clin Lab Sci. 2012, 25(4), p.206-211.
6. Atakişizadə S.A, Hacıyev Y.V, Qarayev Z.Ö. Cərrahi klinikalarda sidik yollarının xəstəxanadaxili infeksiyaları // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2016, N3, s.122-126
7. Fine M.J. Prognosis and outcomes of patients with community-acquired pneumonia. A meta -analisis // JAMA, 1996, v.275, p.134 - 141.
8. Haley R.W. The nationvide nosocomial infection rate // Am. J. Epidemiol. 1985, v.121, p.159-167.
9. Piscitelli S.C., Rodvold K.A., Danziger L.H. Update on nosocomial pneumonia: etiology, patogenesis , risk faktors and diagnosis // Complication in Surgery. 1992, v.11, № 8, p.17 -32.
10. Stevens R.M. Pneumonia in an intensive care unit. A 30-month experience // Arch. Intern. Med. 1974, v.134, p.106-111.
11. Меньшикова Е. Д. Микробная этиология пневмоний у больных реанимационного профиля. Автореферат диссертации канд. мед. наук, М, 2008.
12. Barbier F, Andremont A, Wolff M, Bouadma L. Hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia: recent advances in epidemiology and management // Curr Opin Pulm Med. 2013,19(3), p.216-228.
13. Jones RN. Microbial etiologies of hospital-acquired bacterial pneumonia and ventilator-associated bacterial pneumonia // Clin Infect Dis. 2010, 51(9), p.1114.
14. Atakişizadə S.A, Hacıyev Y.V, Rəhimli L.N. Cərrahi klinikalarda xəstəxanadaxili pnevmoniyaların etiologiyası // Cərrahiyyə, 2017, N1, s.57-60
15. Sligl WI, Dragan T, Smith SW. Nosocomial Gram-negative bacteremia in intensive care: epidemiology, antimicrobial susceptibilities, and outcomes // Int J Infect Dis. 2015, v.37, p.129-134.
16. Shahane V, Bhawal S, Lele U. Surgical site infections: A one year prospective study in a tertiary care center // Int J Health Sci. 2012, 6(1), p.79-84.
17. Li J, Yu L, Yang J, et al. Species distribution of pathogens and prognostic factors for catheter-related bloodstream infections in intensive care unit // Zhonghua Yi Xue Za Zhi. 2015, 95(9), p.659-662
18. Si D, Rajmokan M, Lakhan P, Marquess J, Coulter C, Paterson D. Surgical site infections following coronary artery bypass graft procedures: 10 years of surveillance data // BMC Infect Dis. 2014, 14, p.318.
19. Takesue Y1, Watanabe A, Hanaki H, et al. Nationwide surveillance of antimicrobial susceptibility patterns of pathogens isolated from surgical site infections (SSI) in Japan // J Infect Chemother. 2012, 18(6), p.816-826.
20. Atakişizadə S.A. Cərrahi yara infeksiyalarının etiopatogenetik xüsusiyyətləri // Azərbaycan Təbabətinin Müasir Nailiyyətləri, 2016, №3, 96-99
21. Atakişizadə S.A, Rəhimli L.N, Hacıyev Y.V. Cərrahi müdaxilə nahiyəsi infeksiyalarının etiologiyası // Sağlamlıq, 2017, N4, s. 44-49
22. Атакишизаде С.А. Этиология внутрибольничных бактеремий // Биомедицина, 2017, №1, с.44-47.

Xülasə

Çoxprofilli cərrahi klinikada xəstəxanadaxili infeksiyaların etioloji strukturu

S.A.Atakişizadə

İcmal məqalədə cərrahi klinikada daha çox rast gəlinən xəstəxanadaxili infeksiyaların etioloji strukturu haqqında məlumatlar verilmişdir. Sidik yollarının xəstəxanadaxili infeksiyaları, xəstəxanadaxili pnevmoniyalar, cərrahi əməliyyatlardan sonrakı yara infeksiyaları və angiogen kateterlərlə əlaqəli septik infeksiyaların törədiciləri geniş spektrə malik mikroorqanizmlərdir. Müxtəlif mikroorqanizmlərlə törədilən XDİ etioloji strukturu adətən stasionarın profilindən və xəstə kontingentindən asılı olaraq dəyişilir. Sidik yollarının xəstəxanadaxili infeksiyalarında - Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae və Pseudomonas aeruginosa; xəstəxanadaxili pnevmoniyalarda - Staphylococcus aureus, P.aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, Acinetobacter spp.; cərrahi müdaxilə nahiyyəsi infeksiyalarında - S.aureus, E.coli, P.aeruginosa və Klebsiella spp.; septik infeksiyalarda isə S.aureus, S.epidermidis, K.pneumoniae, Acinetobacter spp., Enterobacter spp. daha çox rast gəlinir.

Summary

Etiological structure of the hospital infections in surgical clinic

S.A.Atakishizade

İn this review etiological structure of the hospital infections in surgical clinic have been described. The etiological structure of the infections are changed and usually depend on the hospital profile and the contingent of the patient. Nosocomial urinary tract infections, the hospital pneumonia, surgical site infections and angiogen catheter related infections are caused by variety of microorganisms. The most commonly encountered pathogens are: in the nosocomial urinary tract infections - Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae və Pseudomonas aeruginosa; in the hospital pneumonia - Staphylococcus aureus, P.aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, Acinetobacter spp.; in the surgical site infections - S.aureus, E.coli, P.aeruginosa, Klebsiella spp. and in the septic infections - S.aureus, S.epidermidis, K.pneumoniae, Acinetobacter spp., Enterobacter spp.

Daxil olub: 18.01.2018

TORCH İNFEKSIYALI QADINLARDA HAMİLƏLİYİN I TRİMESTRİNDƏ HORMONAL STATUS

G.V. Nərimanova, İ.C. Şahverdiyeva, M.R. Quliyev, V.İ.Yaqubova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: hamiləlik, TORCH infeksiyaları, endokrin sistem.
Ключевые слова: беременность, TORCH инфекции, эндокринная система
Key words: pregnancy, TORCH infections, endocrine system.

Hamiləlik- qadın orqanizminin uşaqlığında inkişaf edən embrionun (hamiləliyin 10-cu akuşer həftəsinə qədər) və ya dölün (hamiləliyin 11-ci həftəsindən başlayaraq) olması ilə xarakterizə edilən xüsusi vəziyyətidir. Qadınlarda hamiləlik 280 gün və ya axırıncı menstruasiyadan sonra 40 həftə (akuşer müddəti) və ya mayalanmadan sonra 38 həftə (embrional müddət) davam edir [1].

Hamiləlik qadının təbii vəziyyəti olub, bir sıra fizioloji dəyişikliklərlə müşayiət olunur. Mahiyyətini əsas orqan və sistemlərin funksiyasının artması təşkil edən bu dəyişikliklər mərkəzi sinir sisteminin nəzarəti altında həyata keçirilir, metabolizmin və endokrin sistemin xüsusi vəziyyəti ilə xarakterizə edilir. Hamiləlik vəziyyətinə bəzi orqanların kifayət qədər adaptasiya edə bilməməsi və metabolik pozulmalar zamanı normal fizioloji hamiləlik patoloji hamiləlik vəziyyətinə keçir, ağırlaşmalar müşahidə edilir [2].

Hestasiya dövrünün geniş yayılmış ağırlaşmalarına spontan abortlar (15-20%) və vaxtından qabaq doğuşlar (6-10%) aiddir. Məlum olduğu kimi,hamiləliyin 28 həftəliyə qədər pozulması spontan abort, 28 həftəlikdən 37 həftəliyə qədər müddətdə pozulması vaxtından qabaq doğuş adlanır. Spontan abort heç bir müdaxilə olmadan baş verir və 15% hallarda, vaxtından qabaq doğuş isə 5% hallarda rast gəlinir. Hamiləliyin erkən (12 həftəliyə qədər), yəni I trimestrdə pozulması başa çatmamış hamiləlik hallarının 85%-ni təşkil edir. Hamilə qadınların 8%-də dölyanı mayenin az olması, 3-8%-də preeklampsiya və eklampsiya, 2-14%-də hestasion şəkərli diabet rast gəlinir. Vaxtından əvvəl doğulmuş uşaqların 30-80%-də əliledici

xəstəliklər müşahidə edilir. Aparılmış tədqiqatlar göstərir ki, hamiləlik yalnız 30-50% hallarda fizioloji gedişə malik olur [3].

Hamiləliyin erkən dövrlərində, xüsusilə birinci trimestrdə baş verən fizioloji və patoloji dəyişikliklərin öyrənilməsinə daha çox diqqət yetirilməsinin səbəbi bu dövrdə fetoplasentar sistemin formalaşması, dölün orqan və toxumalarının, ekstraembrional strukturların və provizor orqanların əsasının qoyulmasıdır. Birinci trimestrdə müşahidə edilən pozulmalar hamiləliyin sonrakı gedişini müəyyənləşdirir və hamiləliyin başa çatmamasının əsas səbəbini təşkil edir. Hamiləliyin başa çatmaması ilə əlaqədar bütün reproduktiv itkilərin 75-80 %-i embrional dövrdə rast gəlinir. Müasir məlumatlara görə, hamiləliyin birinci trimestrində müşahidə edilən spontan abort hadisələri təxminən 50%-ə qədər hallarda genetik, 8-20% hallarda endokrin, 24%-ə qədər hallarda infeksion və immun genezlidir [4].

Son illərdə dölün infeksion xəstəlikləri və bətndaxili inkişafının ləngiməsi, spontan abort, inkişaf anomaliyaları və erkən doğuş kimi antenatal patologiyalara səbəb olan TORCH (toksoplazmoz, rubella, sitomeqalovirus, herpes virus)infeksiyaları zamanı endokrin və immun sistemlərdə müşahidə edilən pozulmaların öyrənilməsinə xüsusi diqqət yetirilir. Belə hesab edilir ki, virulentliyi zəif olan, orqanizmdə uzun müddət və simptomsuz persistensiya edən TORCH infeksiyaları orqanizmin sayıqlığını azaldaraq autoimmun reaksiyalar kaskadini induksiya edir, ikincili immunodefisit və immunosupressiya vəziyyətlərinin inkişafını və endokrin pozulmaları şərtləndirir [5].

Əksər tədqiqatçıların fikrinə görə, başa çatmayan hamiləlik üçün mono-infeksiyaya nisbətən çətin diaqnostika edilən və subklinik formada təzahür edən müştərək urogenital infeksiya daha xarakterikdir. Tədqiqatlar göstərir ki, hamiləlik zamanı monoinfeksiya 10% hallarda rast gəlindiyi halda, törədicilərin mümkün assosiasiyasını ehtiva edən "qarışıq infeksiyalaşma" 90% hallarda aşkar edilir [6,7]. Hamiləlik zamanı müşahidə edilən immunopatoloji proseslərin inkişafında infeksiyaların rolunun öyrənilməsi etioloji amilləri və patogenetik mexanizmləri düzgün qiymətləndirməyə, adekvat müalicə və reabilitasiya tədbirlərini tətbiq etməyə imkan yarada bilər. Infeksion ağırlaşmalarla müşayiət edilən hamiləlik zamanı immunoloji və hormonal dəyişikliklərin tədqiqi reproduktiv funksiyanın bərpası üçün lazım olan reparativ proseslər spektrinin hərtərəfli və daha səmərəli korreksiyasını aparmağa şərait yaradır [8,9].

Tədqiqatın məqsədi. TORCH infeksiyalarına yoluxmuş qadınlarda hamiləliyin I trimestrində immun cavabın hormonal mexanizmlərinin öyrənilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqat işinin materialını Azərbaycan Tibb Universitetinin Klinik biokimya laboratoriyasına hamiləliklə əlaqədar müraciət etmiş 69 qadının müayinə nəticələri təşkil etmişdir. Hamilə qadınların 40 nəfərində TORCH infeksiyaları aşkar edilmiş və onlar əsas qrupa, infeksion və digər hamiləlik ağırlaşmaları aşkar edilməyən 29 qadın müqayisə qrupuna daxil edilmiş, hamiləliyi olmayan reproduktiv yaşlı 16 qadın isə kontrol qrupunu təşkil etmişdir. Ovulyasiyanın stimulyasiyasının qanda sitokinlərin səviyyəsini dəyişdirməsini nəzərə alaraq, tədqiqata təbii hamiləlik alınmış pasientləri daxil etmişik.Yaş amilinin ovogenez prosesinə təsiri nəzərə alınaraq, yalnız 20-40 yaşlı hamilə qadınlar tədqiq edilmiş, ağır somatik patologiyası və cinsiyyət üzvlərinin inkişaf qusurları olan qadınlar tədqiqata cəlb edilməmişdir.

Kontrol qrupa daxil olan sağlam şəxslərin, fizioloji və patoloji hamiləliyi olan qadınların qanında immunitetin neyrohumoral tənzimləyicilərinin əsas nümayəndələrinin (prolaktin-PRL, estradiol, dehidroepiandrosteron-DHEA, estriol, progesteron, xorionik qonadotropin, α-fetoprotein-AFP) qatılıqları hamiləliyin I trimestrində müqayisəli şəkildə analiz edilmişdir. Tədqiqatın kontingentinə daxil edilmiş bütün pasientlərin qanında TORCH infeksiyalarına qarşı əmələ gəlmiş anticisimlərin titri "Vektor-Best" (Rusiya Federasiyası) firmasının reaktiv dəstlərinin, neyrohumoral tənzimləyicilərin qatılığı isə "Human" (Almaniya) firmasının reaktiv dəstlərinin vasitəsilə immunoferment analiz (İFA) üsulu ilə təyin edilmiş, ölçmələr "STAT-FAKS 303/PLUS" (ABŞ) aparatında yerinə yetirilmişdir. Bütün tədqiqatlar "İnsan iştirakı ilə yerinə yetirilən elmi-tədqiqatların aparılmasının etik prinsipləri" Ümumdünya Assosiasiyasının Helsinski Deklorasiyasının tələbləri nəzərə alınmaqla icra olunmuşdur. Tədqiqatlar zamanı alınmış rəqəm göstəriciləri variasion statistika usulu ilə təhlil edilmiş, qrupların göstəriciləri arasında fərqin dürüstlük dərəcəsinin qiymətləndirilməsi üçün parametrik t- Styudent və qeyri-parametrik U-Wilkokson (Mann- Uitni) meyarlarından istifadə edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirə. Hamiləlik zamanı qadın orqanizmində mürəkkəb immunitet zəncirinin humoral və hüceyrə həlqələrini əhatə edən dəyişikliklər baş verir. Bu zaman ana orqanizminin immunokompetentliyi saxlanılsa da, inkişaf edən fizioloji immunodefisit vəziyyəti endogen latent və xronik infeksiyaların aktivləşməsinə səbəb olur. Hamiləliyin fizioloji və patoloji gedişləri zamanı immunoloji amillərlə hormonal amillər arasında olan qarşılıqlı əlaqənin tədqiqi erkən diaqnostika və adekvat müalicə

baxımından çox maraqlıdır [10]. Hormonal statusun öyrənilməsi məqsədi ilə aparılmış müayinələr müxtəlif tədqiqat qruplarında nəticələrin fərqli olduğunu aşkara çıxarmışdır.

Cədvəldə təqdim edilən rəqəmlərdən göründüyü kimi, hamiləlik qanda PRL səviyyəsinin yüksəlməsi ilə müşayiət olunur. Belə hesab edilir ki, PRL sekresiyasının artması I trimestrdən başlayır və hamiləliyin sonuna qədər davam edir. Əksər müəlliflərin fikrincə, hiperprolaktinemiya qanda estrogenlərin səviyyəsinin artması ilə əlaqədardır [3,11]. Hamilə olmayan qadınlarda hiperprolaktinemiya menstrual tsiklin tam disbalansına səbəb olur və yumurta hüceyrənin yetişməsinə mane olaraq sonsuzluğa gətirir, hamiləlik zamanı isə erkən dövrlərdə laktogenezi, sidik çıxarıcı yolların iltihabi-infeksion xəstəliklərinin kəskinləşməsini şərtləndirir. Hamiləliklə əlaqədar hipofizin struktur-funksional dəyişiklikləri, döş əzələlərinin və süd vəzilərinin travmaları, qaraciyər və böyrək xəstəlikləri, TORCH infeksiyaları, vərəm, sifilis və reproduktiv sistem orqanlarının digər iltihab xəstəlikləri hiperprolaktinemiyaya səbəb olur.Cədvəldən göründüyü kimi, TORCH infeksiyalarına yoluxmuş qadınlarda hamiləliyin I trimestrində PRL qatılığı kontrol qrupla müqayisədə 10.9 dəfə, müqayisə qrupu ilə müqayisədə 3.5 dəfə çoxdur. Məlum olduğu kimi, hiperprolaktinemiya androgenlərin sekresiyasının və metabolizminin pozulmasına səbəb olaraq qanda DHEA səviyyəsini artırır [11]. Fizioloji gedişə malik hamiləlik zamanı DHEA səviyyəsi kontrol qrupla müqayisədə dəyişmədiyi halda, infeksion ağırlaşmalarla müşayiət olunan hamiləlik zamanı 2.7 dəfə artır. DHEA kortikotropinin nəzarəti altında böyrəküstü vəzilərdə sintez edilən zəif aktivliyə malik androgen hormon olub, testosteron, androstendion və estradiola çevrilir. Cinsi yetkinlik dövründə qanda DHEA pik səviyyədə olur və tətricən azalır. Hamilə qadınlarda DHEA ciftdə estradiolun sintezinin əsas substratıdır, odur ki, hamiləlik zamanı qanda səviyyəsi azalır [8].

Yumurtalıqların əsas hormonu olan estradiolun səviyyəsi hamiləliyin erkən dövründə ən az, sonunda isə ən yuxarı olur. Gedişindən asılı olaraq hamiləliyin müxtəlif dövrlərində, müxtəlif səbəblərdən qanda estradiolun səviyyəsinin dəyişməsi müşahidə edilir. Artıq çəki, endometrioz, qaraciyər xəstəlikləri, yumurtalıq sistləri, hormonal şişlər, endokrin patologiya və bəzi dərman preparatları qanda estradiolun qatılığının çoxalmasına, fiziki gərginlik, az kalorili pəhriz, hiperprolaktinemiya, endokrin və infeksion patologiyalar isə azalmasına səbəb ola bilər. Məlum olduğu kimi, hamiləlik zamanı çox miqdarda estradiol əmələ gətirən ciftin doğuşdan sonra qopması ilə əlaqədar olaraq bir neçə gün ərzində estradiolun qatılığının azalması baş verir. Bizim tədqiqatlarda TORCH infeksiyalarına yoluxmuş qadınlarda hamiləliyin I trimestrində fizioloji gedişə malik hamiləliklə müqayisədə estradiolun səviyyəsinin 38.4% azalması aşkar edilmişdir. Estradiolun qatılığının azalması progesteronun produksiyasının zəifləməsinə səbəb olur [12].

Progesteron (yaxud hamiləlik hormonu) steroid təbiətli hormon olub, qadın orqanizmində menstrual tsiklin lütein fazasında yumurta hüceyrənin follikuldan çıxdığı vaxtdan başlayaraq və hamiləliyin ilk 16 həftəsində müvəqqəti endokrin vəzi olan sarı cisimdə sintez edilir, sonra isə produksiyası ciftdə davam edir [13].

Məlum olduğu kimi, progesteron endometriumun desidual çevrilmələrini şərtləndirir və onu implantasiyaya hazırlayır, miometriumun böyüməsinə və inkişafına səbəb olur, prostaqlandinlərin sintezini zəiflətmək və oksitosinin təsirini neytrallaşdırmaqla miometriumun normal fəaliyyətini təmin edir [15]. Göründüyü kimi, progesteronun qatılığı əsas qrupda müqayisə qrupuna nisbətən 43.4 % azalır.

Qeyd etmək lazımdır ki, fizioloji gedişə malik hamiləliklə müqayisədə əsas qrupda hamiləliyin I trimestrində ß- HCG qatılığının statistik etibarlı azalması müşahidə edilir. ß- HCG hamiləliyin 10-cu həftəsinə yaxın ciftdə əmələ gəlir və dölün xorion qişasında sintez edilir, progesteron və estrogenlərin səviyyəsini kontrol edir. ß- HCG səviyyəsi hamiləlik müddətinə uyğun olmadıqda hamiləliyin başa çatmaması ehtimalı yaranır, çünki progesteron endometriumu hazırlaya bilmir, yumurta hüceyrə saxlanılmır və menstruasiya baş verir. Hamiləliyin gedişi ərzində ß- HCG qatılığının artmasının davam etməsi dölün inkişafının dayandıöını və ya tələf olduğunu göstərir, bu zaman spontan abort baş verir. Hormonal disbalans və uşaqlıqdan kənar hamiləlik zamanı ß-HCG-nın artım sürətinin ləngiməsi müşahidə edilir. Çox döllü hamiləlik, şəkərli diabet və hamiləliyin erkən toksikozu zamanı ß- HCG qatılığı artır. Hamiləliyin II trimestrində ß- HCG səviyyəsinin normadan artıq olması Daun sindromunun inkişaf riski hesab edilir [14].

Əsas qrupda estriol səviyyəsində baş verən dəyişikliklər özünü normal gedişə malik hamiləliklə müqayisədə 6-7 dəfə azalma ilə biruzə verir.

Hamiləliyin əsas estrogeni olan estriol steroid mənşəli qadın cinsiyyət hormonu olub, əsas hissəsi hamiləliyin 40-cı həftəsinə qədər ciftdə, sonra isə dölün qaraciyərində sintez edilir. Uşaqlıq damarlarına qan cərəyanının artması onun böyüməsini və inkişafını sürətləndirir, enerji mübadiləsi fermentlərinin aktivliyini yüksəltməklə miometriumda ATF və qlikogen toplanmasını təmin edir, bu isə dölün normal inkişafı üçün çox vacibdir. Estriolun qanda səviyyəsinin azalması spontan aborta və vaxtından qabaq doğuşa səbəb ola

bilər. Bu, həm də Daun sindromunun, mərkəzi sinir-sisteminin inkişaf qüsurlarının, anadangəlmə ürək qüsurlarının, dölün bətndaxili infeksiyalaşmasının əlaməti ola bilər [16,17].

Cədvəldən göründüyü kimi, TORCH infeksiyalarına yoluxmuş hamilə qadınlarda AFP səviyyəsi 2.2 dəfə artır. Bu, anadan dölə keçib qaraciyəri zədələyən infeksion amillər və dölün bətndaxili inkişafının ləngiməsi ilə əlaqədar ola bilər [19,20].

Cədvəl

TORCH infeksiyaları olan qadınların qanında hamiləliyin I trimestrində hormonların qatılığı (M±m)

Qruplar / Göstəricilər	Kontrol qrupu, n=16	Müqayisə qrupu, n=29	Əsas qrup, n=40
AFP, pg/ml	3.5±0.3 (2.3-6.9)	10.6±0.5 * (6.2-15.8)	23.6±1.9 *** (10.2-66.7)
ß - HCG, pg/ml	2.2±0.2 (1.4-4.6)	37643±2129* (19013-5407)	25753.7±1952.3** (2073-46.038)
Estriol, pg/ml	0.026±0.003 (0-0.04)	6.492±0.338*** (3.31-12.5)	0.971±0.05* (0.51-1.43)
Estradiol, pg/ml	67.1±6.0 (34-115)	176.8±4.1* (40-)	108.9±8.3*** (45-264)
Prolaktin, pg/ml	8.9±0.9 (2.8-15)	27.7±1.9* (3-44)	96.6±7.7*** (11-239)
DHEA, pg/ml	2.51±0.10 (0.9-3)	2.11±0.07 (0.3-2.8*)	6.85±0.25*** (1.3-9.4)
Progesteron, pg/ml	5.6±0.40 (2.3-10.7)	65.7±4.0* (11.3-90.5)	28.5±2.9*** (8.2-40.7)

Qeyd: *P_1<0.001 kontrol qrupu ilə müqayisədə ; **P_2<0.001 müqayisə qrupu ilə müqayisədə

AFP- sarılıq kisəsi və ya inkişaf edən embrionun və ya dölün formalaşmış hepatositlərində, eləcə də hamiləliyin 5-ci həftəsinə qədər ananın yumurtalıqlarının sarı cismində sintez edilən spesifik zülaldır. AFP ananın qanından zülalları və doymamış yağ turşularını daşıyaraq dölün hüceyrə və toxumalarının, membranlarının qurulmasına sərf olunmasını, yəni böyümə və inkişafı təmin edir. Bətndaxili həyatın son 3-4 həftəsində sulfaktantı, yəni agciyərlərdə alveolları örtən maddəni sintez etdirir və doğulandan sonra ağciyər tənəffüsünü təmin edir, ananın estrogen hormonlarının böyüməkdə olan uşağın orqanizminə təsirinin qarşısını alır. AFP damarlarda qan təzyiqinin fizioloji səviyyəsini tənzimləyir, ana ilə döl arasında təbii immunosupressiyanın formalaşmasında iştirak edir, hamiləliyin normal başa çatmasını təmin edir [8,21].

ƏDƏBİYYAT

1. Сухих Г.Т., Ванько Л.В. Иммунология беременности. М.: Издательство РАМН, 2003, 400 с.
2. Фризе К., Кахель В. Инфекционные заболевания беременных и новорожденных. М.: Медицина, 2003, 424с.
3. 20Smith G.C. First-trimester determination of complications of late pregnancy // JAMA. 2010, v.303, №6, p. 561-562
4. Макаров О.В., Ковальчук Л.В., Ганковская Л.И. Невынашивания беременности, инфекция, врожденный иммунитет. М.: ГЭОТАР- МЕДИА, 2007, 176 с.
5. Баженова Л.Г., Ботвиньева И.А., Ренге Л.В., Полукаров А.Н. Динамика распространенности TORCH- инфекций у беременных. Оценка риска первичного инфицирования плода // Акушерство, 2012, № 1, с.23-26.
6. Боробкова Л.В., Колобова С.О. Современный взгляд на проблему невынашивания беременности инфекционного генеза. // Консилиум. Акушерство и гинекология. – 2007, № 9, стр.19-24.
7. Kamilova N., Sultanova I., Akmedzadeh V. Complex in pregnancy assessment of woman with genital infections // Georgian Med. News. 2008, № 164, p. 23-27
8. Самородина Л.А., Кормакова Т.Л. Невынашивание беременности: иммунологические и гормональные аспекты. Журнал Акушерства и женских болезней. 2002, № 2, с.28-32.
9. Loke Y. W., King A. Immunological aspects of human implantation. J Reprod Fertil Suppl. 2000, v. 55, p. 83-90
10. Помазанов В.В., Марданлы С.Г., Долгов В.В. О роли клинической лабораторной диагностики внутриутробных инфекций. // Компетентность, 2013, № 7, с.50-53.

11.Качалина Т.С. Гиперандрогения и невынашивание беременности. Российский вестник акушера-гинеколога. 2004, № 3, с.61-64.

12.Колесникова И.К. Состояние иммунитета на системном уровне и в эндометрии у женщин с невынашиванием беременности ранних сроков инфекционного и гормонального генеза. Автореф. дис. . канд. мед. наук. Иваново, 2004, 19 с.

13.Buckley R.G., King K.J., Disney J.D. et al. Serum progesteron testing to predict ectopic pregnancy in symtomatic first- trimester patients //Ann.Emerg.Med. 2000, v.36, № 2, p.95-100.

14.Scott J.R., Pattison N. Human chorionic gonadotrophin: for recurrent miscarriage // The cochrane library – chichester, UK: 2004, № 2, p. 70-76

15.Ragusa A., de Carolis C., dal Lago A. et al. Progesterone supplement in pregnancy: an immunologic therapy? Lupus. 2004, v.13, № 9, p,639-642

16.Соловьева А.С. Нейро-гуморально-гормональная регуляция иммунного ответа беременных герпесвирусной инфекцией. // Бюллетень, 2012, вып. 45, стр. 69-73.

17.Боробкова Е., Сидорова И. Взаимодействие возбудителей инфекции с организмом беременной как фактор риска внутриутробного инфицирования плода // Акушерство и гинекология. 2005, № 2, с. 20-24.

18.Посисеева Л.В., Сотникова Н.Ю. Иммунология беременности. // Акушер.и гинекол. -2007, № 5, стр. 42-45.

19.Gilbert R. Toxoplasmosis / In: Congenital and prenatal infections. Cambrige university press,2000, p. 305-320

20.Murthy V., Kennea N.L. Antenatal infection inflammation and fetal tissue injury // Best pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. 2007, №3, p. 479-489

Резюме

Гормональный статус первого триметсра у беремнных с TORCH **инфекцией**

Г.В.Нариманова, И.Дж.Шахвердиева, М.Р.Гулиев, В.И.Ягубова

В статье даны сведения об исследовательской работы, проведенной с целью изучения состояния эндокринной системы у 40 беременных женщин с TORCH инфекцией. В группу сравнения вошли 29 беременных женщин без инфекции, а в контрольную группу 16 не беременных женщин. Было обнаружено, что PRL у женщин, инфицированных инфекцией TORCH в 10,9 раза больше контрольной группы и в 3,5 раза больше по сравнению с группой сравнения. Это приводит к 2,7-кратному увеличению уровня DHEA в основной группе, что вызывает метаболизм андрогенов и нарушение секреции. У женщин с инфекциями TORCH мы обнаружили снижение уровня эстрадиола на 38,4% по сравнению с физиологической беременностью в первом триместре беременности. Снижение содержания эстрадиола приводит к уменьшению образования прогестерона, а его плотность снижается на 43,4% в основной группе по сравнению с группой сравнения. Изменения уровня эстриола, являющегося основным гормоном беременности, уменьшаются в 6,7 раза по сравнению с беременностью с нормальной ходьбой. Снижение уровня эстриола может вызвать спонтанный аборт и преждевременные роды. В первом триместре беременности уровень АФП в основной группе в 2,2 раза выше по сравнению с физиологической беременностью, чем 31,6% в β-HCG.

Summary

Hormonal status in primary thrombosis with TORCH infections

G.V.Narimanova, I.J. Shahverdiyeva, M.G.Guliyev, V.I.Yagubova

In this study, 40 children with TORCH infections were admitted to an endocrine system. In the group of women, there were 29 women suffering from infection, and a control group of 16 women. It has been revealed that PRL is a woman with infected TORCH infection in 10.9 times more control group and 3.5 times more in comparison with group drift. This is a 2,7-fold increase in the DHEA level in the basic group, which entails the metabolism of androgen and disintegration of the secretion. Among women with TORCH infections, the diagnosis of estradiol was detected at 38.4% compared with physiological fatigue in the first trimester. The incidence of estradiol involves a decrease in the progesterone formation, and the elasticity decreases to 43.4% in the basic group with comparisons with group dysfunction. The change of estriola, which is the basic hormone of the hormone, is reduced by 6.7 times compared with the normal course. Suture of the estradiol can be stimulated by spontaneous abortion and pre-existing disorders. In the first trimester, the AFP in the basic group was 2.2 times higher in comparison with physiological tolerance, 31.6% in β-HCG.

AZƏRBAYCAN TİBB ELMİNİN TARİXİ

M.Q.Məmmədov, A.E.Dadaşova, Y.U.Pirəliyeva
Azərbaycan Respublika Səhiyyə Nazirliyi, Bakı;
Azərbaycan Respublika Dövlət Elmi Tibb Kitabxanası, Bakı

Azərbaycanın tibb tarixi qədim zamanlardan başlayır. Lakin elmi təbabətin yaradılması və inkişaf etdirilməsi istiqamətində ilk addımlar XIX əsrin II yarısında atılmışdır.

Azərbaycanda tibb elminin inkişafının ilk sələfləri olaraq Həsən by Zərdabı, Nəcəf bəy Vəzirov, Mustafa bəy Vəkilov və A.Mehmandarovu göstərmək olar.

Azərbaycanda tibb elminin ilk inkişaf mərhələləri Rusiyanın və digər ölkələrin müxtəlif universitetlərində təhsil almış ilk azərbaycanlı həkimlərin sayəsində mümkün olmuşdur. Belə mütəxəssislərdən biri Mirzə Kazım bəydir. 1887-ci ildə «Ürəyin innervasiyasına dair materiallar» mövzusunda dissertasiya müdafiə edərək, doktorluq dərəcəsi almış Mirzə Kazım bəyin terapiya elminin inkişafında, difteriyaya qarşı mübarizədə və s. böyük xidmətləri olub.

XX əsrin əvvəllərində azərbaycanlı gənclərin çox az hissəsi Rusiyada və digər xarici ölkələrdə təhsil ala bilirdi. İ.Mehmandarov, K.Mehmandarov, X.Rəfibəyov, M.Axundov, M.Sultanov, M.Mirqasımov, S.Ağamirzəyev və başqalarına xaricdə tibb təhsili alaraq vətənə xidmət etmək şərəfinə nail olmuşlar. Lakin təəssüf ki, belə insanların sayı çox deyildi. 20-ci əsrin əvvəllərində Azərbaycanda elmi təbabət, kütləvi tibbi xidmət yeni-yeni təşəkkül tapırdı. Müalicə ocaqları, milli tibb kadrları çatışmadığı üçün səhiyyənin inkişafı ləngiyirdi. 1913-1914-cü illərdə Azərbaycanın ambulatoriya və müalicəxanalarında ümumilikdə 45 həkim çalışırdı və onlardan cəmi 11 nəfəri azərbaycanlı mütəxəssis idi. Yalnız Bakı və Gəncə şəhərlərində müstəqil sanitar xidməti fəaliyyət göstərirdi. Əhalinin böyük əksəriyyətinin ölkəmizdə səhiyyənin inkişafı üçün çalışan fədakar ziyalılarımız həm müalicə işi ilə, həm də cəmiyyətin maarifləndirilməsi ilə məşğul olurdular. Bu işdə azərbaycanlı tibb kadrları ilə yanaşı, digər millətlərdən olan həkimlərin də xidmətləri böyükdür.

Azərbaycanda elmi təbabətin, tibb elminin güclü inkişafı 1919-cu ildə Bakı Dövlət Universitetinin təşkil olunması və burada tibb fakultəsinin yaradılması ilə bağlı olmuşdur. Unversitetin yaradılması ilə Azərbaycanda tibb elminin inkişafı sürətlənəndi. Universitetdə tarix-filologiya və tibb fakültələri açıldı. Bakı Dövlət Universitetinin ilk rektoru, görkəmli cərrah, professor Vasili İvanoviş Razumovski, tibb fakültəsinin ilk dekanı isə professor İvan İvanoviç Şirokoqorov oldu. 1920-ci ildə fakultənin cərrahlıq klinikasının ordinatoru M.A,Topçubaşov seçilmişdir.

Universitetinin tərkibində tibb fakultəsinin yaradılması təkcə peşəkar səhiyyə kadrlarının yetişdirilməsində deyil, həm də tibb elminin inkişafında son dərəcə əhəmiyyətli olmuşdur. Fakultə yaradılqdıqda 2 kafedra olduğu halda, qısa müddət ərzində kafedraların sayı 25-ə çatmışdır. Tibb fakultəsi yaradıldıqda qarşıda duran əsas çətinliklərdən biri professor ştatlarının mütəxəssilər ilə doldurulması idi.

1927-ci ildə İ.İ.Şirokoqorov qeyd edirdi: "cürətlə demək olar ki, Azərbaycan universitetinin tibb fakultəsi professor heyətin görə sovet respublikalarını ən yaxşı fakultələri sırasında durur. Bu zaman fakultənin elmi-köməkçi müəssisələrinin də işi qaydaya salınmışdır". Bakıya gələn professorlar ilə yanaşı olaraq müəllim ştatları tibb müəssisələrində çalışan praktik həkimlər hesabına tamamlanır. Bakıda həkimlərin elmi cəmiyyətlərinin apardığı böyük işlər sıravi həkimlərin elmi inkişafına böyük təkan verirdi.

Onlar qısa müddətdə Bakıda yaşayan tibb kadrlarının ən istedadlılarını BDU-da işə cəlb etdilər. Bakı dövlət universitetinə 1919-1929-cu illərdə rəhbərlik etmiş alimlərdən N.Dubrovski istisna olmaqla hamısı tibb mütəxəssisi olmuşdur. Bu fakt Azərbacanda ilk ali təhsil müəssisəsində tibb fakultəsinin əhəmiyyətli yer tutduğunu göstərir. Beləliklə, məlum olur ki, Azərbyacanda ümumiyyətlə ali təhsilin əsasının qoyulmasında tibb müətəxəssislərinin müstəsna rolu olmuşdur. Azərbyacanda ilk universitetini yaradılması tibb alimlərinin adı ilə bağlı olmuşdur. Tibb fakultəsi həm tələbələrinin sayına, həm də aparılan elmi-tədqiqat işlərinin miqyasına görə ön sıralarda olmuşdur.

Lakin tibb fakultəsinin qarşısında bir sıra çətinliklər dururdu. Bunlardan biri də kitabxana ilə bağlı idi. Tələbələrin məşğul olması üçün elmi-tibbi ədəbiyyata tələbat böyük isi. Bunlar nəzərə alınaraq 1922-ci ildə Petroqrad şəhərindən tibbə dair çoxlu elmi ədəbiyyat gətirilmişdir.

Tibb fakultəsinin 1-ci buraxılışı 1921-ci ildə olmuşdur. Tibb fakultisinin 5-ci kurs tələbələrindən 6 nəfər azərbaycanlı təhsilini bitirmək üçün Moskva, Kiyev, Saratov şəhərlərinə ezam edilmişdir. Bunların arasında Ə.Atayev, İ.İsamyılzadə, Y.Qazıyev, H.Fərzanə (Hüseynov) və başqları vardı. Burada əsas məqsəd milli kadrların daha yaxşı təhsil alması idi. Onlardan Atayev mamaqlı ginekologiya üzrə professor, azərbaycanda ilk mamalıq dərsliyinin müəllif olmuşdur. İsmayılzadə professor dərəcəsinn almış, dəri-zöhrəvi xəstəliklər kafedrasının müdiri vəzifəsində çalışmışdır. Azərbaycanın əməkar elm xadimi adını almış, 78 elmi işin müəllifi olmuşdur.

Tibb fakultəsinin məzunlarından olan Adilə xanım Şaxtaxtinskaya professor adına layiq görülmüş ilk azərbaycamlı qadınlardandır. Cəmilə xanım Sultanova yoluxucu xəstəliklər kafedrasının dosenti, Qazıyev Azərbaycan tibb İnsitutununu vərəm xəstəlikləri kursunun müdiri olmuşdur.

Tibb fakültəsini bitirənlər arasında gələcəyin görkəmli alimləri yetişdi. Universitetin ilk məzunlarından akademik C.Əfəndiyevin, professorlar K.Balakişiyevin, Ə.Sultanovun, A.Tahirovun, A.Qarayevin, A.Sadıqovun və başqalarının adını xüsusi vurğulamağa dəyər. Qeyd edək ki, artıq bir neçə ildən sonra universitetdə ilk azərbaycanlı elmlər doktorları – M.Mirqasımov, M.Topçubaşov, M.Sultanov, S.Vəlixan, A.Cəfərov var idi.

Tibb fakulətisinin yaradılması ilə yanaşı bir sıra elmi-tibb cəmiyyətləri yaradılmışdır. 1922-ci ildə Azərbaycan tibb cəmiyyəti, həmin ildə psixiatorlar və nevropatoloqlar elmi cəmiyyəti, oftolmoloqlar elmi cəmiyyəti, 1923-cü ildə cərrahlar, 1924-cü ildə dermatololoqar, patoloqlar, patofizioloqlar, anatomlar, 1926-cı həkim mama-ginekoloqlar, 1928-ci otorinolorinqoloqlar, 1932-ci ildə fizioloqlar, farmakoloqlar və bioloji kimyaçılar, 1936-cı ilda rentgenoloqlar və radioloqlar, fiziatorlar və başqa tibb elmi cəmiyətləri yaradılmışdır.

Alimlərimiz nəzəri təfəkkür ilə praktik fəaliyyəti əlaqələndirməyə səy göstəmişlər. Azərbaycanın tanınmış alimləri N.Uşinski, M.Əfəndiyev, M.Səfərəlibəyov, İ.İsmayılzadə, A.Qarayev, Ş.Həsənov, T.Paşayev və b. tərəfindən Azərbaycanın kurort ehtiyatları hesab edilən müalicəvi mədən suları olan İstisu, Badamlı, Sirab, Turşusu, Darıdağ mədən sularının müalicəvi aspektlərinin tədqiq edərək, onların müalicə prosesinə daxil etmişlər. Naftalanın neftinin qiymətli müalicə xassələri öyrənilmişdir. Hazırda Naftalan neftin müalicəvi xassələri bütün dünyada məşhurdur. Bütün bunlar kurort işlərinin inkiaşf etməsin, yeni- yeni sanatoriya-kurotların yaradılmasına təkən vermişdir.

Tibbi cərrahlıq sahəsi də tibb elmimizin fəxri ehsab edilə bilər. II Dünya müharibəsi illərində və bu illərdən sonrakı dövrlərdə Azərbaycanda cərrahlıq çox sürətlə inkiaşf etmişdir. Böyük Vətən Müharibəsi illərində Azərbaycanın səhiyyə orqanları, müəssisələri, həmçinin ali və orta məktəblərinin, elmi-tədqiqat müəssisələrinin işi yenidən qurulub və hər şey cəbhənin tələbatını ödəməyə yönəldilib. İxtisaslaşdırılmış hospitalların fəaliyyətində yüksək göstəricilərin əldə edilməsində azərbaycanlı alimlərin böyük rolu olub. Onlardan M.Topçubaşov, M.Mirqasımov, İ.Şirokoqorov, Ü.Musabəyova və başqaları xüsusilə fərqlənıblər. Tibb İnstitutun professorları, dosentləri (B.Mahmudbəyov, N.Bünyadov, X.Hacıyev, A.Tahirov, Q.Səlimxanov, H.İsazadə, C.Axundov, M.Qarayev) döyüşən orduda, həmçinin hospitallarda baş mütəxəssis kimi işləyiblər. Ağır müharibə illərində mərkəzi və periferik sinir sisteminin travmatik zədələnmələrində (prof. M.Topçubaşov), döş qəfəsinin zədələnmələrində (prof. F.Əfəndiyev) və s. Azərbaycan alimlərinin təklif etdiyi cərrahi metodlar tətbiq edilib. Bu alimlərimiz Azərbaycan cərrahiyyə elminin inkişafında misilsiz rol oynamış, milli alim və müətəxəssis yetişdirilməsində yaxından iştirak etmişlər. Azərbaycan alimləri tibb elminin başqa sahələridədə böyük uğurlara naul olmuşlar. Respublikanın tanınmış terapevtləri İ.Orucov, M.Nəzirov, S.Məmmədzadə və b. Kurort amillərinin ayrı-arı xəstəliklərin, məsələn ateroskelroz, bruselyoz, revamtizmm, hipertoniya xəstəliyi və s. müalicəsində effektivliyinin tədqiq etmişlər. Ə.Atayev, R.Hüseynov, Q.Ağayev, S.Nəzərli, Ə.Qarayev isə respublikada uşaq, qadın, ana sağlamlığını tədqiq etmişlər. Ə.Əlibəyov, M.Əfəndizadə, D.Nuriyev əmək gigiyenası və peşə xəstəliklərinin, su gigyenasının, havanın sanitariya baxımdan qorunmasının, yaşayış məntəqələrinin planlaşdırılmasının bir sıra problemlərini tədqiq etmişlər.

1922-ci ildə universitetin tibb fakultəsinin 29 məzunundan yalnız 3 nəfəri azərbaycanlı olmuşdur. 1923-cü ildə 82, 1924-cü ildə 213, 1925-ci ildə 221 məzun bitirmişdir. 1922-1925-ci illərdə tibb fakultəsini bitirən 546 nəfərdən 80 nəfəri azərbaycanlı olmuşdur. Bundan 50 il sonra Azərbaycan tibb institutunun buraxdığı 756 məzundan 528 nəfəri azərbaycanlı olmuşdur. 1920-ci ildə professorlar arasında bir nəfər də azərbaycanlı olmadığı halda, 50 ildən sonra 68 professordan 59 nəfəri azərbaycanlı olmuşdur.

Tibb elminin sürətli inkişaf ilə əlaqədar olaraq bir-birinin ardınca elmi-tədqiqat institutları yaranmışdır. Müxtəlif vaxtlarda tibbin ayrı-ayrı sahələri üzrə xeyli elmi-tədqiqat institutları açıldı. Dövlət Baktreriologiya və Gigiyena İnsitutu, Azərabaycan Dövlət Kurortologiya və fiziki üsullarla müalicə institutu, Tibbi parazitologiya və tropik xəstəliklər İnstitutu, ana və uşaqların mühafizəsi institutu, Rentgenologiya və radiologiya institutu və s. göstərmək olar. Tibb elminin belə intensiv inkişafı otuzuncu illərin əvvələrində xüsusi ixtisaslaşdırılmış ali tibb institunun yaradılmasını tələb edirdi.

Beləliklə, 1930-cu ildə Azərbayan Dövlət Universitetinin nəzdində fəaliyyət göstərən tibb fakultəsi universitetdən ayırılıb Səhiyyə Nazirliyinin tabeliyinə verildi və həmin ildən N. Nərimanov adına Azərbaycan Dövlət Tibb institutu yarıdıldı. Tanınmış ictimai xadim və xalq səhiyyə komisarı M.Qədirli tibb institutunun ilk rektoru olmuşdur. Bunun ardınca isə Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu təşəkkül tapmışdır. Bu tədris ocaqları və tibb sahəsində fəaliyyət göstərən elmi-

tədqiqat institutları Azərbaycanda tibb elminin inkişafında mühüm rol oynamışlar. Ali tədris ocaqları təkcə tibb kadrları yetişdirmirdilər, çoxsaylı monoqrafiyalar, dərsliklər və tədris vəsaitləri nəşr etdirilir, tələbələrin, həkimlərin ixtiyarına verilirdi.

Tibb İnstitutu yaradıldıqdan 4 il sonra institutun nəzdində nəşriyyat yaradılmışdır. Həmin nəşriyyat "Nəzəri və praktik təbabət" jurnalı, "Elmi əsərlər" toplusunu çap etdirirdi. Burada K.Balakişiyevin "Anatomiya", M.Hüseynovun "Histologiya", C.Hüseynovun "Ümumi patologiya, malyariya və hemoqlobinuriyalı qızdırmanın xüsusi patoloji anatomiyası", Qəmbroğlu və Qarayevin "Fiziologiya", Mirqasımovun "Cərrahlıqdan qısa dərs vəsaiti", Z.Məmmədovun "Operativ cərrahlıq və topoqrafik anatomiya", M.Topçubaşovun "Xüsusi cərrahlıq", Atayevin "Klinik analizlər"və s. bu kimi Azərbaycan dilində qələmə alınmış dərslik və dərs vəsaitləti işıq üzü görmüşdür. Bütün bunlar tibb terminlərinin toplanıb nəşr edilməsinə, müxtəlif dillərdə lüğətlərin hazırlanmasına səbəb olmuşdur. Azərbaycanın tanınmış tibb alimləri Balakişiyev, A.Qarayev, M.Mustafayev, C.Hüseynov, Ü.Musabəyova, C.Abdullayev, İ.İsmayılzadə və başqa alimərin birgə səyi nəticəsində 45000-dən çox termin toplanıb Azərbaycan dilində nəşr etdirilmişdir.

30-cu illərdə Azərbaycan alimlərinin yeni nəsli yarandı: Ə.Əliyev, H.Ağabəyov, Ə.Əlibəyov, M.Əfəndizadə, C.Abdullayev, R.Hüseynov. S.Hacıqasımov, Z.Hüseynbəyov, Ə.Həsənov, C.Hüseynov, G.Qurbanov. A.Qarayev və b. Bu dövrdə institutun müəllim və məzunları səhiyyə orqanlarına hərtərəfli yardım göstərirdilər. Onlar aktiv şəkildə yoluxucu xəstəliklərlə mübarizəyə qoşulur, tibbi biliklər haqqında təbliğat aparmaqla, əhalinin sanitariya mədəniyyətini artırdılar. Onlar həmin illərdə yayılan malyariya, vəba, qarın yatalağı epidemiyalarından minlərlə adamın həyatını xilas etdilər. Tibb İnstitutunun fəaliyyətinin ilk on ili respublika səhiyyəsinin möhkəmlənməsinə öz töhfəsini vermişdir. 1940-cı ilin əvvəllərində 3 fakültədə 45 kafedra fəaliyyət göstərirdi. İllik tələbə qəbulu 500 nəfər idi. 1940-cı il 1 iyulda institutda 40 professor, 45 dosent, 137 assistent, 16 baş müəllim, 45 müəllim çalışırdı. Onların əksəriyyəti gənc azərbaycanlı alimlər idi. İkinci dünya müharibəsi illərində institut cəbhə üçün həkim hazırlanmasına böyük yardım göstərirdi. Cəbhənin yaxın olmasına baxmayaraq, 1941-1944-cü illər ərzində institutda bir gün də olsa dərslər dayandırılmadı, 2082 həkim hazırlandı.

Alim-həkim M.Mirqasımov 1945-ci ildə Azərbaycan SSR elmlər akademiyasının ilk prezidenti seçilmişdir. 1946-cı ildə Elmlər Akademiyası yanında Eksperimental Təbabət institutu təşkl edilmişdir.

Həmin dövrlərdə tibbi-elmi Şuranın Səhiyyə Nazirliyinə verilməsi haqqında qərar qəbul edilmişdir ki, bu Azərbaycanın tibb elminin inkişafına təkan verən amillərdən biri olmuşdur. Səhiyyə Nazirliyinin elmi tibbi şurası bir növ əlaqələndirici rolunu oynayaraq Azərbaycn alimlərinin diqqətini respublika üçün gərəkli olan və perspektiv olan yeni müasir elm sahələrinə yönəltmişdir. Elə bunu nəticəsidir ki, alimlərimiz az müddət ərzində nəzəri təbabət sahəsində fizika, daha doğrusu elektronikanın, eləcə də kimyanın nailiyyətlərindən istifadə edərək, respublikada nevrizm, morfologiya, fiziologiya, nevropatologiya və psixiatriyanın bir sıra aktual məsələlərini işləyib hazırlamışlar. Bununla yanaşı olaraq, yaş morfologiyasının, birləşdirici toxuma reaktivliyinin morfoloji ifadəsinin, reseptorların öyrənilməsi və onların patoloji, kompensator və bərpa proseslərin tənzimindəki rolu haqqında elmi-tədqiqat işləri aparmışlar.

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu da tibb elminin inkişafında böyük rol oynamışdır. Fəaliyyətinin ilk illərində institut 9 kafedra və 6 kursla işə başlamış və 1 il ərzində 400 nəfər həkim-dinləyici biliklərini təkmilləşdirmiş və yeni ixtisaslara yiyələnmişdir. O dövrdə Azərbaycan əhalisi arasında malyariya, traxoma və digər təhlükəli yoluxucu xəstəliklərin geniş yayılmasını nəzərə alaraq, institutun əsas elmi və tədris prosesləri bu xəstəliklərin müalicəsinə və profilaktika tədbirlərinin təkmilləşdirilməsinə yönəldilmişdi.

İnstitutun tarixinin bir çox şanlı səhifələri isə Əziz Məmmədkərim oğlu Əliyevin adı ilə bağlıdır. Ömrünün son illərində Əziz Əliyev Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə institutunun direktoru kimi fəaliyyət göstərməyə başlamışdır. Onun rəhbərliyi dövründə institutun kafedralarının Bakının iri xəstəxanalarında yerləşdirilməsi nəticəsində elmlə təcrübənin vahid istiqamətdə fəaliyyəti təmin edilmiş və həmin kafedralar respublika əhalisinə yüksək səviyyəli ixtisaslı yardım göstərən mərkəzlərə çevrilmişlər. Bu dövrdə institutun kafedra və laboratoriyaları genişləndirilmiş, maddi-texniki bazası möhkəmləndirilmişdir.

1950-ci ilin sonundan başlayaraq, institut SSRİ tərkibində olan respublikaların tələbatına və sifarişinə əsasən, ali təhsilli tibb kadrlarının təkmilləşdirilməsi və ixtisaslaşmasını həyata keçirməklə yanaşı, Bolqarıstan, Monqolustan, İran, Türkiyə və Yəmən kimi ölkələr üçün də təbabətin müxtəlif sahələri üzrə həkimlərin hazırlanmasını həyata keçirmişdir. Əziz Məmmədkərim oğlu Əliyev yüksək rəhbərlik qabiliyyətinə malik, prinsipial, çox məsuliyyətli, tabeliyində olan işçilərə qarşı daim xoş münasibətdə olan, sözün əsil mənasında böyük dövlət və səhiyyə təşkilatçısı, görkəmli bir şəxsiyyət olmuşdur. Onun xidmətlərini, Azərbaycanda səhiyyənin və institutun inkişafı tarixində əvəzedilməz rolunu nəzərə alaraq,

Azərbaycan Respublikası Nazirlər Sovetinin 27 sentyabr 1962-ci il qərarı ilə instituta Əziz Məmmədkərim oğlu Əliyevin adı verilmişdir.

Tibbin digər sahələri kimi oftalmologiya sahəsi də özünəməxsus inkişaf yolu keçmişdir. Bakı şəhərində göz xəstiəlikləri üzrə tibbi yardımın geniş miqyas alması 1920-ci ildən başlamışdır. 1922-ci ildə Bakıda 60 çarpayılıq göz xəstəxanası açıldı. 1924-cü ildə onun bazasında traxoma əleyhinə dispanser təşkil olundu. 1928-ci ildə yaxşı təchiz olunmuş kimyəvi-bakterioloji və histoloji tədqiqatlar aparmağa imkan verən xüsusi laboratoriya açıldı. 1932-ci ildə qadın stasionarı nəzdində 10 çarpayılıq uşaq göz şöbəsi açıldı və uşaqlara bu sahədə ixtisaslaşmış tibb işçiləri yardım göstərirdi. Böyük elmi-praktik mərkəz olan xəstəxana tibbi kadrların hazırlanması sahəsində əhəmiyyətli fəaliyyət göstərirdi.

1935-1941-ci illərdə respublikanın bir sıra rayonlarında traxoma ilə yoluxma hələ də çox yüksək idi. Karyagin, Salyan rayonlarının kəndlərində müayinə edilmiş əhali arasında traxoma ilə yoluxma 23-60%, Xıllı rayonunun kəndlərində 29-60%, Abşeron yarımadasında 23-35% təşkil edirdi. Həmin vaxt bu vəziyyətlə əlaqədar respublika hökuməti bir sıra qərarlar verir. SSRİ Xalq Komissarlar Sovetinin 3 iyun 1945-ci il sərəncamı və Azərbaycan Səhiyyə Komissarlığının 21 oktyabr 1945-ci il 924 № - li əmrinə əsasən 1946-cı ildə mərkəzi klinik göz xəstəxanasının bazasında 120 çarpayılıq oftalmologiya elmi-tədqiqat institutu yaradılır.

İnstitutun ilk direktoru tibb elmləri namizədi M.Ə.Abbasov, elmi işlər üzrə direktor müavini – prof. Sona xanım Vəlixan olmuşdur.

1970-1985-ci illərdə Azərbaycanda oftalmolgiya sahəsində çalışan Zərifə xanın Əliyevanın Azərbaycanda elmin inkişafında müstəsna xidmətləri vardır. Azərbaycan Elmlər Akademiyasının həqiqi üzvü, əməkdar elm xadimi Zərifə Əliyevanın rəhbərliyi altında respublikada ilk dəfə olaraq gözün peşə zədələnmələri problemlərinə həsr olunmuş tədqiqatlar aparılmağa başlanmış və bu sahədə əldə etdiyi nailiyyətlərə görə o, akademik Averbax adına mükafata layiq görülmüşdür. O, vaxtilə Azərbaycanda geniş yayılmış traxomanın, dünya təcrübəsində birincilər sırasında peşə, xüsusilə kimya və elektron sənayelərində peşə fəaliyyəti ilə bağlı göz xəstəliklərinin öyrənilməsi, profilaktikası və müalicəsinə, habelə oftalmologiyanın müasir problemlərinə dair bir çox sanballı tədqiqatların, o cümlədən "Terapevtik oftalmologiya", "İridodiaqnostikanın əsasları" kimi nadir elmi əsərlərin müəlliflərindən biri, 12 monoqrafiya, dərslik və dərs vəsaitinin, 150-yə yaxın elmi işin, 1 ixtira və 12 səmərələşdirici təklifin müəllifidir. Z.Əliyeva yüksək ixtisaslı səhiyyə kadrları hazırlanmasına böyük əmək sərf etmişdir.

60-cı illərin sonu – 70-ci illərin əvvəllərində, Heydər Əliyevin hakimiyyətə gəldiyi dövrdən səhiyyədə ciddi inkişaf dövrü başladı. Heydər Əliyev səhiyyə quruculuğu ilə əlaqədar qarşıya qoyduğu tədbirlər kompleksinə köhnə səhiyyə ocaqlarının yenidən qurulması, yenilərinin tikilməsi və ən müasir aparatlarla təchiz edilməsi, eləcə də əhalinin kütləvi surətdə dispanser qeydiyyatdan keçirilməsi və sahə həkimlərinin fəaliyyətinin artırılmasından başladı.

Yeni tipli, müasir avadanlıqlarla təchiz edilmiş bu tibb müəssisələrində çalışmaq üçün yüksək ixtisaslı tibb kadrları tələb olunduğunu bilən uzaqgörən siyasətçi milli tibb kadrlarının hazırlanmasına da çox böyük səy göstərirdi. 1970-1980-ci illərdə o, bir qrup gənc Azərbaycan həkim və alimlərinin Moskva və digər şəhərlərə aspirantura və doktoranturaya göndərilməsinə nail oldu.

Göründüyü kimi təşəkkül tapdığı dövrlərdən başlayaraq, indiyə qədər tibb elmi son dərəcə intensiv inkişaf edən elm sahələrindən biri olmuşdur. Bu sahədə fəaliyyət göstərən alim-həkimlərimiz xalqın sağlamlığının keşiyində durmaqla yanaşı, tibb elminin inkişafına böyük töhfələr vermişlər. Hazırda Azərbaycan tibb elminin dünya tibb elminə inteqrasiya etməsi sahəsində böyük işlər görülümüşdür. Müntəzəm olaraq Respublikamızda tibbin ayrı-ayrı sahələrinə dair beynəlxalq konfranslar keçirilir. Azərbaycan alimləri başqa ölkələrdə keçirilən dünya miqyaslı elmi-tibbi toplantılarda layiqincə ölkəmizi təmsil edirlər. Ölkəmizdə tibb təhsili, tibbi yardım, səhiyyənin təşkili ciddi elmi əsaslara söykənərək inkişaf edir.

Yarım əsrdən çoxdur fəaliyyətdə olan Azərbaycan Tibb Universiteti hazırda zəngin maddi-texniki bazası, tədris korpusları, tələbə yataqxanası, klinika və laboratoriyaları ilə Azərbaycanın ən iri elm və tibb ocağıdır.

ATU-nun hazırda mövcud olan 4 klinika ilə yanaşı, 6 tədris binası, inzibati binası, 1700 yerlik 6 tələbə yataqxanası vardır. Təkcə 11 mərtəbəli müasir tipli tədris binası 2500 tələbəni qəbul etmək imkanına malikdir. Burada universitetin bir sıra nəzəri kafedraları, internet mərkəzi, 1 milyona yaxın kitab ehtiyatı olan unikal kitabxanası və "Təbib" nəşriyyatı yerləşir.

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkiləri Təkmilləşdirmə İnsitutu mövcud olduğu illər ərzində təkcə azərbaycanda deyil, bütün regionda tanınmış ali təhsil ocağıdır. İnstitutda aparılmış eimi-tədqiqat işləri keçmiş Sovetlər İttifaqında və müasir tibb dünyasında yenilik kimi tanınmış, təbabət tarixinə şanlı səhifələr kimi daxil olmuşdur. Davamlı tibbi təhsil konsepsiyasının azərbaycanda tətbiqi günümüzün tələblərindən

biridir. İnstitutda son illərdə bu istiqamətdə əhəmiyyətli işlər görülmüşdür. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən 20.06.17 tarixli "Həkimlərin bilik və bacarıqlarının təkmilləşdirməsinə dair müvəqqəti qaydalar"a həsr olunmuş 45 №-li əmri təsdiqlənmiş və qüvvəyə minmişdir. Bu qaydalar ilkin olaraq 2017/2018-ci tədris ili ərzində pilot layihə çərçivəsində institutun 5 kafedrasında 6 ixtisas üzrə (kardiologiya, sinir xəstəlikləri, otorinilarinqologiya, anesteziologiya və reanimatologiya, mikrobiologiya və epidemiologiya) müvəffəqiyyətlə həyata keçirilir.

Azərbaycan tibb elmində Azərbaycan respublika dövlət elmi tibb kitabxanasının da özünməməxsus yeri vardı

78 ildən çox yaşı olan Azərbaycan Respublikası Elmi Tibb Kitabaxası tipoloji baxımdan xüsusi elmi kitabxana olub, səhiyyə orqanlarının, elmi-tədqiqat və müalicə-profilaktika müəssisələrini xalqın sağlamlığı problemləri, sosial-gigiyena və səhiyyənin təşkili, klinik və profilaktik təbabət, sanitar-epidemioloji və səhiyyənin, tibb elminin digər problemləri ilə məşğul olan alim və mütəxəssisləri kitabxana-biblioqrafiya və informasiya ilə təmin edən bitkin bir sistemdir. Azərbaycan Respublikasında tibb kitabxanaları şəbəkələrinə təşkilatı-metodik rəhbərliyi göstərir və onların əlaqəli fəaliyyətini təmin edir. Uzun inkişaf yolu keçmiş kitabxanada hazırda müasir informasiya texnologiyaları tətbiq edilir.

19 dekabr 2014-cü ildə Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Naziri Cənab Oqtay Şirəliyev tərəfindən Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin tabeliyində olan kitabxana-informasiya şəbəkəsinin təkmilləşdirilməsi və yeni internet saytının yaradılması barədə Əmr imzalanmışdır. Səhiyyə Nazirliyinin təşəbbüsü və səyləri nəticəsində elektron kataloqun, elektron kitabaxanın təşkil və inkişaf edilməsi üçün xüsusi kitabxana-biblioqrafiya proqramı və bu proqramı dəstəkləyən müasir sayt yaradılmışdır.

XRONİKA- ХРОНИҠА

Nekroloq
Akademik Böyükkişi Ağa oğlu Ağayev



Azərbaycan tibb elmində böyük itki baş vermişdir. Böyük alim, tanınmış pedaqoq, əməkdar elm xadimi, tibb elmləri doktoru, professor, Azərbyacan Milli Elmlər Akademiyasının həqiqi üzvü, Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin direktoru Böyükkişi Ağa oğlu Ağayev 2018-ci il aprelin 4-də dünyasını dəyişmişdir. B.A.Ağayev 2006-cı ildən təsis edilmiş "Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri" jurnalının ilk redaktoru olmuşdur. Jurnalın ərsəyə gəlməsində onun da müstəsna rolu olmuşdur.

B.A.Ağayev keşməkeşli, lakin maraqlı bir həyat yolu keçmişdir. Onun istər elmi-praktik yaradıcılığı, istərsə də həyat tərzi bu gün biz gənclər üçün böyük bir həyat məktəbidir.

Böyükkişi Ağayev 1928-ci ildə Sabiradabad rayonunda anadan olmuşdur. Orta təhsilini bitirdikdən sonra 1944-1949-cu illərdə Azərbycan Dövlət Tibb İnsitutunun müalicə-profilaktika fakültəsində təhsil almışdır.

1950-ci ildə Sabirabad rayon xəstəxanasında həkim-cərrah kimi praktik fəaliyyətə başlamışdır. 1954-1957-ci ildə Moskva Dövlət Tibb İnstutunun cərrahiyyə üzrə aspirantursında təhsil almış, oranı bitirdikdən sonra Həştərxan Tibb İnstitutunun cərrahiyyə kafedrasının assistenti kimi çalışmışdır.

1960-cı ildə Bakıya qayıtmış və Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Elmi-Tədqiqat Onkologiya İnstitutunun cərrahiyyə şöbəsinin baş elmi işçisi və şöbə müdiri olmuşdur.

1968-ci ildə Azərbaycan Tibb Universitetinin cərrahiyyə kafedrasına professor seçilmiş və 1973-cü ildə ömrünün sonuna qədər II Cərrahi xəstəliklər kafedrasının müdiri işləmişdir. Bununla yanaşı olaraq, 1988-1999-cu illər ərzində Elmi tədqiqat qastroenterologiya institunun, 1999-cu ildən isə Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin direktoru kimi fəaliyyət göstəmişdir.

B.A.Ağayevin elmi fəaliyyəti çox zəngin olmuşdur. O, 1957-ci ildə namizədlik, 1966-cı ildə doktorluq dissertasiyasını müdafiə etmişdir. 1968-ci ildə professor adına layiq görülmüşdür. 1980-cil ildə Azərbaycan Milli Elmlər Akademiyasının müxbir üzvi, 1989-cu ildə isə həqiqi üzvü seçilmişdir.

Azərbaycan tibb elminin zənginləşməsində, tibbi tədris prosesinin təkmilləşdirilməsində, dəyərli kadrların yetişdirilməsində böyük zəhməti olmuşdur. O Azərbaycanda qastroenterologiya elmi məktəbinin yaradıcılarından biri hesab edilir. Alimin bu sahədə apardığı fundamental tədqiqatların nəticələri hazırda müalicə işində böyük imkanlar açmışdır. Onun eksperimental və kliniki təcrübələri, ixtiraları tibb elmində yeni bir istiqamətin yaranmasına səbəb olmuşdur.

1996-cı ildə Böyükkişi Ağayevın səyi nəticəsində "Cərrah və qastoenteroloqlar Assosiasiyası" təşkil edilmişdir.

Akademikin zəngin nəşlər irsi vardır. Belə ki, o 400-dən artıq elmi əsərin müəllif olmuşdur. Bu işlərin arasında 12 monoqrafiya, 3 cildlik "Cərrahi əməliyyatlar atlası", dərslik, ixtiralar və səmərələşdirici təkliflər olmuşdur. Onun əsərləri həm Azərbaycanda dilində, həm də bir çox xarici dillərdə də nəşr etdirilmişdir. Hazırda onun rəhbərliyi altında böyük bir cərrah-qasrtoreneteroloqlar nəsli yetilmişdir. Onun fundamental nəzəri əsərlərinə isə mötəbər mənbələr kimi istindlar edilir.

B.A.Ağayevin rəhbərliyi ilə 11 tibb üzrə elmlər doktoru, 63 tibb üzrə fəlsəfə doktoruluğu işi müdafiə edilmişdir. Onun əməyi nəticəsində çox sayda cərrah- qastroenteroloqlar hazılanmışdır. Hazırda onun yetirmələri arasında dünyanın bəzi tanınmış tibb mərkəzlərində çalışan layıqli həkimlərimiz də vardır. B.A.Ağayev bir çox irimiqyaslı beynəlxalq konfrans və simpoziumlarda zəngin məruzələr ilə çıxış etmiş, Azərbyacan elmini layiqincə təmsil etmişdir.

Böyükkişi Ağayevin ictimai fəaliyyəti də çox səmərəli olmuşdur. Belə ki, o, bir çox beynəlxalq elmi cəmiyyətlərin üzvü olmuşdur. 12-ci çağırışda Azərbaycan Ali Sovetinin deputatı seçilmişdir.

B.A.Ağayevin Azərbaycan tibb elmində misilsiz əməyi daim dövlətimiz tərəfindən yüksək qiymətləndirilmişdir. Azərbyacanın böyük alimi, dünyada tanınmış akademiki 1996-ci ildə ABŞ-ın Biblioqrafik Mərkəzi tərəfindən qızıl medal ilə təltif edilmişdir. Ölkəmizdə səhiyyə və tibb elminin inkişafında böyük zəhmətləri, fundamental əsərləri və əvəzsiz elmi-praktik təcrübəsi nəzərə alınaraq 1979-cu ildə Azərbaycan SSR-in əməkdar elm xadimi, 1988-ci ildə Azərbyacan Respublikası Ali Sovetinin Fəxri Fərmanı, 1998-ci ildə Azərbyacan Respublikası "Şöhrət" ordeni, 2014-cü ildə akademik Mirəsədulla Mirqasımov adına mükafat, 29 aprel 2016-cı ildə Azərbyacan Respublikasının Nizami Gəncəvi adına Qızıl medalına layıq görülmüşdür.

Onun tibbi elmi-praktik dövrü mətbuatın inkişafında da əvəzsiz rolu olmuşdur. B.A.Ağayev 2005-ci ildə Qafqaz regionunda ilk cərrahiyyə jurnalının yaradılamsında mühüm rol oynamışdır və həmin ildən indiyə qədər "Cərrahiyyə" jurnalı işıq üzü görməkdədir. Bununla yanaşı olaraq 2006-cı ildən "Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri" jurnalının birinci redaktoru olmuşdur. Onun rəhbərliyi ilə yaradılan bu jurnal hazırda da layıqli fəaliyyət göstərir.

Öz dəsti-xətti ilə elmimizin şanlı səhifələrinə imza qoymuş böyük alimin yeri daim görünəcək və heç zaman unudulmayacaq!

MÜNDƏRİCAT

İCMALLAR-ОБЗОРЫ

Оценка региональной радиационно-экологической ситуации на основе анализа показателей функционального состояния иммунной системы
Г.М.Мамедов, К.М.Абдуллаев.....3

Di George sindromu
Q.İ.İsmayılov..... 7

Mədə xərçəngi zamanı bəzi reparativ genlərdə baş verən mutasiyalara dair müasir məlumatlar
E.K.Əsgərov..... 10

Uşaqlarda pəncənin neyrogen deformasiyalarına dair müasir məlumatlar
E.K.Məhərrəmov..... 14

ORİJİNAL MƏQALƏLƏR-ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Серопозитивность в отношение вируса ветряной оспы/опоясывающего герпеса среди онкологических больных и здоровых лиц, живущих в Азербайджане
М.К.Мамедов, Ю.А.Ахмедов, А.А.Солтанов, С.Н.Джавадзаде, А.Ю.Магамедли.....20

Результаты применения таргетных противовирусных препаратов для лечения хронического гепатита С у онкологических больных
Т.Н.Мамедова, С.Э.Рагимзаде, А.А.Рагимов, С.Р.Гиясбейли, Ю.А.Ахмедов, М.К.Мамедов.....24

Современная характеристика видов и поводов эндоскопических гинекологических операций
Л.М. Рзакулиева, Н.К.Ализаде 26

Görmə orqanının mikotik xəstəlikləri olan xəstələrdə gözlərin hemodinamikasının vəziyyəti
V.B.İsgəndərli. 30

Hamiləliyin I trimestrində dölün büzdüm-ənsə ölçülərinin və burun sümüklərinin uzunluğunun səciyyələri
M.A.Mahmudlu 33

Ameloblastomaların təyinində integrin-B^1 -in rolu
F.M. Müseyibov, N.T. Quliyeva, V.H. Xəlilov, M.X. Babayeva.....37

Cinsi yetişkənlik dövründə olan hiperandrogeniya qızların klinik xarakteristikası
N.E. Axundova, E.M. Əliyeva, R.M. Məmmədhəsənov, Ş.E.Əliyeva 40

Кателлициды и кальпротектин, как биомаркеры воспалительного процесса
А.Г. Гаджиев, Г.И. Азизова, Н.Ш.Байрамова.....45

Preeklampsiyanin etiopatogenezinin müasir aspektləri
A.X. Babayeva, L.M. Rzaquliyeva..... 48

Həkim-stomatoloqların müxtəlif müayinə üsullarına müraciətləri
C.R.Əhmədbəyli... 52

Dərinin müxtəlif zədələnmələri zamanı yaranan nozokomial infeksiyaların aşkar edilmə tezliyi
H.T.Mansurova.. 56

Əczaçılıq yardımının keyfiyyətinin təkmilləşdirmə perspektivləri
L.N. Mansurova, K.İ. Cəlilova, N.S.Zülfüqarova. 61

Haşimoto xəstəliyinin patoloji əsasları
N.Ə.Məmmədova, A.T.Bərdəli..... 67

Hedysarum formosum bitkisinin bəzi farmakoqnostik tədqiqi
C.İ. İsayev, N.T. Babayeva, G.S.Cəfərova 71

Iris caucasica bitkisinin bəzi farmakoqnostik tədqiqi
C.İ. İsayev, H.M. Qurbanov, Ə.N.Səfərova..... 74

Dehelmintizasiyanın effektivliyinin meyarı kimi iltihabəleyhinə sitokinlərin səviyyəsi
X.N.Xələfli..... 78

Влияние особенностей семейной среды обитания на формирование эмоционального стресса среди городских жителей
А.О.Бадалова.... 82

Müasir dövrdə Azərbaycanda uşaqlar arasında salmonelyozun yayılması
N.Ə. Məmmədova.....87

Müxtəlif təbii substratlarda yayılmış aktinomisetlər
N.A. Ağayeva... 90

Postmenopauzal dövrdə yumurtalıqların polikistozu sindromu və hiperandrogeniyanin klinik-diaqnostik xüsusiyyətləri
V.V. Rəhimova, E.M. Əliyeva, S.H. Sultanova, S.Ş. Məmmədova, E.V.Bayramova.....96

Uşaqlığın mioması, dislipidemiya və cinsi hormonların hipersekresiyası fonunda inkişaf edən patoloji vəziyyətlər
A.F.İsmayılova..... 101
Sağlamlıqla bağlı həyat keyfiyyəti indeksinin klinik təbabətdə tətbiqi
A.A Əsədova 106
Müştərək travma zamanı fəqərələrin qeyri-stabil sınıqlarının müalicə taktikası
E.Q. Yaqubov, Z.R. Rəhimov, Ə.Y.Əhmədzadə.. 111
Enteroviruslu uveit ilə xəstələrdə laborator və biokimyəvi müayinələrin məlumatlarının dəyərləndirilməsi
N.A.Sadıqova..... 115
Posttonzillektomiya qanaxmaları
V.M. Pənahian, N.T. Aslanova, G.Y.Kərimli..... 118
Laparoskopik xolesistektomiya əməliyyatlarının əməliyyatdaxili və ilkin əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaları Bizim kliniki müşahidəmizdə
Z.T. Şirinov, N.Ə. Həmidova..... 120
Qeyri-spesifik xoralı kolitlərin kompleks müalicəsi
P.H.Nəcəfquliyeva, M.Ə.Şükürov, E.A.Alməmmədov.. 128
Kəskin daşlı xolesistitlərdə müalicə prosesində kəskin fazalı cavabın dinamikası
R.R. Babayeva..... 132
Faringit və tonzillitli xəstələrdə müxtəlif mikroorqanizmlərin rast gəlinməsinin müqayisəsi
Ş.Ə. İbayeva, M.H.Əliyev 136
Reproduktiv dövrdə hiperprolaktinemiya olan qız və qadınlarda subyektiv və klinik əlamətlərin tezliyi
A.V. Rzayeva, E.M. Əliyeva, İ.Ə. Sultanova, S.N.Vəliyeva.. 139
Biostimullaşdırılmış əzvay yarpaqlarının ekstraktı və polisaxaridlər məcmusu əsasında kremin hazırlanması və bəzi keyfiyyət göstəricilərinin öyrənilməsi
M.N. Vəliyeva, S.C. Mehralıyeva, Ü.E.Məhərrəmli 142
Veziko vaginal fistula ləğvi əməliyyatlarının nəticələri
S.B. İmamverdiyev, E.Y. Binnətova..... 148
Uşaqlarda nekrotik enterokolitin formalaşmasının risk amillərinin təhili
S.C.İsmayılova..... 152
Современная лучевая диагностика поражения печени при сахарном диабете
B.H.Наджафова..... 157
Repdoruktiv yaşda sistem qırmızı qurdeşənəyi olan qadınlarda D3 ilə müalicə fonunda ovarial rezervin vəziyyəti
X.İ.Həsənova..... 159
Hamiləliyin erkən mərhələlərində düşük təhlükəsi olan qadınlarda döl yumurtası, uşaqliqdaxili hematoma, yumurtalığın sarı cisminin strukturunun exoqrafik xüsusiyyətləri
G.İ.Axundova..... 163
Öd yollarının patologiyaları zamanı ağız suyu mayesinin xüsusiyyətləri
Y.Ə.Səmədli, E.R. Əliyeva, Ə.V. Oruçov... 168
Ağız boşluğunun və parodontidin müalicə və profilaktikası məqsədilə hazırlanmış yeni tərkibli dərman vasitəsinin təsir xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi
T.H.Süleymanova..... 172
Результаты хирургического лечения у больных с деструктивным туберкулезом легких
Р.К. Бадалов, Ф.Ф.Агаев 177
Своевременная диагностика и профилактика микозов стоп у военного контингента пациентов
И.А.Амирова, С.А.Алиева, И.А.Ахмедов, С.Д.Ахмедова, Ф.И.Балакишиева, Н.А.Алиев, Э.А.Шадлинский, М.И.Сулейманов.... 182
Изучение структурно-функциональных закономерностей железистого аппарата гортани человека в условиях относительной нормы
В.Б. Шадлинский, З.Р. Сеидова, С.М. Рустамова 185
Astara-lənkəran zonasında beçərilən feyxoa bitkisinin (feijoa sellowiana berg) müxtəlif hissələrində yodun miqdarının təyini
K.Y. Əliyeva, Y.E. Məmmədova, S.Ş. Əliyeva, M.N.Kərimov... 189
Метеорологические факторы как риск смертности от болезней системы кровообращения у населения кюрдамирского и евлахского экономических районов
В.А.Азизов, Э.М.Хатамзаде, С.С.Мамедова, Л.Г.Эфендиева, Т.А.Садыгова, С.Р.Мурадова.....192
Современный взгляд на проблему стоматологического здоровья лиц призывного возраста и молодых военнослужащих
Ч.Р. Рагимов, В.К. Аликулиев, Э.Т. Ахмедов..... 195
Ürəyin işemik xəstəliyi zamanı tireoid hormonlarının və ürəyin struktur və morfoloji göstəricilərinin əlaqəsi
İ.M.Əfəndiyeva, A.B.Baxşəliyev, S.M. Qəhrəmanova..... 199

B_6 vitaminindən məhrum olunmanın ağ siçovullarin görmə analizator sistemi strukturlarında monoaminoksidaza "A" və "B" formalarınıin tədqiqi
A.M. Əzimova, Ə.H.Hüseymov, S.O. Qədimova, V.R.Yunusova 202
Böyrək mənşəli arterial hipertoniya zamanı qanda dəmir və manqanın miqdarı
A.A. Əsgərova, G.Q. Qarayeva, N.O.Quluyev 205
Müxtəlif yaşlarda periferik sinirlərin mieloarxitektonika xüsusiyyətləri
L.A. Məmmədov, H.Ə. Əkbərov, A.F. Məmmədova, C.A. Cəbrayılov, N.N.İsayev.....210
Kişilərdə böyrək transplantasiyasından sonrakı illərdə baş vermiş dəyişikliklərin bazal dəyərlərlə müqayisəsi
A.C.İsmayılov, İlhami Solak.. 214
Результаты исследования медико-анамнестических факторов риска развития миомы матки
Ш.Г. Шахбазов, Е.О. Алиева, И.А. Султанова, С.Д.Кулиева.....219
Yuxarı yaş qrupundan olan hamilə qadınların səhhətinin sosial-klinik aspektləri
N. M. Kamilova, İ. A. Sultanova, R. B.Səfərova... 224
Оценка комплексного ультразвукового обследования органов малого таза у девушек- подростков при ожирении
Н.М.Камилова, Г.М.Халилова, И.А.Султанова, Ш.М.Халилова.... 229
Xronik detruktiv ağciyər vərəmi zamanı xarici tənəffüs funksiyasının xüsusiyyətləri
A.B. Baxşəliyev, Ş.M. Vəliyeva, C.M.İsmayılzadə... 235
Çoxprofilli cərrahi klinikada xəstəxanadaxili infeksiyaların etioloji strukturu
S.A.Atakişizadə... 238
TORCH infeksiyalı qadınlarda hamiləliyin I trimestrində hormonal status
G.V. Nərimanova, İ.C. Şahverdiyeva, M.R. Quliyev, V.İ.Yaqubova..... 242
Azərbaycan tibb elminin tarixi
M.Q.Məmmədov, A.E.Dadaşova, Y.U.Pirəliyeva. 247

XRONİKA- ХРОНИКА

Nekroloq Akademik Böyükkişi Ağa oğlu Ağayev.....252