İCMALLAR- ОБЗОРЫ

QALXANVARİ VƏZİN AUTOİMMUN XƏSTƏLİKLƏRİ VƏ ANEMİYA

F.X. Saidova, J.B. Aslanova, R.H.Hüseynov
M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı

Açar sözlər: anemiya, qalxanvari vəz, autoimmun xəstəliklər
Ключевые слова: анемия, щитовидная железа, аутоиммунные заболевания
Keywords: anemia, thyroid, autoimmune diseases

Anemiya - klinik-hematoloji sindrom olub, hemoqlobinin konsentrasiyasının aşağı düşməsi və əksər hallard, bir həcm vahidində eritrosit və hemoqlobinin azalması ilə xarakterizə olunur.

Anemiya yer kürəsinin əhalisinin ümumilikdə 10-20 %-də aşkar edilib, reproduktiv yaş dövründə olan qadınlar və uşaqlarda isə 40-50% halda qeydə alınır [1,2]. Bütün anemiyaların 70% -90%-ni dəmir defisitli anemiya təşkil edir. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) göstəricilərinə əsasən dəmir defisitli anemiyalar (DDA) 38 ən geniş yayılmış xəstəliklər arasında ilk sıralarda durur. Son illər bu göstəricilər azalmaq əvəzinə, əksinə bəzi regionlarda artmaqda davam edir [3]. ÜST ekspertləri qeyd edirlər ki, anemiyanın 40%-dən yüksək yayılma tezliyi artıq onu təkcə tibbi problem kimi deyil, həm də sosial problem kimi qarşıya qoyur [4].

ÜST anemiyanın diaqnostikası üçün qarşıya qoyduğu meyarlar hemoqlobinin 130 q/l-dən və hemotokritin 39%-dən az olmasıdır. Qadınlarda hemoqlobinin səviyyəsi 120 q/l (hamilələrdə 110 q/l) və hematokritin 36%-dən az olması anemiya hesab edilir. Hemoqlobinin aşağı düşmə dərəcəsindən asılı olaraq anemiyaların ağırıq dərəcəsi təyin edilir: yüngül dərəcəli- hemoqlobin 90q/l-dən yuxarı; orta dərəcə- hemoqlobin- 90-70 q/l arasında; ağır anemiya- hemoqlobin 70 q/l-dən aşağ olması.

2012-ci ildə ÜST anemiyanın meyarlarına dair dərc etdirdiyi məlumatda anemiyanın aşağıdakı təsnifat sistemini vermişdir:

- posthemorragik anemiyalar (kəskin və xronik)
- eritropoezin pozulması nəticəsində baş verən anemiyalar
- hipoxrom- dəmir defisitli anemiyalar
- normoxrom anemiyalar - xronik iltihabi xəstəliklər, xronik böyrək çatışmazlığı, onkoloji xsətəliklər və sümük iliyində şişin metastazları nəticəsində baş verən anemiyalar;
- hiperxrom anemiyalar- B12 və fol turşusu çatışmazlığı anemiyaları
- eritrositlərin güclü dağılması nəticəsində baş verən anemiyalar (hemolitik anemiya).

Patogenezindən asılı olaraq anemiyalar 3 əsas qrupa ayrılır:

1.Posthemorragik anemiyalar (kəskin və xronik).
2.Hemolitik (anadangəlmə və qazanılmış).
3.Sümük iliyinin qanyaratma funksiyası ilə əlaqədar olan dizeritropoetik anemiya.

Eritrositlərin ölçüsündən asılı olaraq aşağıdakı növ anemiyalar vardır:

1.Normositar (7,2-8,3mkm)
2. Mikrositar (7,2 mkm-dən aşağı)
3. Makrositar (9-12 mkm)
4. Meqalositar (12-15 mkm).

Klinik praktikada bu təsnifatların tətbiqi, şübhəsiz ki, dolğun diaqnozun qoyulmasına, eləcə də xəstəliyin ağırlıq dərəcəsini obyektiv qiymətləndirməyə və onun proqnozunu müəyyən etməyə imkan verir.

Anemiyalar qarışıq təbiətli də ola bilər. Çox zaman dəmir defisitli anemiya ilə B12 vitamin defisitli anemiyanın müştərək formalarına rast gəlinir. Əksər hallarda anemiya sərbəst nozoloji vahid kim deyil, başqa bir xəstəliyin simptomu şəklində müşahidə edilir [2,5]. Anemiyanın ən geniş yayılmış formalarından biri də xronik xəstəliklər və ya xronik iltihab anemiyasıdır. Belə anemiyalar hüceyrə immuniteti xroniki şəkildə aktivləşmiş xəstələrdə qeydə alınır və 1-2 ay davam edə bilir. Bu anemiya növünün rastgəlmə tezliyi bir sıra xronik xəstəliklər zamanı hətta 100%-ə qədər çata bilər [6,7]. Yayılma dərəcəsinə görə xroniki xəstəliklər fonunda yaranan anemiya dəmir defisitli anemiyadan sonra ikinci yeri tutur [6,7].

Terapevtik praktikada anemik sindroma daha çox birləşdirici toxumanın sistem xəstəlikləri (revamtoid artrit, sistem qırmızı qurdeşənəyi, sistem vaskulitlər), mədə-bağırsaq sisteminin xəstəlikləri (xora xəstəliyi, Kron xəstəliyi, qeyri-spesifik xoralı kolit) qaraciyər və böyrək xəstəlikləri (ilk növbədə xronik böyrək çatışmazlığı), xronik infeksion xəstəliklər və istənilən lokalizasiyalı bədxassəli şişlər zamanı rast gəlinir. Hal hazırda məlumdur ki, anemiya qalxanvari vəzin (QV) funksiyasına təsir göstərir, QV autoimmun xəstəlikləri isə anemiyanın yaranmasına səbəb ola bilər.

Hazırda endokrinologiyanın ən aktual məsələlərindən biri autoimmun genezli endokrinopatiyalardır. Bura həm autoimmun şəkərli diabet, həm də autoimmun tireopatiyalar (xronik autoimmun tireoidit və diffuz toksiki zob) aid edilir [8,9]. Xronik xəstəliklərə aid edilən autoimmun endokrinopatiyalar zamanı autoaqressiv reaksiyalar inkişaf edir ki, bunlar da hormon ifraz edən endokrin vəzilərin disfunksiyasına gətirib orqanspesifik çıxarır. Problemin aktuallığı həm bu xəstəliklərin yüksək səviyyəsi, həm də patoloji prosesə cəlb olunan orqan və sistemlərin çoxluğu ilə bağlıdır. Bütün bunlar öz növbəsində xəstələrin həyat keyfiyyətinin pisləşməsinə, əmək qabiliyyətinin itirilməsinə gətirib çıxarır [10].

Qalxanvari vəzin xəstəlikləri qadınlarda kişilərə nisbətən 10-17 dəfə çox olur [11,12]. QV autoimmun xəstəlikləri elmi və klinik əhəmiyyət kəsb edən bir problemdir. Onların inkişaf riski 80% hallarda genetik meyillik ilə bağlıdır, yalnız 20% halda ətraf mühit amilləri zəmin yaradır [13,14,15,16,17,18,19,20,21]. Əhalinin 1%-ə qədəri bu xəstəlikdən əziyyət çəkir [22]. Başqa müəlliflərə görə ümumi populyasiyada QV autoimmun patologiyalarının, məsələn diffuz toksiki zobun (DTZ) yayılma tezliyi 0,1-2% təşkil edir, reproduktiv yaşda olan qadın populyasiyasında isə 0,5%-ə qədərdir (23,12). Autoimmun tireoiditin (AİT) aşkar edilmə tezliyi bütün yaşlı əhali arasında 2% təşkil edir, 60 yaşdan yuxarı qadınlar arasında isə 10%-ə çatır [24]. Hazırda AİT qalxanvari vəzinin ən geniş yayılmış xəstəliklərindən biri olub, bütün tireoid patologiyanın 46%-ni təşkil edir [25]. AİT ilə xəstələnmə dərəcəsində azalma tendensiyası qeydə alınmır, əskinə son 6-10 il ərzində hətta 10 dəfəyə qədər artmışdır [25]. Məlumdur ki, qalxanvari vəzinin autoimmun xəstəliklər 35-60 yaşlarda olan qadınlarda debüt edir, lakin son illərin göstəricilərinə əsasən xəstəliyin "cavanlaşdığı" məlum olmuşdur [26].

XX əsrin ikinci yarısından immunologiyanın inkişaf etməsi ilə əlaqədar R.Volpe [27] nəzəriyyəsi meydana gəlmişdir. Bu nəzəriyyəyə əsasən diffuz toksik zobun yaranması limfositlərin miqdar və aktivlik göstəriciləri üzərində immunoloji nəzarətin pozulması ilə bağlıdır. İmmun tənzimlənmənin pozulması nəticəsində T-limfosit-supressorların defisiti meydana gəlir ki, bu da tireositləri məhv edən T-limfosit-killerləri "qadağan olunmuş" klonlarının sağ qalmasına səbəb olur. Onların məhv olması nəticəsində tireoqlobulinlər və tireoperoksidaza azad olur ki, onlar da B-limfositlər vasitəsilə anticisimlərin yaranmasını stimullaşdırırlar. T-limfosit-killerlər bu anticisimlərlə birgə tireositlərə qarşı aqressiv təsiri gücləndirərək, qalxanvari vəzidə artıq mövcud olan strutkur dəyişikliklərini dərinləşdirir. Qalxanvari vəzidə struktur dəyişiklikləri onun funksional aktivliyində də pozuntuların baş verməsinə səbəb olur. Bundan başqa, T-limfosit-helperlərin təsiri ilə aktivləşən B-limfositlər TTH reseptorlarına qarşı anticisimlər yaradırlar. Bunlar da tireosit reseptorlarını blokadaya alırlar. Nəticədə tireoid hormonların sintezi aşağı düşür ki, bu da qalxanvari vəzi disfunksiyasına gətirib çıxarır [28,21,29]. DTZ və AİT eyni autoimmun təbiətə malik xəstəliklərdir, lakin onların klinik gedişi bir-birindən nəzərəçarpaq dərəcədə fərqlənib, autoimmun reaksiyaların spektrindən asılı olur. Məsələn, DTZ olan xəstələrdə TTH reseptorlarını stimullaşdıran, AİT olduqda isə TTH-reseptorlarını blokadaya alan və sitotoksik anticisimlər üstünlük təşkil edir.

DTZ zamanı autoimmun proses qalxanvari vəzə infiltrasiya edən və tireoid toxumalara qarşı anticisimlərin yaranmasına səbəb olan limfositlərin proliferasiyasına gətirib çıxarır. Bu anticisimlər arasında qalxanvari vəzin funksional aktivliyini stimullaşdıran anticisimlər üstünlük təşkil edir. Nəticə etibarilə vəzin hiperfunksiya və hiperplaziyası inkişaf edir [30,31,32,33,34]. Autoimmun tireoidit qalxanvari vəzin funksiyasının itirilməsi və qanda tireoid hormonların səviyyəsinin aşağı düşməsi ilə assosiasiya olunur [35,36,37].

Ümumiyyətlə, yuxarıda adı çəkilən xəstəliklərin əsasını orqanizmin öz antigenlərinə qarşı tolerantlığının pozulması ilə biruzə verən autoimmuntetdə olan dəyişikliklər təşkil edir ki. Nəticədə orqanizmin normal toxumaları yad toxumalar kimi qəbul olunur və onlara qarşı immun cavab inkişaf edir [38]. Sintez olunan autoanticisimlərin immunoloji spesifikliyi autoimmun xəstəliklərin orqan-spesifik və orqan qeyri-spesifik xəstəliklərə ayrılmasına zəmin yaradır [38]. Orqan spesifik autoimmun xəstəliklərin əsas nümayəndələri endokrin xəstəliklərdir (AİT, DTZ).

Autoimmun tireoiditin və diffuz toksiki zobun patogenezində əsas yeri immun sistemdə baş verən dəyişikliklər tutur [33,39,40,41,42,43]. Lakin immunoloji göstəricilərin dəyişməsi haqqında olan məlumatlar ziddiyyətlidir. Autoimmun xəstəliklər zamanı autoimmun reaksiyaların inkişaf etməsi bir tərəfdən T-supressorlarla tənzimlənən hüceyrələrin aktivliyinin aşağı düşməsi (interleykin İL-1 və tipik boy faktoru

TFR-β çatışmazlığı), digər tərəfdən autoreaktiv limfositləri aktivləşdirən stimullaşdırıcı molekulların,eləcə də iltihabönü sitokinlərin (İFN- -γ, İL-17), sintezi ilə bağlı olur [44,29,45]. Lakin DTZ zamanı anticisimlər tireositlərin boyüməsinə və hormonun sintezinin stimulyasiyasına səbəb olursa, AİT zamanı isə komplement olduğu halda birbaşa sitotoksik effekt törədir. Bundan başqa, bu xəstəlik zamanı tireositlərin apoptoz qabiliyyəti müxtəlif olur [46]. Beləliklə, AİT və DTZ zamanı xəstələrin immun statusunun vəziyyəti müxtəlifdir, bu da autoimmun proseslərdə iştirak edən edən bioloji aktiv maddələrin təsiri , eləcə də tireotrop hormonun müxtəlif səviyyəsi ilə özünü göstərir.

Məlumdur ki, AİT və DTZ patogenezi oxşar immunoloji mexanizmlər üzrə inkişaf edir. Xüsusilə, qalxanavari vəzin limfositar infiltrasiyası və geniş spektrli sitokinlərin sintezi ilə müşahidə olunur. Bununla yanaşı, bu patologiyaların klinik təzahürü autoreaktiv proseslərin spesifik mexanizmlərinin reallaşdığını göstərir. Hesab edilir ki, autoimmun tireoidit əsasən Th-1 profilli sitokinlərin sintezinin üstünlüyü olan (o cümlədən İL-2), Th-1 tipli immun cavab ilə gedir, hansı ki, immunkompetent hüceyrələrin tireositlərə sitotoksik təsirinə və gələcəkdə qalxanvari vəzinin hipofunksiyasına səbəb olur. Qreyvs xəstəliyinin patogenezində isə Th2- immun cavabı (İL-4 produksiyası ilə əlaqədar olaraq) mexanizmi ilə getdir. Bu da tireotrop hormon reseptorlarına qarşı autoanticisimlərin yaranmasına və vəz tərəfindən sintez olunan tireoid hormonların artmasına gətirib çıxarır [47]. Klinik təcrübədən məlum olduğu kimi, qalxanvari vəzidə AİT və DTZ üçün xarakterik olan proseslər müştərək gedə bilər. DTZ ilə AİT-in müştərək gedişi zamanı funksional fəaliyyətdə olan parenxima həcminin azalması ilə əlaqədar spontan remissiyasının rastgəlmə tezliyinin nisbi artımı bu fikri təsdiq edir. Bu hal ya follikulyar epitelə sitotoksik reaksiyaların üstünlük təşkil etməsi və yaxud sitokinlər tərəfindən induksiya olunan tireositlərin apoptozunun aktivləşməsi səbəbindən baş verir.

Hemopoez sistemin qalxanvari vəzin bəzi xəstəliklərinə təsiri çoxdan məlum olsa da qalxanvari vəzidə autoimmun proseslər ilə hematoloji xəstəliklər arasında əlaqələr son illərdə daha geniş öyrənilmişdir [48].

Qalxanvari vəzi funksiyası pozulduqda bu əlaqələr daha aydın özünü göstərir. Hipertireoza meyillilik zamanı əksər hallarda eritrositoz müşahidə edilir. Bariz tireotoksikoz olduqda isə, anemiya, limfositoz, limfadenopatiya və dalağın böyüməsi, eləcə də eozinofiliya, qranulositopeniya, trombositopeniya aşkar edilir. Bununla yanaşı olaraq, bəzi müəlliflər hesab edirlər ki, DTZ zamanı ilkin hipokoaqulyasiya başlayır, digərləri isə tam buna əks fikirdədirlər [49].

Bariz hipotireoz da hemopoezə az təsir göstərmir - hipoplastik anemiya və onun bəzi növləri, leykopeniya, neytrofillərin hiperseqmentasiyası, trombositopeniya, həmçinin dəridə, selikli qişada və beyində xırda hemorragiyalara meyillilik olur. Bundan başqa, hipotireoz zamanı qanın laxtalanma sistemində pozulmalar qeydə alınır: fibrinolitik aktivliyin və laxtalanmanın VII faktorunun səviyyəsinin enməsi. Əksər hallarda bu dəyişikliklər silinmiş xarakter daşıyıb, qalxanvari vəzidə proseslərin nəzərə çarpma dərəcəsindən və sümük iliyinin potensial imkanlarından asılı olur.

AİT və subklinik hipotireoz zamanı dəmir mübadiləsinin pozulması və anemik sindromun tezliyi haqqında olan məlumatlara çox az rast gəldik. Lakin əldə etdiyimiz materiallardan məlum olmuşdur ki, manifest hipotireoz zamanı belə dəyişikliklərin müəyyən edilməsi, onların hemodinamik və ürək-damar sistemi pozuntularında rolu artıq məlumdur. AİT və subklinik hipoteriozun sideropenik sindromun inkişafı arasında əlaqə göstərilmişdir ki, bu da anemiyanın müxtəlif təzahür dərəcələrində tireoid hormonlarının öyrənilməsinin məqsədəuyğun edir.

İmmun sistemində və lipidlərin peroksidləşməsi ilə baş verən proseslərin hemostazdakı dəyişikliklər ilə sıx bağlı olduğu heç bir şübhə doğurmur [22].

Eyni zamanda həm immunitetin, həm də hemostazın vəziyyətini xarakterizə edən limfositar-trombositar adgeziya (LTA) testi son illər klinik təcrübədə uğurla tətbiq edilir [50,51]. Həmçinin, müəyyən edilmişdir ki, eritrositlər trombositlər və leykositlərlə qarşılıqlı əlaqəyə girərək [52], leykositar-eritositar (LAE) və eritrositar-trombositar aqreqatlar (ETA) yaradırlar. Belə aqreqatlar meydana gəldikdə eritrositlərin parçalanması və plazmaya prokoaqulyantların azad olması baş verir [51]. Lakin son illərə qədər DTZ bu götəricilər öyrənilməmişdir. Bununla yanaşı, DTZ zamanı LTA, LEA və ETA öyrənilməsi təkcə hüceyrə immunitetində baş verən patoloji dəyişiklikləri deyil, həm də damar-trombositar və koaqulyasion hemostazda baş verən dəyişiklikləri izah etməyə kömək edə bilər.

Məlum olduğu kimi, dəmir yod və selen ilə yanaşı tireoid hormonlarının normal sintezi və metabolizmi üçün zəruri olan əsas elementdir. Bu elementlərin çatışmazlıqları qalxanvari vəzinin fəaliyyətini poza bilir. Dəmirin kifayət qədər olmaması tireoid homonların sintezində pozuntulara səbəb olur, çünki "hem" asılı tireoid peroksidazanın aktivliyi aşağı düşür. Heyvanlar və insanlar üzərində aparılan çoxsaylı tədqiqatlar nəticəsində dəmir defisitli anemiya ilə tireoid funksiyanın pozulması arasında əlaqənin olduğu aşkar edilmişdir. Ədəbiyyatda qarşılıqlı əlaqənin olduğunu təkzib edən məlumatlar da vardır.

Qalxanvari vəzin autoimmun xəstəlikləri zamanı klinik hipo- və hipertireoz vəziyyətlərində mikroelementlərin (xrom, sink, nikel, dəmir, marqans, mis və kobalt) tərkibində defisitin olması immun sistemdə faqositar halqanın çatışmazlığı ilə bağlı olur [24]. Son illərin tədqiqatlarında göstərilmişdir ki, hipotireoz olan xəstələrdə dəmir sulfatı levotiroksinin qastrointestinal sorulmasını aşağı salır. Bununla əlaqədar olaraq, bəzi müəlliflər tövsiyə edirlər ki, dəmir defisitli anemiya olan xəstələrdə tireoid funksiyanın öyrənilməsi və levotiroksinin dozasının korreksiya edilməsi üçün əlavə müayinələr aparılsın [52]. Aşkar edilmişdir ki, dəmir ionlarının azalması tempi hemoqlobinin səviyyəsində olan dəyişiklikləri xeyli qabaqlaması DTZ olan xəstələrdə anemiyanın yaranmasında və sonrakı proqressivləşməsində əsas səbəblərindən biridir [53]. Qan plazmasında dəmir ionlarının miqdarı tireotoksikozun müddəti 5 ilə qədər olduqda 1,3 dəfə, 6-10 il davam etdikdə isə 2,7 dəfə enməklə hemoqlobinin aşağı düşmə tempini qat-qat üstələyir ($r=+0,18$; $p<0,05$) və bu fakt mövcud xəstə qrupunda anemiyanın aparıcı səbəbi kimi özünü göstərir [54].

Qalxanvari vəzinin funksiyasının aşağı düşdüyü ilkin mərhələlərdə artıq anemiyanın inkişaf etməsi mümkündür və bunu da bir çox müəlliflər öz tədqiqatlarında təsdiq edirlər [54,55,56,57]. Subklinik hipotireoz (SH) zamanı hemotoloji pozuntular davamlı xarakterli olur və əvəzedici müalicə aparılmadıqda şiddətlənə bilir. Nəticədə dəmir defisiti daha da dərinləşir, mikrositar və normositar anemiya artır [57]. A.Bremner və həmmüəlliflərinin yazdıqlarına əsasən, tiroksinin hətta norma daxilində cüzi tərəddüdləri belə hemotoloji göstəricilərin nəzərəçarpan dəyişiklikləri ilə assossiasiya olunur, bu göstəricinin artması hemoqlobin, hematokrit və eritrositlərin miqdarının artması ilə düz əlaqədədir ($p<0,01$) [54].

SH zamanı anemiyanın inkişaf etməsinin mümkünlüyü heç bir şübhə doğurmursa, onun inkişafının mexanizmlərinin üstünlük təşkil etməsi haqqında göstəricilər, variantlar, optimal korreksiya üsullarının seçilməsi birmənalı deyildir. Məlumdur ki, hipotireoz zamanı anemiya daha çox böyrəklərdə eritropoetinin istehsalının azalması, eləcə də dəmir, fol turşusu, B12 vitamini defisiti nəticəsində baş verir. Bu da mədə-bağırsaq traktı orqanlarının zədələnməsi və aybaşı siklinin pozulması ilə bağlı olur. Nəticədə müxtəlif növ anemiyaların, o cümlədən normositar, mikrositar və makrositar variantların inkişaf etməsi mümkündür [55]. SH zamanı qan zərdabında dəmirin və ferritinin səviyyəsinin daha aşağı olduğu müəyyən edilmişdir ki, bu da anemiya, eləcə də dəmir defisitli anemiya riskinin yüksək olduğunu göstərir [58].

SH üçün səciyyəvi olan mikrositoz və dəmir defisitli anemiyanın olduğunu qeyd edirlər [56]. SH ilə müştərək anemiya olan xəstələrin optimal şəkildə aparılması üsulları haqqında fikirlər də ziddiyyətlidir. Bir sıra müəlliflərin fikrincə, əksər hallarda hemotoloji pozuntuların aradan qaldırılması üçün levotiroksinin təyin edilməsi və eutiroid statusun bərpa edilməsi kifayətdir. Digərlərinin verdikləri məlumatlara əsasən əvəzedici terapiya fonunda eritropoetinin sintezinin artırılması hesabına eritropoezin stimulyasiyası müşahidə olunsa da, hemotoloji dəyişikliklər eutireoid vəziyyət əldə ediləndən sonra da aradan qalxmır [59]. Üçüncü nəzər nöqtəsinə əsasən anemiya və korreksiya olunmayan SH zamanı dəmir preparatlarının tətbiq edilməsi müsbət nəticələr verir. Eyni zamanda bəzi müəlliflər hesab edirlər ki, SH zamanı yalnız dəmirin təyin edilməsi cüzi terapevtik effektə malikdir, lakin levotiroksinin tətbiq edilməsilə bu effekti daha da gücləndirmək mümkündür [56,57].

AİT zamanı yarım il ərzində levotiroksin ilə əvəzedici terapiyanın aparılması lipidlərin peroksidləşməsi və antioksidant aktivlik vəziyyətinin normallaşması, lipidlərin aterogen fraksiyasının enməsini, anemik sindromun azalmasını təmin etmişdir. Ürəkdə dəyişikliklər daha az olmuşdur ki, bu da daha uzun müddətli terapiyanın aparılmasını tələb edir [60].

AİT və SH arasında sideropenik sindromun inkişaf etməsi ilə əlaqənin olması fikri vardır ki, bu da müxtəlif dərəcəli anemiyalar zamanı tireoid hormonların səviyyəsinin təyin edilməsi zərurətini qarşıya qoyur [61,60].

Artıq qeyd edildiyi kimi qalxanvari vəzin hormonları orqanizmdə praktik olaraq, bütün metabolik prosesləri tənzimləyir. Buraya dəmir mübadiləsi və qanda eritrositlərin emalı prosesləri də aiddir. Hipotireoz zamanı cavan qan hüceyrələrinin yaranması ləngiyir, dəmirin mədə və bağırsaq traktından sorulması, müvafiq olaraq hemoqlobinin sintezinin intensivliyi aşağı düşür.

Yuxarıda qeyd edilənləri nəzərə alaraq, qalxanvari vəzin autoimmun xəstəliklərinin cərrahi müalicəsi zamanı anemiyanın vaxtında diaqnostikası, onun inkişaf intensivliyinin və ağırlıq dərəcələrinin tədqiq edilməsi xüsusilə vacibdir.

DTZ ilə 13 xəstə müayinə olunub (19-61 yaş arası (orta yaş həddi 41,1±4,0), onlardan 8-i qadın və 5-i isə kişi olmuşdur). AİT ilə 16 xəstə (32-76 yaş arası (orta yaş həddi 45,3±2,8) onlardan 12-si qadın və 4-ü kişi olmuşdur). Anemiyanın aşkar edilməsi üçün aşağıdakı göstəricilər təyin olunub: Hb, eritrositlərin miqdarı, Ht, rəng göstəricisi, MCV, MCH, MCHC və hesablanmış göstərici- həcm - hemoqlobin faktoru (HHf).

Cədvəl
Anemiyanın aşkar edilməsi üçün göstəricilər

Hemotoloji göstəricilər	DTZ	AİT
Hb	118,7 ±3,7 q/l	106,4 ±3,3 q/l
Eritrositlərin sayı	4,5± 0,1 10^{12} /l	4,1±0,1 10^{12} /l
Ht	35,3±1,1%	31,8±0,9%
Rəng göstəricisi	0,81±0,02	0,79±0,02
MCV	78,4±2,3fl	76,7±2,1fl
MCH	26,5±0,8pq	25,8±0,8pq
MCHC	36,6±0,08q/dl	33,4±0,2q/dl
HHf	93,8±5,6	82,2±4,1

DTZ zamanı 7 (53,8%) xəstədə yüngül formalı anemiya akşar olunub. AİT zamanı bütün xəstələrdə anemiya müşahidə olunub: yüngül anemiya 15 (93,7%) xəstədə, orta dərəcəli anemiya 1 (6,3%) xəstədə. Klinik qruplarda qanın yaxmasının mikroskopik müayinəsində müxtəlif dərəcəli anizo- və poykilositoz müşahidə olunub. Bu da periferik qanda mikrositlərin miqdarının artması və eritrositlərin mikrositozu ilə müşayət olunub (MCV<80fl). Mikrositar anemiyaya DTZ zamanı 8 (61,5%) xəstədə, AİT olan 9 (56,2%) xəstədə təsadüf olunub.

Hemotoloji indekslerin dəmir difisitli hemopoez üçün xarakterik olan hipoxrom dəyişkənlikləri (MCH <24pq), DTZ olan 5 (38,5%) və AİT olan 3 (18,7%) xəstədə rast gəlinib. Normoxrom xarakterli anemiya isə (MCH 24-34 pq) DTZ olan 7 (53,8%), AİT olan 13 (81,2%) xəstədə təsadüf olunub.

Həcm – hemoqlobin faktoru (HHf), dəmirin latent defisitini xarakterizə edərək, daha çox DTZ olan xəstələrdə yüksəlmiş idi (93,8).

Beləliklə,

1) Anemiya AİT olan xəstələrdə DTZ olan xəstələrə nisbətən daha çox təsadüf olunur.

2) Müayinə qruplarında anemiyanın məlum olan morfoloji variantlarının müayinəsi zamanı daha çox qarışıq növə: dəmir difisitli və normoxrom anemiyaya təsadüf olunub.

ƏDƏBİYYAT

1.Наглядная гематология / Перевод с англ. Под редакцией проф. В.И. Ершова, 2-е изд,М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008, 116 с

2. Руководство по гематологии / Под ред. А.И. Воробьева. М.: Ньюдиамед, 2007,1275 с.

3. Бокарев И.Н., Немчинов Е.Н., Кондратьева Т.Б. Анемический синдром. М.: Практическая медицина, 2006, 128 с

4. Тарасов И.С., Чернов В.М. Профилактика дефицита железа - актуальная проблема здравоохранения всех стран мира // Гематология и трансфузиология, 2009, № 2, с. 31-38

5. Кардиология. Гематология / Под ред. Н.А. Буна, Н.Р. Колледжа и др,М.: ООО «Рид Элсивер», 2009, 288 с.

6. Андреичев Н.А., Балеева Л.В., Меньшиков В.В. (ред.) Методики клинических лабораторных исследований. М.: Лабора, 2008

7. Чазова И.Е., Фомин В.В., Пальцева Е.М. Прямой ингибитор ренина алискирен: новые возможности защиты почек при артериальной гипертонии // Клиническая нефрология, 2009,

8. Василиади Г.К. Проблемные вопросы аутоиммунного тиреоидита // Вестник новых медицинских технологий, 2012, № 3, с.138-139

9. Шарипова З.Ф., Фархутдинова Л.М. Взаимосвязь иммунологического статуса и микроэлементного профиля организма при тиреопатиях // Врач, 2007, №5, с.51-52

10. Саприна Т.В. Общие закономерности и особенности дизрегуляции иммунной системы при эндокринных заболеваниях аутоиммунного генеза: Дисс. … док.мед. наук. Томск, 2014, 388с.

11. Дедов И.И. Эндокринология: учебник для вузов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 432 с.

12. Михайлова С.В., Зыкова Т.А. Аутоиммунные болезни щитовидной железы и репродуктивные нарушения у женщин // Сибирский медицинский журнал, 2013, № 8, с.26-31

13. Weetman A.P. Etiology, diagnosis and treatment of Graves`disease // Thyroid international, 2003, №3, p.12-17.

14. Никитин ЮП, Рымар ОД, Максимов ВН и др. Полиморфизм A49G гена цитотоксического Т-лимфоцитсвязанного иммуноглобулина 4 (CTLA4), связь с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы в популяции Новосибирска // Клиническая и экспериментальная тиреоидология, 2008, №4(4), с.41-45

15. Никитин Ю.П., Рымар О.Д., Максимов В.Н. и др. Связь полиморфизма С1858Т гена PTPN22 с аутоиммунным тиреоидитом с исходом в гипотиреоз в популяции Новосибирска // Клиническая и экспериментальная тиреоидология, 2009, №5(1), с.47-52

16. Eschler D., Hasham A., Tomer Y. Cutting edge: the etiology of autoimmune thyroid diseases // Clinical reviews in allergy & Immunology, 2011, v.41, p.190-197

17. Hemminki K., Li X., Sundquist J. et al. The epidemiology of Graves' disease: evidence of a genetic and an environmental contribution // Journal of Autoimmunity, 2010, v.34, p.307-313

18. Manji N., CarrSmith J.D., Boelaert K. et al. Influences of age, gender, smoking, and family history on autoimmune thyroid disease phenotype // J Clin Endocrinol Metab., 2006, v.91, p.4873-4880

19. Рымар О.Д., Пьянкова А.К., Максимов В.Н., Мустафина С.В. Семейные случаи аутоиммунных заболеваний щитовидной железы // Клиническая и эксперимент. тиреоидология, 2013, №4, с.39-45

20. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Фундаментальная и клиническая тироидология. М.: Медицина, 2007, 816 с.

21. Самсонова А.М., Левин А.В., Гаврилова Н.А. Компьютерная рефлексотерапия в восстановительном лечении пациентов с хроническим аутоиммунным тиреоидитом, гипотиреозом // Вестник новых медицинских технологий, электронный журнал, 2016, №4

22. Гвоздева О.В. Иммунитет, гемостаз, перекисное окисление липидов и лейкоцитарно-эритроцитарно-тромбоцитарные взаимоотношения при диффузном токсическом зобе: Дис. ... канд. мед. наук. Чита, 2008, 132 с

23. Abalovich M. Subclinical hypothyroidism and thyroid autoimmunity in women with infertility // Gynecol Endocrinol., 2007, v 23, p.279-283.

24. Шарипова З.Ф. Иммунный и микроэлементный статус при аутоиммунных заболеваниях щитовидной железы: Дис. … канд. мед.наук. Уфа, 2009, 104 с.

25. Суздальцев И.В., Пыхтин Ю.Ю., Кубанов С.И. Диагностика узловых образований щитовидной железы на аутоиммунного тиреоидита // Кубанский научный медицинский вестник, 2009, № 1 (106), с.115-118

26. Bednarczuk T., Gopinath B., Ploski R., Wall J.R. Susceptibility genes in Grave's ophthalmopathy: searching for a needle in a haystack // Clin Endocrinol., 2007, v.67, №1, p.3-19.

27. Volpe, R. Growing an interest in autoimmune thyroid disease. // Endocrinol. Metab. Clin. North. Am. 2000. - Vol.2. - P. 431-442

28. Велданова М.В. Уроки тиреоидологии. М.: ООО Изд-во «Интелтек», 2005. 542 с.

29. Zhang Y., Zhou Z.G., Yang L. et al. Abnormal T cell autoimmunity against GAD65 in LADA patients // Zhonghua Yi Xue Za Zhi., 2010, v. 90, p.1963-1965.

30. Абрамова Н.А. Болезнь Грейвса-Базедова. Эндокринология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008, с.523-534

31. Вольпе, Р. Аутоиммунные заболевания щитовидной железы // Болезни щитовидной железы / Под ред. Л.И. Бравермана. М.: Медицина, 2000, с.140-172

32. Дрометр Д.А., Тузанкина И.А., Кияев А.В. Иммунологические аспекты дифференциальной диагностики синдрома гипертиреоза // Клиническая и экспериментальная тиреоидология, 2007, № 1, с. 18-23

33. Кандрор В.И. Механизмы развития болезни Грейвса и действия тиреоидных гормонов. // Клиническая и экспериментальная тиреоидология, 2008, № 1, с. 26-43

34. Кэттайл, В.М., Арки, Р.А. Патофизиология эндокринной системы: пер. с англ. М.: «Невский диалект»-«Изд-во БИНОМ», 2007,336 с.

35. Fang Y., Sharp G.C., Braley-Mullen H. Interleukin-10 Promotes Resolution of Granulomatous Experimental Autoimmune Thyroiditis // The American Journal of Pathology, 2008, v.172, p.1591-1602

36. Gianoukakis A.G., Khadavi N., Smith T.J. Cytokines, Graves' Disease, and Thyroid-Associated Ophthalmopathy // Thyroid, 2008, v.18, p.953-958.

37. Kahaly G.J., Grebe S.K., Lupo M.A. et al. Graves' disease: diagnostic and therapeutic challenges (multimedia activity) // Am. J. Med., 2011, v.124, p. 2-3.

38. Валеева Ф.В., Киселева Т.А., Ахунова Г.Р. Проблемы взаимосвязи патологии щитовидной железы и ревматологических заболеваний // Сибирский медицинский журнал, 2011, № 4, Выпуск 2, с.22-28

39. Уразова О.И., Кравец Е.Б., Новицкий В.В. и др. Апоптоз лимфоцитов крови у больных аутоиммунными тиреопатиями // Медицинская иммунология, 2008, № 2-3, с.187-192.

40. Шагарова С.Г., Мацынина В.П., Догадин С.А. и др. Состояние метаболизма лимфоцитов крови у больных диффузным токсическим зобом в процессе лечения // Клиническая и экспериментальная тиреоидология, 2010, № 3, с.42-47

41. Саприна Т.В., Прохоренко Т.С., Рязанцева Н.В. и др. Иммунологические и морфологические предикторы клинической гетерогенности пациентов с болезнью Грейвса (по результатам исследования оперативного материала щитовидной железы) // Бюллетень сибирской медицины, 2015,Т. 14, № 1, с.81-91

42. Khan F.A., Al-Jameil N., Khan M.F. et al. Thyroid dysfunction: an autoimmune aspect // Int. J. Clin. Exp. Med., 2015, v.8(5), p.6677-81

43. Казаков С.П. Уровень цитокинов и молекул межклеточной адгезии в плазме крови и их диагностическая эффективность при аутоиммунных и онкологических заболеваниях щитовидной железы // Медицинская иммунология, 2010, № 6, с.559-564

44. Шагарова С.Г. К проблеме иммунопатогенеза аутоиммунных заболеваний щитовидной железы // Сибирский медицинский журнал, 2011, № 1, с.42-45

45. Майборода А.А., Калягин А.Н., Зобнин Ю.В., Щербатых А.В. Современные подходы к подготовке оригинальной статьи в журнал медико-биологической направленности в свете концепции «доказательной медицины» // Сибирский меди- цинский журнал (Иркутск), 2008, Т. 76. №1, с.5-8

46. Иванова Е.В., Богатырева З.И., Исаева М.А. и др. Антитиреоидные антитела различной специфичности в патогенезе и диагностике аутоиммунных заболеваний щитовидной железы // Терапевтический архив, 2009, Т.81, №10, с.39-45

47. Андреева А.В., Е.Н. Сучкова, С.И. Гаджиева и др. Популяция антитиреоидных аутоантител как источник антител различных уровней специфичности и функциональности: клиническая значимость феномена комбинаторики при мониторинге пациентов с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы // Клиническая и экспериментальная тиреоидология, 2011, Т. 7, № 2, с. 19-27.

48. Демина Т.Н., Алипова Н.Ф. Аутоиммунный тиреоидит и репродуктивная функция женщины // Новости медицины и фармации» Акушерство, гинекология, репродуктология, 2009, 275

49. Сулкарнаева Г.А. Внутрисосудистое свертывание крови, толерантность к тромбину, активность тромбоцитов и интенсивность липид пероксидации при гипер- и гипотиреозе: Автореф. дис. … докт. мед. наук. Тюмень, 2007, 42 С.

50. Витковский Ю.А. и др. Состояние иммунитета и лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии при раке гортани // Медицинская иммунология, 2007, № 6, с.633-639

51. Кузник Б.И. Общая гематология. Гематология детского возраста. Ростов-на-Дону: Феникс, 2007, 575 с.

52. Shakir K.M., Chute J.P., April B.S., Lazarus A.A. Ferrous sulfate-induced increase in requirement for thyroxine in a patient with primary hypothyroidism // South Med J., 1997, v.90. p.637-639

53. Фархутдинова Л.М., Аллабердина Д.У., Гайсарова Г.А. и др. Диффузный токсический зоб: современные представления и анализ клинического случая // Медицинский вестник Башкортостана, 2011, №5, с.130-136

54. Bremner A.P,. Feddema P,. Joske D.J. et al. Significant association between thyroid hormones and erythrocyte indices in euthyroid subjects // Clin Endocrinol (Oxf), 2012, v.76, p.304-311.

55. Omar S., Hadj Taeib S., Kanoun F. et al. Erythrocyte abnormalities in thyroid dysfunction // Tunis. Med., 2010, v.88 (11), p.783-8

56. Cinemre H., Bilir C., Gokosmanoglu F., Bahcebasi T. Hematologic effects of levothyroxine in iron-deficient subclinical hypothyroid patients: a randomized, double-blind, controlled study // J Clin Endocrinol Metab., 2009, vol.94, p.151-156.

57. Некрасова Т.А., Стронгин Л.Г., Леденцова О.В. Гематологические нарушения при субклиническом гипотиреозе и их динамика в процессе заместительной терапии // Клиническая медицина, 2013, № 9, с.29-33

58.Некрасова Т.А., Стронгин Л.Г., Леденцова О.В., Казакова Л.В. Взаимосвязь между уровнем ТТГ и некоторыми факторами сердечно-сосудистого риска при аутоиммунном тиреоидите и субклиническом гипотиреозе // Клиническая и экспериментальная тиреоидология, 2014, том 10, №2, с.16-21

59. Christ-Crain M., Meier C., Huber P. et al. Effect of restoration of euthyroidism on peripheral blood cells and erythropoietin in women with subclinical hypothyroidism // Hormones (Athens), 2003, vol.2, p.237-242

60. Новицкая А.Б. Структурно-функциональные изменения сердца и метаболические нарушения у больных аутоиммунным тиреоидитом: Дис. ...канд.мед.наук. Нижний Новгород, 2005, 99с.
61. Новик А.А., Богданов А.Н. Анемии (от А до Я): Руководство для врачей / Под ред. Акад. Ю.Л. Шевченко. СПб: Издательский дом «Нева», 2004, 320 с.

Xülasə

Qalxanvari vəzin autoimmun xəstəlikləri və anemiya

F.X. Saidova, J.B. Aslanova, R.H.Hüseynov

Anemiya - klinik-hematoloji sindrom olub, hemoqlobinin konsentrasiyasının aşağı düşməsi və əksər hallard, bir həcm vahidində eritrosit və hemoqlobinin azalması ilə xarakterizə olunur. Anemiya yer kürəsinin əhalisinin ümumilikdə 10-20 %-də aşkar edilib, reproduktiv yaş dövründə olan qadınlar və uşaqlarda isə 40-50% halda qeydə alınır [1,2]. Bütün anemiyaların 70%-90%-ni dəmir defisitli anemiya təşkil edir. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) göstəricilərinə əsasən dəmir defisitli anemiyalar (DDA) 38 ən geniş yayılmış xəstəliklər arasında ilk sıralarda durur. Son illər bu göstəricilər azalmaq əvəzinə, əksinə bəzi regionlarda artmaqda davam edir [3]. ÜST ekspertləri qeyd edirlər ki, anemiyanın 40%-dən yüksək yayılma tezliyi artıq onu təkcə tibbi problem kimi deyil, həm də sosial problem kimi qarşıya qoyur. Anemiya AİT olan xəstələrdə DTZ olan xəstələrə nisbətən daha çox təsadüf olunur. Müayinə qruplarında anemiyanın məlum olan morfoloji variantlarının müayinəsi zamanı daha çox qarışıq növə: dəmir difisitli və normoxrom anemiyaya təsadüf olunub.

Summary

Autoimmune diseases of the thyroid gland and anemia

F.K. Saidova, J.B. Aslanova, R.H.Huseynov

Anemia is a clinical-hematological syndrome, characterized by a decrease in hemoglobin concentration and, in most cases, a reduction in erythrocytes and hematomas. Anemia is found in 10 to 20% of the population of the Earth, and it is registered in women of reproductive age and 40-50% in children [1,2]. 70-90% of all anemia is iron deficient anemia. According to the World Health Organization (WHO), iron deficiency anemia (DDA) ranks among the 38 most common diseases. In recent years, these indicators have continued to grow in some regions instead of diminishing [3]. WHO experts note that over 40% of anemia is no longer a medical problem but as a social problem. Anemia is more common in patients with AIDS compared to patients with DTZ. During the examination of the known morphological variants of anemia in the examination groups, more complicated types were observed: iron dipital and normoxrom anemia.

Daxil olub: 05.07 2018

ŞƏRQ TƏBABƏTİNİN DİAQNOSTİK ÜSULLARI

R.F.Təhməzov

Azəbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: Şərq təbabəti, baxış, dinləmə, qoxulama, sorğu, palpasiya, nəbz diagnostikası

Ключевые слова: Восточная медицина, осмотр, прослушивание, обоняние, опрос, пальпация, пульсавая диагностика

***Keywords*:** Eastern medicine, examination, ausculation, smell, survey, palpation, pulse diaqnosis

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının məlumatına görə, hazırda hər dörd pasiyentdən biri Qərb təbabəti diaqnostika və müalicə üsulları ilə yanaşı Şərq təbabəti üsullarından da istifadə edir [1,2].

Lakin həkimlərin böyük əksəriyyətinin Şərq təbabəti üsulları ilə yaxından tanışlığı yoxdur. Təəsssüf ki, Qərb (Müasir) təbabəti çərçivəsində, Şərq (ənənəvi) təbabətindən fərqli olaraq, xəstələrin klinik müayinə metodları kifayət qədər öyrənilmədiyinə görə müasir həkimlər Şərq diaqnostika üsullarının imkanlarından nadir hallarda istifadə edirlər. Bunun bir sıra səbəbləri vardır. Şərq təbabəti Şərq fəlsəfi əsaslarının ayrılmaz hissəsidir ki, bu da müasir həkimlərin onu qavramasında çətinliklər törədir. Həmçinin Şərq diaqnostikası elə də asan bir istiqamət (metod) deyildir. Qərb təbabəti üçün xarakterik olan funksional-morfoloji nöqteyi

nəzərdən Şərq təbabətinin əsası olan funksional informasiyaya keçid müasir tibb təhsili alan həkimlər üçün çətindir [2,3,7].

Bu baxımdan, bəzi pasiyentlərin bu barədə məlumatı həkimlərə nisbətən daha çox olur. Belə vəziyyətin alınmaması üçün həkimlər bu sahədə öz biliklərini genişləndirməlidirlər. Beləliklə, indiki zamanda həkimlərin qarşısında duran əsas məqsəd təbabətin mühüm sahələrindən biri olan Şərq və Qərb təbabətinin birgə sintezini öyrənmək və onun tətbiqinə nail olmaqdır. Bu üsulları birgə istifadə etməklə müalicənin effektivliyini yüksəltmək olar [4].

Əsas (klassik) diaqnostik üsullar. Daxili orqanların xəstəliklərinin klinik diaqnostikasının əsasını xəstəliyin müayinə metodlarının öyrənilməsi təşkil edir. (Həkimin diaqnostik texnikası) [5,6].

Ümumiyyətlə, praktik təbabət və onun metodik əsası olan müayinə xüsusiyyətlərini nəzərə alaraq, onların öyrənilməsi və mənimsənilməsi üçün xüsusi yanaşma tələb edir.

Şərq təbabətində diaqnostika – xəstəliyin xarici təzahürlərinin müayinəsi ilə başlayır və buna əsasən patoloji dəyişikliklərin səviyyəsi müəyyənləşdirilir. Bunun üçün 4 əsas diaqnostik metod vardır: baxış, dinləmə (və qoxulama), sorğu və palpasiya.

Baxış zamanı həkim xəstəliyin regionar (yerli) və sistemli təzahürlərini, xarici örtüklərin rəngini, xəstənin xarici görünüşünü gözlə müayinə edir. Qoxulama, nəfəsalma və nəfəsvermənin, səsin və bağırsaq küylərinin dinlənilməsi, səsə və qoxuya görə diaqnozu müəyyənləşdirməyə imkan verir. Sorğu vasitəsilə həkim xəstəliyin başlanmasını, gedişini, xəstəliklə bağlı simptomları və əlamətləri dəqiqləşdirir. Palpasiya vasitəsilə orqanizmin patoloji vəziyyəti və nəbz yoxlanılır [7,8].

Bu 4 diaqnostik metod ayrı-ayrılıqda tətbiq oluna bilməz, çünki onlar bir-birini tamamlayır. Praktik fəaliyyətdə bu 4 metodun yalnız birgə tətbiqi xəstəlik haqqında tam məlumat verir. Şərq diaqnostikası Şərq təbabətinin ilk pilləsidir və həkimdən müşahidəçilik, səbr, detallara diqqət, təhlil etmək qabiliyyətini tələb edir.

Qeyd etmək lazımdır ki, Şərq diaqnostikası fenomenoloji keyfiyyətə əsaslanır, müasir Qərb təbabətinin diaqnostikası isə kəmiyyətə əsaslanır. Şərq təbabəti diaqnostikanı çoxsaylı müşahidələr və analoji nəticələrə əsaslanaraq, qarşılıqlı əlaqələrdən başlayır. Nəticədə xəstəyə funksional-sindroloji diaqnoz qoyulur ki, bu da "Səkkiz aparıcı prinsip" nəzərdə tutur, yəni patoloji faktorun qüvvəsi və dərinliyi, orqanizmin funksional vəziyyəti, onun digər orqanlar və sistemlərin funksional vəziyyəti ilə vəhdəti, zədələnmiş orqanın vəziyyətinin qiymətləndirilməsi və s. [9]

Qərb diaqnostikasının əsasında durur: morfoloji defektin dərəcəsi (Locus morbi) və xəstəliyin ağırlıq dərəcəsinin qiymətləndirilməsi. Qərb və Şərq təbabətini qarşı-qarşıya qoymaq cəhdləri boşa çıxmışdır, çünki onlar patoloji prosesin müxtəlif aspektlərini əks etdirir. Şərq təbabətində "orqan" anlayışı təkcə anatomik orqan deyil, ona müvafiq gələn təbii dəlikləri, toxumaları, anatomik strukturları, emosiyaları və nəhayət fizioloji funksiyaların kompleksini əks etdirir. Məsələn: Şərq təbabətində "dalaq" anlayışına ağız və dodaqlar, dörd ətraf, əzələ toxuması da aid edilir. Dalağın funksiyalarına isə qida müddələrinin çevrilmələri və daşınması, qanın laxtalanma sisteminin tənzimi, əzələ və ətrafların vəziyyətinə cavabdehlik aid edilir [8].

Dalağın funksiyalarının pozulması zamanı diqqətli müayinə aparılarsa, əsas orqana aid olan digər orqanlarda da dəyişiklik tapılar. Ayrı-ayrı funksiyaların pozulması özünü müxtəlif şəkildə biruzə verə bilər. Məsələn: dalağın nəqliyyat funksiyası (suyun nəqli) pozulduqda, bronxit və ya pnevmoniya əmələ gəlir ki, bunun da əsas əlaməti orqanizmdən suyun ayrılması, əzələ zəifliyi, ya ishal, ya da assitlə müşayiət olunacaq [7,13].

Beləliklə, Şərq təbabətində - "dalağın nəqliyyat funksiyasının pozulması" diaqnozu Qərb təbabətinə görə müxtəlif xəstəliklərə uyğun gələ bilər. Qeyd edək ki, göstərilən halda morfoloji dəyişikliklər ağciyərdə, bağırsaqda və ya qaraciyərdə aşkar olunacaq.

Diaqnostika, patogenez və xəstəliklərin təsvirinə müxtəlif yanaşmalara baxmayaraq, Şərq və Qərb diaqnostikaları bir-birini tamamlayan üsullar kimi istifadə oluna bilər. Şərq təbabəti xüsusilə bir çox orqanların zədələnmələrində və diaqnostika cəhətdən aydın olmayan hallarda əvəzsizdir [11].

Şərq təbibləri öz praktik fəaliyyətlərində bədənin xarici örtükləri ilə daxili orqanlar arasında sıx əlaqə olduğunu və birincidə baş verən hər bir dəyişikliyin daxili orqanların patoloji prosesinə dəlalət etdiyini anlamışlar. Xəstənin xarici müayinəsi ilk növbədə baxış vasitəsilə həyata keçirilir.

Xəstənin konstitusiyası onun aktivlik dərəcəsini, enerjisinin səviyyəsini, orqanların vəziyyətini əks etdirir. Xəstə sakitdirsə, gözləri parlaqdırsa, onda xəstəlik orta və ya yüngül dərəcəlidir. Əgər xəstə apatikdir, əzgindir, gözləri tutqun, psixi dəyişikliyi varsa, onda xəstəlik daha ciddidir [12].

Üzün rəngi və parlaqlığı enerjinin nisbi səviyyəsini, daxili orqanların vəziyyətini göstərir və bu göstəricilərin dəyişməsi patoloji vəziyyətə dəlalət edir. Beləliklə, üzün 5 patoloji rəngi ola bilər: mavi, sarı, qırmızı, avazımış (solğun), torpaq rəngi.

Üzün parlaqlığının 4 tipi var: açıq, nəmli, tutqun, üzülmüş.

Qırmızı rəng hərarət sindromunun göstəricisidir. İzafilik (artıqlıq) və çatışmazlıq şəklində təzahür edə bilər. Əgər bütün sifət qırmızıdırsa, bu artıqlıq tipli hərarət sindromudur və qızdırma ilə müşayiət olunan xarici patogen istiliyin orqanizmə daxil olması ilə əmələ gəlir [13].

Yanaqlarda çəhrayı ləkələr və gecə tərləmələri ilə müşayiət olunan dalğavari qızdırma hərarət sindromunun göstəricisidir.

Solğun rəng soyuq sindromunun və ya qanitirmənin göstəricisidir.

Sarı rəng çatışmazlıq əlamətidir.

Üzün mavi rəngi soyuq sindromuna, güclü ağrı sindromuna, qan durğunluğu və labüd qıcolmalara dəlalət edir. Dodaqların sianozu və ürək nahiyəsində ağrılar ürəkdə qan durğunluğunu göstərir. Üzün və dodaqların sianozu, dəyişən qızdırma ilə birgə mümkün qıcolmaların göstəricisidir. Üzün sianozu və qonur rəngi qaraciyər və öd kisəsinin zədələndiyini gösərir [12].

Üzün qonur (torpaq) rəngi böyrəklərdə energetik çatışmazlıq və qan durğunluğunun əlamətidir. Əgər dəri tutqun qonur rəngdədirsə və qabıq verirsə, qan durğunluğu uzun müddətlidir. Qonur qırmızımtıl rəng qaraciyərdə "alovun" göstəricisidir.

Ümumiyyətlə, parlaq və nəm dəri orta və yüngül dərəcəli xəstəliyi göstərir ki, bu zaman enerji və qan hələ zədələnməyib və proqnoz nisbətən yaxşıdır. Tutqun və üzülmüş rəng xəstəliyin ciddi olduğunun ifadəsidir.

Sekret və ekskretin də rəngi müayinə olunur. Ağız suyu, burun sekreti, uşaqlıq sekreti və s.

Ümumiyyətlə açıq və ağ rəng soyuq və çatışmazlıq, tutqun sarı və ya yaşıl (irinli) rəng izafilik hərarət sindromunu ifadə edir.

Xarici görkəm əzələlərin inkişaf dərəcəsini, piy təbəqəsinin inkişafını, hərəkəti, bədənin vəziyyətini göstərir [15].

Artıq çəki, psixi depressiya halı adətən enerji çatışmazlığını və yaş fleqma artıqlığını, arıqlıq və quru dəri isə qanazlığını göstərir.

Xəstənin vəziyyəti və onun hərəkətliyi xəstəliyin xarici təzahürləridir.

Ətrafların qeyri-iradi hərəkətləri, tetanus, insult kimi patogen küləklərdə törədilən xəstəliklər zamanı müşahidə olunur.

Zəiflik hərəkiliyin pozulması və əzələ atrofiyası "VEY" sindromuna xasdır. Vətər və əzələlərdə şiddətli ağrılar, ağırlıq hissi, şişkinlik, oynaqlarda hərəkətin məhdudlaşması "Bİ" sindromu adlanır. Hemiplegiya "külək" tipli zədələnmələrə aiddir [12,16].

Gözlərin müayinəsi. Qaraciyər, daxili orqanların birincili enerjisi gözə açılır. Bundan əlavə, insanın ruhi başlanğıcı "Shen" gözdə əks olunur. Gözlərdə anomaliyalar daxili orqanların patologiyası ilə bağlıdır. Canlı gözlər xəstəliyin yüngül mərhələsini, tutqun gözlər isə ağır xəstəliyi ifadə edir. Qızarmış şişkin gözlər hərarət-külək və ya qaraciyərdə "alovun" göstəricisidir. Skleranın sarı rəngi sarılığı, mavi rəngi ağciyərdə energetik zəifləməni, gözün altında qara həlqə qanazlığını göstərir. Buynuz qişanın zədələnməsi nəm-istilik sindromudur. Baxışın yuxarı və ya yanlara fiksasiya olunması çox vaxt qaraciyərin "külək"lə zədələnməsini göstərir (insult) [7].

Burun müayinəsi. Xarici görünüşü və ifrazatı: Burun qanadlarının qabarması ağciyərlərdə "isti" əsasında astmatik tənəffüs zamanı, və ya ağciyər və böyrəklərdə enerji azlığı zamanı baş verir.

Sarımtıl rəngli burun "isti" sindromunu göstərir. Açıq ifrazat "soyuq külək" sindromunda yapışqanabənzər qatı ifrazat "isti külək" sindromu zamanı rast gəlinir [12,14].

Qulaqların müayinəsi. Qulaq seyvanının rəngi və daxili qulağın vəziyyəti nəzərə alınır. Quru əzgin qulaq seyvanı ağır, uzunmüddətli xəstəlik zamanı böyrəklərdə həyat enerjisinin azalması hallarında müşahidə olunur. Qulaqda irinli ifrazat qaraciyər və öd kisəsində "nəm istilik" sindromu zamanı ola bilər.

Diş ətinin müayinəsi. Diş ətinin rənginin solğunluğu qanazlığına işarədir. Qızarmış, şişkinləşmiş diş əti mədədə "alov"u göstərir. Bu hal qanaxma ilə müşayiət olunarsa, mədədəki "alov"un damarları zədələdiyini göstərir.

Dodaqların və ağız boşluğunun müayinəsi. Dodaqların solğunluğu qanazlığını, sianozu, "soyuq" sindromu, qan durğunluğunu göstərir.

Quru, çatlamış, qırmızı dodaqlar "isti"lik sindromudur. Daim yarımaçıq ağız – ümumi "boşluğu" ifadə edir. Kollaps ağzın açılması ilə müşayiət olunursa, bu "çatışmazlıq" sindromudur, çənələrin bir-birinə möhkəm sıxılması ilə müşayiət olunursa, "izafilik" sindromudur.

Boğazın müayinəsi. Ağrılı, qızarmış, şişkin boğaz mədə və ağciyərlərdə "isti"liyin toplanmasındandır. Qızartı və şişkinlik ağ, sarı xoralarla müşayiət olunarsa, ağciyər və mədənin "isti" ilə ciddi zədələndiyini göstərir.

Dilin müayinəsi. Dil 4 hissəyə bölünür: dilin ucu ürək və ağciyərləri, cismi – dalaq və mədəni, kökü – böyrəkləri, yan hissələri – qaraciyər və öd kisəsini əks etdirir [4,8].

Dilin xarici görünüşü, forması, hərəkətliyi və üzərindəki ərp müayinə olunur.

Dinləmə və qoxulama. Səsin dinlənməsi: Gur, tez danışıq – "izafilik" sindromunu, yavaş, sürətsiz danışıq "çatışmazlıq" sindromunu göstərir.

Səs xırıldaması və səsin itirilməsi həm "çatışmazlıq", həm də "izafilik" sindromu zamanı rast gəlinə bilər.

Bu əlamətlər ekzogen mənşəli şiddətli başlayan xəstəliklərdə olarsa, "izafilik", tədricən, xronik və endogen xəstəliklərdə "çatışmazlıq" sindromudur.

Əlaqəsiz, gur nitq huşun itirilməsi ilə müşayiət olunursa, "izafilik" tipli sindromu, insanın ruhi başlanğıcının (Shen) "isti"liklə zədələnməsini göstərir. Laqeyd səslə təkrarlanan sözlər ürəyin enerjisinin ciddi zədələndiyini göstərir [2,4].

Tənəffüsün dinlənilməsi. Küylü tənəffüs və gur nitq orqanizm daxilində yaranan "alov" nəticəsindəki "izafilik" sindromunu göstərir, zəif tənəffüs enerji azlığını ifadə edir. Tezləşmiş tənəffüs ağciyərdə "alov"u göstərir [11].

Zəif astmatik tənəffüs gur xırıltılarla ağciyərdə patogen faktorun saxlanmasını və ağciyər enerjisinin zədələndiyini – yəni "izafilik" tipli astmanı ifadə edir. Fasiləli səthi tənəffüs boşluq sindromuna işarədir.

Öskürək – ağciyərin energisini bölüşdürüb aşağı ötürmək funksiyasının pozulması əlamətidir.

Kobud, hürücü öskürək "izafilik" sindromunu, sakit öskürək "çatışmazlığı" ifadə edir.

Artıq nəmlə müşahidə olunan öskürək zamanı zədə dalaqda lokallaşır. İfrazatsız öskürək ağciyərin patogen quruluqla zədələndiyini göstərir [11,12].

Hıcqırma mədənin enerjisinin anomal surətdə yuxarı qalxması zamanı baş verir. O, normal (bədənin soyuması və tələsik qida qəbulu nəticəsində) və patoloji (mədənin uzunmüddətli xəstəliklərində və enerjisinin tükənməsi səbəbilə) ola bilər. Tez-tez təsadüf edilən, güclü hıcqırma "izafilik" sindromu – hərarət zamanı, zəif, gec baş verən hıcqırma isə "çatışmazlıq" sindromu "soyuq" zamanı əmələ gəlir.

Xronik və ciddi kəskin xəstəliyi (məsələn: peritonit) olan pasiyentlərdə hıcqırmanın olması xəstənin vəziyyətinin ağırlığını ifadə edir.

Sekret və ekskretlərin üfunətli olması "izafilik" tipli sindromları, ağızdan turş qoxu gəlməsi isə qida kütləsinin mədədə saxlandığını göstərir. Bundan başqa, qoxunun mənbəyi zədələnmənin lokalizasiyasını ifadə edir. Belə ki, bəlğəmin üfunətli olması ağciyər absesinin olduğuna şübhə yaradır. Ağızdan şirin qoxu qaraciyər və dalağın xəstəliyində rast gəlir [3,7].

Sorğu sistemli şəkildə, pasiyentin əsas şikayətlərinə diqqət yetirilərək aparılır və əsasən aşağıdakı suallara cavab alınır.

Qızdırma və titrəmələrin nə zaman baş verdiyini, eyni zamanda, yoxsa növbə ilə olduğunu və hansı simptomlarla müşayiət olunduğunu aydınlaşdırmaq vacibdir.

1. Qızdırma ilə əlaqəli titrətmələr. Eyni zamanda hər ikisinin olması xəstəliyin əvvəlində xarici sindromu (ekzogen patogen faktorun daxil olması ilə yaranan) ifadə edir.

2. Alternəedici qızdırma və titrətmələr aralıq sindromun (patogen faktor səthdən keçmiş, lakin hələ orqanizmin dərinliyinə daxil olmamışdır) tipik sindromudur. Bu zaman xəstə həm də ağızda acılıq, boğazda ağrı, döş qəfəsində və qabırğaaltı sahələrdə dolğunluq və sancı hissindən şikayət edir.

Titrətmə tutmalarının qızdırmadan sonra düzgün növbələşməsi zamanı malyariya diaqnozu qoyulur.

3. Titrətməsiz qızdırma. Periodik titrətməsiz yüksək qızdırma, istiyə dözümsüzlüklə birlikdə - "izafilik" tipli daxili "isti"lik sindromuna işarədir. Bu zaman patogen faktor orqanizmin daxilinə keçmişdir. Bu həmçinin güclü tərləmə, boğaz ağrısı və yüksək nəbzlə müəyyən saatlarda daha çox nəzərə çarpırsa, onda fasiləli qızdırma olduğu aydınlaşır.

4. Qızdırmasız titrətmə "çatışmazlıq" tipli daxili "soyuq" sindromuna işarədir. Bundan əlavə, xəstədə dərin, zəif sürətli nəbz və ətrafların soyuması baş verir.

Xarici sindromlar zamanı tərləmənin olmaması (başqa simptom və əlamətlərə görə diaqnoz qoyulmuşsa) patogen "soyuğun" daxil olduğunu göstərir.

Tərləmənin olması isə ya patogen "küləyin" daxil olması nəticəsində xarici "çatışmazlıq" sindromunu, ya da patogen "isti külək"in daxil olması nəticəsində xarici "istilik" sindromunu göstərir [10,11].

Yüksək hərarət fonunda güclü tərləmə, narahatlıq, soyuq içkilərə üstünlük verən susuzluq hissi və yüksək nəbz "izafilik" tipli daxili "istilik" sindromudur.

İştahanın yaxşı olması xəstəliyin yüngül və ya orta gedişini, xronik xəstəliklər zamanı iştahanın artması isə sağalmanın yaxın olduğunu göstərir.

Pis iştaha adətən xroniki xəstəliklər zamanı rast gəlinir və arıqlama, ishal, yorğunluqla müşayiət olunur. Bu zaman dil solğun olur və üzəri nazik ağ ərplə örtülür ki, bunlar da dalağın və mədənin enerjisinin zəiflədiyinə dəlalət edir.

Döş qəfəsində ağrı ilə müşayiət olunan pis iştaha, mədənin həddən artıq dolması, yapışqan ərpli dolğun dil onu göstərir ki, mədə və dalaqda patogen "rütubət" və qidanın saxlanması ilə əlaqədar enerji durğunluğu vardır [1,7,8].

Xəstəlik dövründə susuzluğun olmaması hələ orqanizmin su ehtiyatının tükənmədiyini göstərir ki, bu da "soyuq" sindromlar zamanı olur. Susuzluğun yaranması su ehtiyatının tükəndiyini və rütubətli fleqmanın orqanizmdə saxlandığını göstərir. Soyuq içkilərə üstünlük verən susuzluq hissi "isti"lik sindromunu, isti və az miqdarda içkilərə üstünlük verən isə defisit "çatışmazlıq" və "soyuq" sindromunu göstərir. İshal və qusmadan sonra güclü susuzluq hissinin olması orqanizmin mayesinin tükəndiyini göstərir [4].

Ağızda acılıq hissi qaraciyər və öd kisəsində "alov"un hiperaktivliyinin ifadəsidir. Ağızda şirin, yapışqanabənzər dad isə dalaqda və mədədə "rütubətli istilik" sindromunun ifadəsidir. Dad hissiyyatının azalması və itməsi dalaqda "çatışmazlıq", onun nəqliyyat və transformasiya funksiyasının pozulması deməkdir.

Bədənin müxtəlif yerlərinin palpasiyası

1. Epiqastral nahiyənin palpasiyası:

Sıxlaşma və təzyiq nəticəsində artan ağrılar "izafilik" sindromunu; ağrı ilə birgə doluluq hissi, təzyiq zamanı yumşaqlıq hissi "çatışmazlıq" sindromunu bildirir.

2. Qarnın palpasiyası:

Təzyiqdən azalan ağrılar "çatışmazlıq", artan – "izafilik" sindromunu göstərir. Qarında yumşaq, ağrılı, yerini dəyişən ağrılarla müşayiət olunan törəmələr "qi" durğunluğunu göstərir.

3. Akupunktura nöqtələrinin palpasiyası:

Döş və qarnın ŞU və MO nöqtələrinin müayinəsi aparılır. Təzyiqdən möhkəm ağrı əmələ gəlməsi, sıxlaşma hissi müvafiq nöqtə və kanalda "izafilik" olduğunu göstərir. Küt, təzyiqdən azalan ağrılar "qi" çatışmazlığını göstərir.

Sidiyin rənginin sarı, miqdarının az olması "isti"lik sindromunu göstərir. "Soyuq" sindromu zamanı isə sidik çox miqdarda və açıq rəngli olur. Qırmızı sidik damarların "alov"la zədələnməsidir.

Çoxlu miqdarda açıq rəngli sidik, sidik kisəsinin sidik əmələ gətirmə prosesində kontrolunun zəiflədiyini və böyrəklərin "qi"-in zəiflədiyini göstərir. Az miqdarda sarı sidiyin olması, tez-tez ağrılı sidikburaxma aktları "rütubətli istiliyin" sidik kisəsinə endiyini göstərir.

Sidiyin olmaması və ya damla-damla gəlməsi zamanı böyrəklərin "qi"nin "çatışmazlığı" sindromu, "rütubətli nəmin" aşağı enməsi nəticəsində sidik kisəsinin blokadası ilə "izafilik" sindromu, qan durğunluğu, daş əmələ gəlməsi kimi pozğunluqlar baş verir.

Qəbizlik kalın quruluğu nəticəsində, "istilik" toplanması və orqanizmin mayesinin tükənməsi zamanı olur. Duru kal dalaqda "çatışmazlıq" və "rütubət" artıqlığı zamanı, qanlı kal isə bağırsaqlara "rütubətli isti" daxil olduqda və ya enerji durğunluğu zamanı baş verir.

Ağrı xəstələrin ən çox rast gəlinən şikayətlərindəndir. Ağrının səbəbini, yerini, xüsusiyyətlərini və bununla bağlı simptomları aydınlaşdırmaq lazımdır. Ağrının xüsusiyyəti və səbəbi xəstəliyin etiologiyasını, lokalizasiyası isə xəstəliyin hansı daxili orqanda olduğunu öyrənməyə imkan verir.

Üzərinə təzyiq olunduqda artan, soyuğun təsirilə isə azalan ağrılar "izafilik" sindromunu ifadə edir. Uzunmüddətli təzyiq nəticəsində və qızma zamanı azalan ağrılar "çatışmazlıq" sindromunun göstəricisidir.

Yuxusuzluq xəstənin çətin yuxuya getməsi və ya tez oyanacaq yenidən yuxulaya bilməməsidir. Baş gicəllənməsi və ürək döyünmələri ilə müşayiət olunan yuxusuzluq dalağın və ürəyin çatışmazlığı nəticəsində ürəkdə qan çatışmazlığını göstərir. Yorğunluqla və əlaqəsiz yuxugəlmələrlə müşayiət olunan yuxusuzluq ürəkdə "alov"un hiperaktivliyi ilə əlaqədardır [11,14].

Qadınlardan aybaşı haqda soruşmaq və akuşer anamnezi toplamaq vacibdir.

Menstrual tsikl qısalmışsa və açıq qırmızı yapışqan ifrazat varsa, qanda "isti"liyin artıqlığını göstərir. Qırmızımtıl profuz qanaxmalar isə qanı idarə edən enerjinin funksional "çatışmazlığını" göstərir. Uzanmış tsikl, tünd qırmızı, laxtalı ifrazatla "soyuq" nəticəsində qan durğunluğunu, açıq rəngli ifrazatla isə qan "çatışmazlığını" göstərir.

Menstruasiya önü və menstruasiya zamanı süd vəzilərində və qarnın aşağısında kəskin ağrılar qan və enerji durğunluğunu göstərir. Qarnın aşağısında soyuqluq hissi "soyuq" nəticəsində qan durğunluğudur. Qarnın altında menstrual dövrdə və ondan sonra küt ağrılar təzyiq nəticəsində azalırsa qanda və enerjidə "çatışmazlıq" vardır.

Sulu, profuz, ağ rəngli ifrazat- "defisit" və "soyuq" sindromudur. Yapışqanabənzər, sarı və ya qanlı, xoşagəlməz qoxulu ifrazat "izafilik" və "isti"lik sindromudur.

Palpasiya nəbzin və bədənin digər nahiyələrinin əllənməsi və hiss olunması metodu ilə diaqnostika vasitəsidir. Bu diaqnostikanın ən vacib metodlarından biridir.

Nəbzin palpator müayinəsi Şərq (ənənəvi) təbabətində əsas və qədim müayinə metodlarındandır [16,17].

Hələ b.e. 500 il əvvəl qədim Çin alimi Byan-tzyaunun əsərlərində nəbzin palpasiyası haqda məlumatlara rast gəlmək olar [18,19].

Nəbzin müayinəsi çox dəyişilməmiş və ilkin formada indi də istifadə olunur. Bundan əlavə müasir instrumental nəbz müayinə metodları da vardır. Mil arteriyasının sfiqmoqrafiyası, radial pyezopulsoqrafiya, karotid nəbzin qeydiyyatı və s.

ÜST-ın bildirdiyinə görə, müasir təbabətin ən aktual problemlərindən biri klinik diaqnostikanın elə metodlarını işləyib hazırlamaqdır ki, bu metodlarda ekspresslik, sadəlik və informativlik olsun [20].

Müasir həkimlər xəstəliyin vaxtında aşkar olunması və gedişinin izlənilməsi problemi qarşısında qaldıqda diaqnoz qoymaq, müayinələr aparmaq üçün çox vaxt texnikanın köməyinə arxalanırlar və yalnız ondan istifadə edirlər. Bu isə texniki aparatların tezliklə sıradan çıxmasına səbəb olur. Dövrümüzdə aparatları baha olduğunu və iqtisadi cəhətləri nəzərə alaraq bunun həm həkimlər, həm də xəstələr üçün əlverişsiz olduğu anlaşılır. Bu baxımdan nəbz vasitəsilə diaqnoz qoyulması böyük maraq kəsb edir.

Bu bütünlükdə həkimin subyektiv hissiyyatından asılı olmasına baxmayaraq, onun dəqiq öyrənilməsi müasir təbabətdə istifadəsi üçün zəmin yaradır.

Nəbz diaqnostikasının düzgün istifadəsi müəyyən teoretik hazırlıq tələb edir. Bu baxımdan Şərq təbabətinin nozoloji sistemi ilə tanışlıq əhəmiyyət kəsb edir. İndo-Tibet təbabətinə görə orqanizmin əsas idarəetmə sistemləri üç əsasdan ibarətdir: külək, öd və selik. Peşəkarların fikrinə görə, bunların mənası 3 səviyyədə ola bilər:

1. Bilavasitə külək, öd və selik.
2. Orqanizmdə baş verən fizioloji proseslər.
3. Kosmofiziki, təbiət və s.

Xəstəlik bu əsasların normadan kənar dəyişiklikləri nəticəsində baş verir. Bütün xəstəliklər "istilik" və "soyuq" olmaqla 2 yerə bölünür. "İstilik" xəstəlikləri öd sistemindəki, "soyuq" xəstəlikləri isə selik sistemindəki zədələnmələrlə bağlıdır. "Külək" isə bu və ya digər zədələnməyə qoşularaq "istilik" və ya "soyuğun" güclənməsinə səbəb olur [11,14].

Nəbzin müayinəsi səhər tezdən, əlin cizgiləri aydın görünəndə və xəstə hələ yataqda ikən aparılır. Bu vaxt kanalın əsas istiliyi və soyuğu tarazlıqda olur. Tibet təbiblərinə görə, insan bədəninin daxilində 3 əsas enerji kanalı mövcuddur ki, bunlara da Günəşin, Ayın və Boşluğun (fəzanın) kosmofiziki enerjisi təsir göstərir.

Gecə Ayın təsiri qüvvətlidir və nəbz daha yavaş və soyuq vurur, səhər isə Günəşin təsiri ilə nəbz isti və normaya nisbətən tez-tez vurur.

Müayinədən 1 neçə sutka öncə fiziki və zehni gərginlikdən, ağlıq və izafi toxluqdan, günəşdə həddən artıq orqanizmin qızması və orqanizmin soyumasından, cinsi əlaqə və yuxusuzluqdan qorunmaq lazımdır. Bütün bunlara hər vaxt əməl etmək olmur, belə ki, xəstələr çox vaxt təcili olaraq xəstəxanaya daxil olan kimi müayinə olunmalıdırlar. Belə hallarda nəbz diaqnostikası onun sutkalıq bioritminin xüsusiyyətləri nəzərə alınaraq aparılır [1,5,9].

Həkim sağ əli ilə xəstənin sol, sol əli ilə isə xəstənin sağ əlini palpasiya edir. Həkimin şəhadət barmağı xəstənin bilək nahiyəsindəki ilk büküşdən aşağıda mil arteriyası üzərindəki nöqtədə, xəstənin baş barmağının son falanqası uzunluğuna bərabər məsafədə yerləşmişdir. Şəhadət barmaq "quan", orta barmaq "tsuan", dördüncü barmaq "qi" nöqtələrində yerləşir. Barmaqlar arasında düyü dənəsi qədər məsafə olmalıdır. Şəhadət barmaq dərini, orta barmaq əzələni, adsız barmaq isə sümük toxumasını hiss etməlidir. Təzyiqin müxtəlif ölçüdə olması mil arteriyasının əzələ qatının müxtəlif qalınlığı ilə bağlıdır.

Müayinə edən həkim hər nöqtədə nəbzi hiss etməlidir. Həkimin barmaqları isti, hamar və hissiyyatlı olmalıdır. Nəbz hər əldə 100 vurğu müddətində yoxlanılır. Əvvəlcə xəstənin "anadangəlmə nəbzi" aydınlaşdırılır. Hər insan 3 əsas nəbz tipindən biri ilə doğulur: kişi tipi – dolğun, sərt və güclü; qadın tipi – incə və tez; neytral tip – düzgün, sakit və yumşaq. Hər insanda sağlam və ya xəstə, cinsindən asılı olmayaraq, bu nəbz tiplərindən biri aşkarlanır [3,6].

Sonradan xəstənin sol əlini hiss edərkən həkim şəhadət barmağı ilə ürəyin və nazik bağırsağın, orta barmaqla qaraciyər və öd kisəsinin, adsız barmaqla böyrək və sidik kisəsinin nəbzini qeydə alır.

Sağ əlin müayinəsində şəhadət barmaq – ağciyər və yoğun bağırsaq, orta barmaq – dalaq və mədə, adsız barmaq – perikard və Sanyiao qeyd edir. Qadınlarda nəbzin müayinəsi onunla fərqlənir ki, sol əldə şəhadət barmaq ağciyər və yoğun bağırsaq, sağ əldə - ürək və nazik bağırsağı qeyd edir. Yastıqçıqların yuxarı kənarı

ilə dolğun orqanların- ürək, qaraciyər, ağciyər, böyrək və dalaq, aşağı kənarı ilə boşluqlu orqanların- mədə, yoğun və nazik bağırsaq, öd kisəsi, sidik kisəsinin nəbzi müəyyən olunur [12].

Sağlam adamın nəbzi həkimin 1 tənəffüs hərəkəti müddətində 5 dəfə vurur. 100 vurğu müddətində isə sağlam adamın nəbzi ritmik olmalıdır, yoxsa xəstəliyi göstərir. Əgər tənəffüs boyunca vurğu miqdarı 5-dən artıqdırsa – "isti"lik xəstəliyini, azdırsa – "soyuq" xəstəliyini göstərir. Əgər nəbzin tezliyi 10-a qədər qalxıb 1-ə düşürsə, bu, ölüm nəbzidir [7,11].

Bəzən elə olur ki, nəbzin tezliyi az, lakin gücü və intensivliyi çox olur, bu "istilik" sindromudur. Amma, əgər nəbz tez-tez vurur, boş və güclü deyilsə - bu "soyuq" sindromudur. Bu əlamətlər sağlam adamın da nəbzində müşahidə oluna bilər, ancaq bu halda dolğun və boşluqlu orqanların nəbzi yuxarıda və aşağıda düzgün olmalıdır. Bəzən qeyd olunur ki, əgər damar zədələnmişsə və ya müayinə zamanından əvvəl hər hansı bir orqanda cərrahi əməliyyat aparılmışsa, onda nəbzin müayinəsinə görə dəqiq nəticə çıxarmaq mümkün deyildir.

Qısa müayinə zamanı 15 vurğu ilə kifayətlənmək olar, amma daha dəqiq məlumat almaq üçün 100 vurğu müddətində müayinə aparmaq lazımdır. Müayinə zamanı həkim ancaq "anadangəlmə nəbzi" deyil, nəbzin mövsümi dəyişikliklərini də nəzərə almalıdır [11].

Nəbz diaqnostikasının Tibet təqvimi 360 gündən ibarətdir. Bu təqvim 18 gündən və 20 hissədən ibarətdir. 5 mövsüm vardır: bahar, yay, payız, qış (72 gündən ibarət) və beşinci 4 ədəd mövsüm arası dövrdür ki, 18 gündən ibarətdir. Müvafiq olaraq hər mövsümdə bu və ya digər orqanın nəbzi üstünlük təşkil edir.

Mənbələrə görə, 5 dolğun orqan (qaraciyər, ürək, ağciyər, böyrək, dalaq) mövsümi aktivliyə malik olur və bu dövrdə bu orqanların nəbzi güclənir.

Yazda qaraciyərin nəbzi güclənir, vurğu sürətli, incə və enerjili olur. Yayda ürəyin nəbzi güclənir, vurğu dolğun və uzadılmış, payızda ağciyərlərin nəbzi güclənərək, vurğusu fasiləli, qısa və möhkəm, qışda böyrəyin nəbzi güclənərək, vurğusu yumşaq, düzgün və kar, aralıq mövsümdə isə dalağın nəbzi güclü, vurğusu fasiləli və yumşaq olur.

Diaqnostika zamanı nəbz ümumi və xüsusi olmaqla 2-yə ayrılır: ümumi xüsusiyyətlərə görə xəstəliyin tipi – "isti" və ya "soyuq" müəyyənləşdirilir [5,13].

Barmaqların yastıqlarının yuxarı kənarı ilə "istilik" xəstəlikləri – 5 dolğun orqanın nəbzi ("günəşli") müəyyənləşir. Yastıqçıqların aşağı kənarı ilə "soyuq" xəstəlikləri – 6 boşluqlu orqanın ("kölgəli") nəbzi aşkarlanır. Dolğun orqanlarda "istilik", boşluqlu orqanlarda isə - "soyuq" sindromlarınadaha çox rast gəlinir. Soyuq dolğun orqanda, hərarət isə boşluqda olmur. Hərarət və soyuq ayrılıqda orqanizmin bütün hissələrində ola bilər, ancaq onlar eyni yerdə olursa, hərarət yuxarıda, soyuq isə - aşağı hissədə olur, əksinə olmur. "İstilik" və "Soyuq" xəstəlikləri 6 əsas əks əlamətə görə fərqlənirlər.

"İstilik" xəstəlikləri	"Soyuq" xəstəlikləri
1.Güclü	1. Zəif
2.Səthi, üfürülmüş	2. Dərin, itkin
3. Yumaqlanan, durulmuş	3. Sakitlənən, hamar
4. Tez, tez-tez rast gəlinən	4. Yavaş, uzunmüddətli
5. Enerjili, gərgin	5. Süst, zəif
6.Dolğun, möhkəm	6. Boş, yumşaq

Yuxarıda sayılanların mənası belədir:

Güclü – təzyiq etdikdə enerjili, aramsız nəbz.

Zəif və süst – təzyiqdən nəbz hiss olunmur.

Səthi – nəbz sanki səthdə yerləşir.

Dərin – yumşaq toxumaların arasında gizlənir.

Burulan – açıq hiss olunan nəbz.

Sakitləşən – az qüvvəlidir, dəqiq deyildir.

Sürətli nəbz – nəfəsalmada və nəfəsvermədə 6-7 vurğu edir.

Yavaş nəbz – tənəffüs zamanı 3-4 vurğu.

Möhkəm və dolğun nəbz – təzyiq etdikdə səthdə qalır.

Yumşaq nəbz – boş, asan əzilən.

Xüsusi əlamətlərə görə xəstəliyin növü həm də 2 mərhələdə müəyyənləşir. Əvvəlcə xəstəliyin cinsi 3 əsasın nəbzinə əsasən tapılır: "külək" xəstəliyi – nəbz boşluqlu, boş, bəzən dayanır; öd xəstəliyi – nəbz tez, enerjilidir; selik xəstəliyi – nəbz sakit, boşalmış, tutqundur [1,4].

Bütün bu əlamətlər ayrı-ayrı dolğun və boşluqlu orqanların nəbzində yaranaraq orqanın xəstəliyini ifadə edə bilər.

Sonra 12 nəbzə görə, "Tzun, Quan və Çi"-yə görə xəstəliyin yeri tapılır.

Müəyyən xəstəliyə dəqiq işarə edən nəbz növləri vardır: Cəmi 47-dir. Onlardan bir neçəsini misal gətirək:

Qan və limfa xəstəliklərinin nəbzi; infeksion zəhərlənmədən sonra, "istilik" xəstəliklərinin nəbzi, lokalizasiyasına görə müxtəlif – başda, beyində, sümükdə "isti" xəstəliklərinin (həzm pozğunluğu, ishal, qusma səbəbilə) nəbzi.

Beləliklə, nəbzin palpasiyası zamanı hissiyyatın kompleksi nəbzin növləri və zədənin növü, proqnozu və xəstəliyin gedişi haqda məlumat almağa imkan verir.

Elmi yanaşsaq, yəni nəbzin müayinə nəticələrini digər müayinələrin nəticələri ilə yanaşı qiymətləndirsək, müasir diaqnostika metodları arasında nəbz diaqnostikasının layiqli yerini anlaya bilərik [7].

ƏDƏBİYYAT

1. Тарнуев В.А., Николаев С.М., Кожевников В.В. и др. Восточная медицина // Международный журнал эксперементального образования, 2015 №3-2, с.197-199.
2. Тахмазов Р.Ф. Целесообразность применения некоторых диагностических методов Восточной (традиционной) медицины у больных с ДЦП / Материалы Всероссийской научно – практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы комплексного восстановительного лечения детей с церебральными параличами». Грозный, 2012
3. Abasova İ.B. Stomatoloji praktikada odontik mikrosistemin tətbiqinin effektliyi. Stomatologiya ixtisasında t.ü.f.d. ... dis. avtoref. Bakı, 2010, 20 s.
4. Təhməzov R.F., Əliyev M.M., Rüstəmova P.B. və b. Akupunkturanın inkişaf tarixi və tibbi aspektləri // Azərbaycan tibb jurnalı, 2014, №1, s.158-162
5. Seyidbəyov O.S., Təhməzov R.F., Əliyev M.M. və b. Daxili orqan patologiyasının ekspress-diaqnostikası. Tədris-metodik vəsait. Bakı, 2009, 18s.
6. Təhməzov R.F. İridodiaqnostika. Bakı: Azərbaycan Universteti nəşriyyatı, 1998, 157s.
7. Təhməzov R.F. Müasir Şərq təbabəti. Bakı, 2002, 350s.
8. Табеева Д.М. Руководство по иглоксотерапии. М.: Медицина, 1980, 560 с.
9. Ələkbərli F. Vatikan arxivlərində saxlanan Azərbaycana aid əlyazmalar. Bakı: "Elm və təhsil", 2014, 76s.
10. Тахмазов Р.Ф. Применение нового типа экспресс-диагностики для пациентов с головной болью / Материалы Первого Российского Конгресса по комплементарной медицине. М., 2013, с 186-189
11. Тахмазов Р.Ф. О применении методов Восточной (традиционной) медицины в медико-социальной реабилитации людей с ОВЗ. // Вестник Московского Государственного гуманитарно-экономического института, 2012, № 4, с. 83-90
12. Тахмазов Р.Ф. Теоретические и практические основы современной Восточной медицины. Баку, « Ziya»-ИПЦ « Нурлан», 2000, 608 с.
13. Тахмазов Р.Ф., Гулиева У.З., Тахмазов Р.Р. и др. Иридодиагностика и ее эффективность при диагностике заболеваний желудочно-кишечного тракта / Z.T.Quliyevanın 90 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi konfransın materialları. Bakı, 2013, s. 247-249
14. Tahmazov R.F. Abstract Azerbaijan the international maqazine September/October 2015, 445
15. Wozniak M. Iridodiagnostika. Warzawa: Tramp.,1990, 100 S.
16. Woinar E. Iridotronika v lekarske gtnetike / Sbornik mezinarodni konferense o iridotronickem vyzkumu. Havirov, 1980, p.11-2
17. Ələkbərli F. Vatikan arxivlərində saxlanan Azərbaycana aid əlyazmalar // Azərbaycan Milli Eımlər Akademiyasının Xəbərlər Məcmuəsi, 2014, Cild 1, N2, s.11-18
18. Алекберли Ф.. Наука и образование. В книге: "Азербайджанцы". Серия «Народы и культуры» / отв. ред. А. Мамедли, Л.Т. Соловьева; Институт Этнологии и Антропологии Российской АН ; Национальная АН Азербайджана. М.: Наука, 2017, 708 с.
19. Alakbarli F. Los Curadores de Karabaj. Irs (Heritage), 1(6), primavera 2014, pp. 56-62
20. Alakbarli F., Hajiyev H. Medical Ethics in the Works of Medieval Muslim Scholars. The 2nd World Congress on the Integration And Islamicisation: Focus On Medical And Health Care Sciences, 21-23 October, 2016, IIUM Kuantan, Abstract book, p. 175

Резюме

Диагностические методы Восточной медицины

Р.Ф.Тахмазов

Восточная (Традиционная) медицина существовала еще до нашей эры. Некоторые врачи до сегодняшнего дня не имеют четкого понятия о методах Восточной медицины и очень часто ее путают с народной медициной. Автор в своей статье дает информацию о некоторых методах диагностики в

Восточной медицине. Особое место в статье отведено традиционной пульсовой диагностике, которая в корне отличается от современной.

Summary

Diagnostic methods of Eastern medicine

R.F.Takhmazov

Eastern (Traditional) medicine existed even before our era. Some physician still do not have a clear understanding of the methods of Eastern medicine and are very often confused with traditional medicine. The author in his article gives information about some diagnostic methods in Eastern medicine. A special place in the article is devoted to the traditional pulse diagnosis, which is fundamentally different from modern.

Daxil olub: 25.07 2018

PEYVƏNDLƏRİN ETIBARLILIĞI VƏ YAN TƏSİRLƏRİ

N.A.Əzizova

Ə.F.Qarayev adına 2 saylı Klinik Uşaq Xəstəxanası, Bakı

Açar sözlər: peyvənd, standart, təlimatlar, uşaqlar
Ключевые слова: вакцины, инструкции, дети
Key words: vaccines, instructions, children

Peyvənd insan sağlamlıq tarixində qazanılmış ən böyük nailiyyətlərdən biri olub, orqanizmin immun sistemini qıcıqlandıraraq xəstəliyə qarşı immunitet yaradan bioloji profilaktika üsuludur. Hal hazırda peyvənd yoluxucu xəstəliklərdən qorunmaq üçün ən təsirli, etibarlı, iqtisadi əlverişli və doğru tibbi yanaşma üsulu hesab edilir. Peyvəndləmənin aparılmasında məqsəd insanları infeksion xəstəliklərdən qorumaq, xəstəliyi nəzarət altına götürərək qarşısını almaq və imkan daxilində xəstəliyin törədicisini tədricən yox etməkdir. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı uşaqların sağlamlığı üçün peyvəndlərin vacibliyini vurğulayaraq 1974-cü ildən etibarən "Genişləndirilmiş Peyvəndlənmə Proqramı"-nı başlatmışdır.

1796-cı ildə ingilis alimi Edvard Jenner tərəfindən əsası qoyulan ilk çiçək əleyhinə peyvəndləmə sonralar bir çox infeksion xəstəliklərə qarşı da peyvəndin yaranmasına gətirib çıxarmışdır. Nəticədə peyvəndlər insanlığı yüz illərlə mübarizə etdiyi xəstəliklərdən qorumuş və onların aradan qalxmasına yardım etmişdir. Xəstəliklərə Nəzarət və Qarşısının alınması Mərkəzi (Centers for Disease Control and Prevention- CDC) 1912-ci ildən etibarən belə xəstəlikləri qeydə almaqdadır. Yaradılmış peyvəndlərdən əvvəl və sonra müxtəlif infeksion xəstəliklərin rast gəlinmə tezliyinin təyini son onilliklərdə onların kəskin şəkildə azalmasını müəyyən etmişdir [1]. Hal-hazırda hər bir ölkədə yerli yayılmış infeksiyalar da nəzərə alınaraq əhali arasında Peyvəndlərin Ümumi Milli İmmunizasiya Proqramı tətbiq edilir [2]. Bir çox ölkələrdə uşaqlıq dövründə peyvəndlərin düzgün ardıcıllıqla edilməsi sayəsində qarşısı alına bilinən xəstəliklər daha az təsadüf olunur. Çiçək xəstəliyinin 1977-ci ildən etibarən ortadan qalxması buna göstəriləcək ən uyğun misaldır.

Dünyada hər il 5 yaşın altında uşaqlar arasında 12 milyon ölüm qeydə alınır ki, bunların 98 faizi inkişaf etməkdə olan ölkələrin payına düşür. Ölümlərin 60%-nə səbəb infeksion xəstəliklərdir: məsələn 2002-ci ildə qızılcadan 770 min, Hepatit B-dən 520 min, (215 min neonatal hepatit olmaqla), tetanusdan 410 min, hemofilus influenza tip B-yə bağlı olan invaziv infeksiyalardan 400 min, göy öskürəkdən 345 min, difteriyadan 5 min uşaq həyatını itirmişdir. Hər il 300 min uşaq vərəmdən itirilir. İnfeksion xəstəliklərin ağırlaşmalarına bağlı olaraq hər il 750 min uşaqda əllilik yaranırm [3].

İnkişaf etməkdə olan ölkələrdə əsas Genişləndirilmiş Peyvəndlənmə Proqramına daxil olan 6 peyvənd (BCG, difteriya, göy öskürək, tetanus, poliomielit, qızılca) uşaqlar arasında 74%-dən az həyata keçirilir ki, bu da yoluxucu xəstəliklərdən qorunmaq üçün yetərsizdir. Əhali arasında daha təsirli immunlaşma yaratmaq üçün bu rəqəm ən azı 90 %-i keçməlidir [4]. Son bir neçə on il ərzində peyvənd inkişafında irəliləyiş insanların ən böyük tibbi nailiyyətinə çevrilmişdir və papilloma virusa, Chikungunya virusuna (CHIKV), hepatit C virusuna (HCV) və qrip virusuna qarşı peyvəndlərin tətbiqinə başlanmış, yeni nanovaksinlər işlənib hazırlanmışdır [5].

2018-ci ildə Ümuçdünya Səhiyyə Təşkilatının 2018-ci Peyvənd Cədvəlini yenidən dərc etdrimişdir [6].

Peyvəndlərin mühüm əhəmiyyət kəsb etməsinin əsas səbəbləri:

- Peyvəndlər insan sağlamlığını qoruyur: digər sağlamlıq müdaxilələrindən fərqli olaraq, hər bir insanın sağlam qalmasına kömək edir, insanın fiziki inkişafına və həyat fəaliyyətinə maneə törətmir;
- Peyvəndlər çox sürətli təsir göstərirlər: 2000-2008-ci illər arası qızılcaya qarşı peyvəndlərin edilməsi bu xəstəliyə qarşı qlobal ölüm halını 78% azaltmışdır;
- Peyvənd həyatı qorumaqla yanaşı iqtisadi faydalıdır: Son zamanlarda, seçilmiş iqtisadçılar qrupu tərəfindən qlobal rifahı inkişaf etdirmək üçün 30 qənaətcil üsullardan biri kimi dördüncü sırada uşaqlar üçün genişləndirilmiş immunizasiya (peyvəndlənmə) proqramı göstərilmişdir [7].

Peyvəndlənmənin standartlaşdırılması. Peyvəndlənmə səhvlərini mümkün olduğu dərəcədə azaltmaq və yan təsirləri minimuma endirmək üçün Peyvəndləmənin Stantarlaşdırılması qaydalarına ciddi əməl olunmalıdır. Peyvəndlənmənin standartlaşdırılma qaydalarının ən əsasları aşağıda qeyd edilmişdir:

1. Peyvənd edilən tibb məntəqələri əhaliyə yaxın yerləşməlidir və ehtiyac olunan hər kəsə edilməlidir;
2. Peyvəndlər pulsuz ya da çox kiçik ödəmə ilə olmalıdır;
3. Peyvəndlənmədə həqiqi əks göstərişlərə əməl olunmalıdır, peyvəndlənmə fürsətləri əldən verilməməlidir;
4. Ailələr peyvəndin faydaları və riskləri barədə maarifləndirilməlidirlər;
5. Peyvəndin saxlanma və hazırlanma qaydalarına diqqətlə yerinə yetirilməlidir;
6. Peyvəndi edən tibb personalına yeni tibbi məlumatlar öyrədilməlidir;
7. Peyvənd qeydləri tam, düzgün və başa düşülən formada aparılmalıdır;
8. Cəmiyyətdə peyvəndlənmə göstəricisini yüksəldəcək yeni yollar tapılmalıdır [7].

Peyvəndlənmədə yol verilən səhvlər. Peyvəndləmədə edilən səhvləri əsasən 4 qrupda cəmləşdirə bilərik:

1. Peyvəndlərin saxlanma və hazırlanma mərhələsindəki xətalar (soyuq zəncirlə bağlı olaraq); 2.İstifadəsi zamanı edilən xətalar (iynənin vurulma metodikası ilə bağlı olaraq); 3.İstifadədən sonra edilən xətalar (peyvənd qeydləri və müşahidəsi); 4. Yeni peyvəndlərin edilməsi ilə bağlı xətalar [8].

Peyvəndləmə zamanı edilə bilinəcək xətaları aradan qaldırmaq üçün və ya minimuma endirə bilmək üçün peyvəndlənməin hər mərhələsində qanunlara riayət edilməsi vacibdir.

Peyvəndlərin saxlanılmasında soyuq zəncir şərtini ödəyə bilmək üçün lazım olan qaydalar aşağıdakılardır: 1.Canlı aşılar istiyə və işığa həssasdırlar, yalnız dondurularaq saxlana bilinirlər. 2.İnaktiv peyvəndlər dondurula bilməzlər. 3.Soyuducuda ən çox 1 aylıq peyvənd yerləşdirilməlidir. 4.Peyvənd soyuducusu yalnız bu məqsədlə istifadə olunmalıdır, daxili termometrlə temperatur nəzarətdə saxlanılmalıdır. 5.İstifadə müddətinə diqqət edilməlidir [9].

Peyvəndlərin hazırlanması dövründə diqqət olunması vacib olan məqamlar: 1.Sulandırılmış halda olan Difteriya tetanus (DT), difteriya-göy öskürək-tetanus (GDT), Difteriya-tetanus (Td), hepatit B (HB), hepatit A (HA) kimi peyvəndlər son istifadə tarixinə kimi işlədilə bilinər. 2.Sulandırıldıqdan sonra qızılca və qızılca-məxmərək-qulaqdibi (QPM) peyvəndi 4-8 saat, BCG 4 saat, su çiçəyi 30 dəq içində edilməlidir. Oral polimielit peyvəndi istifadə sonrası dondurula bilinər. 3.Fərqli peyvəndlər eyni şprisə toplanmamalıdır. 4.Doz hazırlamada və sulandırmada diqqətli olunmalıdır [10].

Peyvəndlənmə zamanı aşağıdakılar nəzərə alınmalıdır: 1.Peyvəndlənmə təlimatlara uyğun olaraq edilməlidir.2.BCG peyvəndi dəri daxili yerinə dərialtı edilərsə, peyvənd yerində irinləmə və limfadenit riski daha yüksəkdir.3.Tərkibində adyuvant təsirli əlavələr olan peyvəndlər (GDT, DT, Td, HB, HA) əzələ içi yerinə dərialtı edilərsə, lokal qıcıqlanma, qranuloma, steril abses, toxuma nekrozu, fibrozis yarana bilər. 4.Əzələ içinə edilməli olan peyvəndlər gluteal bölgəyə edilməməlidir. 5.Əzələ içi olunmalı olan peyvəndlər südəmər uşaqlarda ən çox bud, daha böyük uşaqlarda isə deltoid nahiyə məsləhət görülür. 6.Azaldılaraq və ya bölünərək peyvənd etmək olmaz. Əks halda təkrar edilməlidir.7.Daha yüksək dozda edilən inaktiv peyvəndlərdə yan təsirlər daha çox müşahidə olunur. 8.Eyni anda birdən çox edilən peyvəndlər eyni ətrafa 2 sm məsafə gözlənilərək edilə bilinər. 9.Hər peyvəndin iynəsi və şprisi ayrı olmalıdır. 10. Əzələ daxilinə edilən peyvəndlərdə iynənin uzunluğu südəmər uşaqlarda 1.5-1.8 sm, 1-6 yaşlarda 1.8-2 sm, daha sonrakı yaşlarda isə 2-2.5 sm olmalıdır.11.Əzələ içi edilən peyvəndlərdə peyvənd edilmə zamanı şprisə qan gəlirsə, iynə ucu dəyişdirilməli və fərqli nahiyəyə peyvənd yenidən olunmalıdır. 12.Yüngül və ya orta dərəcəli qanama diatezləri olan uşaqlarda peyvəndləmə zamanı fəsad riski statistik olaraq yüksəlmir [10].

Cəmiyyətdə peyvəndlənmə nisbətinin aşağı olmasında səbəblərdən biri də bəzi tibb işçilərinin lazımsız şübhələridir. Bunu "yalnış əks göstərişlərə" də aid etmək olar.

Peyvəndlənmədə yanlış əks göstərişlər aşağıdakılardır: 1.Yüngül keçirilən az qızdırmalı yuxarı tənəffüs yolu infeksiyaları, qastroenteritlər; 2.Xəstəliklərin sağalma dövrləri; 3.Antibiotik istifadəsinin olması; 4.Yarımçıq doğulmuş uşaq olması; (bədən çəkisi 1500 qramdan az olan altında olan körpələrə Hepatit B peyvəndi edilmir); Anada HbsAg pozitivdirsə, doğuşdan sonra olunan Hepatit B peyvəndi təkrarlanır (ümumi 4 peyvənd edilir). Bədən çəkisi 2000 qram-dan aşağı olan körpələrdə (BCG peyvəndi daha az

immunlaşma formalaşdırır); 5.Ananın hamilə olması; 6.GDT peyvəndindən sonra yüksək qızdırma, lokal reaksiya; 7.Ana südü alması; 8.Qısa sürə əvvəl infeksion xəstəliklə təmasın olması; 9.Antibiotik, jelatin, thiomerosal, yumurtaya qarşı anafilaksiya xaricində olan reaksiyalar; 10.Malnutrisiya vəziyyəti [11].

Peyvəndlərin yan təsirləri. Əslində heç bir peyvənd tam olaraq etibarlı, riskdən azad və 100% effektiv deyildir. Hər bir peyvəndin tətbiqindən sonra yan təsirlər rast gəlinə bilər. Peyvəndlənmənin etibarını sarsıdan ən əsas amil isə peyvəndin yan təsirlərinin olmasıdır. Ona görə də peyvəndlənmə aparılan zaman ailəyə ilkin öncə peyvəndlənmə nəticəsində ola biləcək ağırlaşmalar və yan təsirlər diqqətlə və səbirlə izah olunmalıdır.

Peyvənddən sonra görülən yan təsirlər də bu əlamətlərin peyvəndlə olan münasibətinə görə bölünür:

1. Peyvənddən yaranan: Peyvəndin tərkibinə və peyvənd edilən şəxsin orqanizminin cavab fərqliliyinə bağlı olaraq formalaşan yan təsirlərdir. Bu əlamətlər peyvənd əgər edilməsə idi müşahidə olunmayacaqdı.
2. Peyvəndinin qıcıqlandırdığı əlamətlər: Peyvənd edilsə də, edilməsə də bu əlamətlər özünü büruzə verəcəkdi. Sadəcə peyvəndlər bu əlamətlərin ortalığa çıxmasını sürətləndirmişdir. Məsələn, meyillik olan bir uşaqda peyvənddən sonra ilk qızdırma ilə bağlı qıcolmanın görülməsi.
3. Proqram xətası: Peyvəndin hazırlanması və istifadəsi zamanı texniki xətalara bağlı olaraq yan təsirlər.
4. Koinsidental: Altda yatan başqa xəstəliyə bağlı əlamətlərin peyvənddən sonra ortaya çıxmasıdır [2].

Uşaqlıq dövrü peyvəndlənmənin əsas aparıldığı dövr olmaqla yanaşı, həmçinin nevroloji və metabolik xəstəliklərin əlamətlərinin ortalığa çıxdığı bir yaş qrupudur. Peyvənd edildikdən sonra əlamətlər ortalığa çıxdığı zaman ailələr daha çox bu əlamətləri peyvəndlə əlaqələndirir. Ona görə ortaya çıxan sağlamlıq problemlərinin "peyvəndləmə ilə əlaqəlidirmi?", yoxsa "təsadüfən mi o dövrdə özünü büruzə verib" müəyyən edilməlidir [2].

Adətən düşünlür ki, peyvəndlərin yan təsirləri onların tərkibinə bağlıdır. Lakin,öyrənilmişdir ki, peyvəndlərin yan təsirləri daha çox hallarda onun depolanması, saxlanma şəraiti və istifadəsi zamanı yol verilən səhvlərdən yaranır. Ən çox peyvəndə qarşı allergik reaksiyalar müşahidə olunur. Peyvənd yerində sistemik reaksiyalar (səpkilər, qızdırma, limfapatiya) və ya lokal olaraq (qızarıqlıq, ağrı, şişkinlik) inkişaf edə bilər. Lokal reaksiyalar xüsusən difteriya və tetanus peyvəndindən sonra görülür. Buna səbəb isə toksiki doz edilərək yüksək antitel cavabının görülməsidir [12]. Peyvənd antigenləri xaricində tərkibində olan antibiotiklər (streptomisin, neomisin, gentamisin və polimiksin B), qoruyucular (Tiomerosal, fenol, 2-fenoksietanol, femerol), stabilizatorlar (sukroz, Laktoza, glisin, Mono sodium glutamate), insan serum albumini, magnezium və heyvan zülallarına qarşı allergiya formalaşa bilər. Xüsusən, yumurta allergiyası və anafilaktik reaksiya keçirdiyi barədə anamnezi olan şəxslərə influenza peyvəndi edilməməlidir [13]. Bohlke K və əməkdaşları 8 milyon doz peyvənd tətbiqindən sonra (qızılca-məxmərək-qulaqdibi, difteriya-tetanus-göy öskürək, hepatit B, difteriya-tetanus, influenza tip B və oral polimielit) anafilaktik şok yaranma riskinin milyon dozda 0.65 olduğunu müşahidə ediblər [14]. Tərkiblərində müxtəlif antibiotiklər olan peyvəndlər oral polimielit, inaktiv polimielit (neomisin, polimiksin B, streptomisin) və qızılca-məxmərək-qulaq dibi, suçiçəyi (neomisin) həssas insanlarda allergik reaksiyalar verə bilərlər. Oral polimielit peyvəndində nadir olsa da (2.4 milyon dozada bir) paralitik xəstəlik görülə bilər [15].

Türkiyə Səhiyyə Nazirliyi 2009-cü ildən etibarən xüsusən DaBT-İPA-Hib peyvəndlənməsindən ilk 72 saat ərzində uşaqda konvulsiya/ensefalopatiya reaksiyaları inkişaf edə biləcəyi mövzusunda həkimləri xəbərdar etmişdir. Qızılca peyvəndi daxil olan kompleksdə isə təqribən 5-12 gün sonra ensefalopatiya/ensefalit, konvulsiya və trombositopeniya cəhətdən uşaqlarda diqqətli olunması tövsiyə olunur(13). Difteriya-göy öskürək- tetanus peyvəndi ilk dozadan sonra 48 saat içində ›40.5 C qızdırma, kollaps halı, 3 saatdan çox çəkən yüksək səsli ağlama, 3 gün içində olan qıcolma, 6 həftə içində yaranan Guillan- Barre sindromu (iflicə qədər çatan neyropatiyaya səbəb olan autoimmun xəstəlik) əlamətləri olduğunda təcili həkimə müraciət edilməlidir. Bir çox ölkədə rutin olaraq istifadə olunan peyvəndlərin ümumi reaksiyaları aşağıdakı kimidir [16].

Peyvəndlərin tətbiqinə müasir baxış. Peyvəndlərlə bağlı aparılan bəzi müşahidələrdə onların autizmə, diqqət defisiti və hiperaktivliyə, nevolojik pozuntulara, iltihabi bağırsaq xəstəliklərinə və bəzi immun sistemi xəstəliklərinə səbəb olduğu iddia edilir [15,17]. Bu məlumatlar peyvənd əleyhinə kampaniyaların yaranmasına yol açmışdır [18]. Dünyada illərə uyğun olaraq autizm rast gəlmə sıxlığının artması bu mübahisənin daha da şiddətlənməsinə səbəb olmuşdur. Məsələn, ABŞ-da 2000-2012 illəri arasında bütün əyalətlərdə aparılan müşahidəyə görə 8 yaşında uşaqlar arasında 2000-2006 illəri dövründə 150 uşaqda 1 autizm görüldüyü halda, 2006- dan sonra bu göstərici 68 uşaqdan birə yüksəlmişdir [19]. Autizm, xüsusən QPM və tərkibində thiomerosal maddəsi olan peyvəndlər tərəfindən yarandığı şübhə olunur. Bu mövzunu ədəbiyyatlarda dəstəkləyən məqalələr də vardır [15,17]. Bununla bərabər bir çox məqalə də tərkibində thiomersal olan QPM peyvəndi ilə autizm arasında heç bir əlaqənin olmadığı da göstərilir [20-24]. Buna

görə də Dünya Səhiyyə Təşkilatı 2004-cü ilində verdiyi hesabatda peyvəndlərin tərkibində civə olan thiomersal maddəsinin toksiki səviyyədə olmadığını və istifadəsinə ehtiyac olduğunu qeyd etmişdir [25]. Ancaq ABŞ-da 2001-ci ilindən etibarən peyvəndlənmə səviyyəsinin aşağı düşəcəyindən qorxaraq tərkibində civə olan peyvəndlərin istifadəsini ortadan qaldırmışdır [26[.

Cədvəl

Bir çox peyvəndlərin ümumi reaksiyaları

Peyvəndlər	Ağrı, şişkinlik, qırmızılıq	Qızdırma >38^0 C	Ümumi əlamətlər
BCG	90-95%		
Hemofilus influenza tip B	5-15%	2-10%	
Hepatit B	Böyüklərdə 15% Uşaqlarda 5%	1-6%	
Qızılca-məxmərək-parotit (QPM)	>10%	5-15%	5% səpki
Oral polimielit	Çox nadir	<1%	<1% diareya, baş ağrısı, əzələ ağrısı
Tetanus/Tetanus, difteriya	>10% 50-85% yüksək dozda	>10%	<25% əsəbilik və narahatlılıq
Göy öskürək (tam hüceyrə)	>50%	>50%	>55% əsəbilik və narahatlılıq

Peyvəndləmə zamanı analgetiklərin istifadəsi ilə bağlı bir sıra ziddiyyətli fikirlər vardır. Bu fikirlər peyvəndləmə də analgetik profilkatik istifadəsinin qızdırma reaksiyası üzərində və antitel cavablanmasına təsir etdiyi ilə bağlıdır. Peyvəndləmədən sonra qızdırmanın olması normal iltihabi prosesə cavab olsa da, bəzən yüksək qızdırma ilə birlikdə qıcolmaların görülməsi profilaktik olaraq antipiretiklərin istifadəsinə yol açmışdır [27]. Ancaq, ədəbiyyatlarda bu fikirləri dəstəkləyən məqalələr çox azdır. Təqribən 25 il əvvəl aparılan iki təcrübədə profilaktik asetaminofen (analgetik- antipiretik) GDT peyvəndinin 4-cü saatında, digəri isə ilk 48 saatda edilmiş və immun cavabına heç bir təsirinin olmadığı müşahidə olunmuşdur [28,29]. Bu mövzuda ən yeni araşdırmanı isə Prymula və tələbələri ediblər [27]. Müşahidələrində 459 uşaqda profilaktik olaraq analgetiklərin primer və rapel peyvəndlərdən sonra verilməsinin immun cavaba və qızdırmaya təsiri öyrənilmişdir. Peyvəndləmədən sonra 24 saat ərzində 6-8 saat aralarla 3 doz asetaminofen verilmiş və tədqiqatın sonunda asetaminofen verilən və verilməyən qruplar arasında qızdırma görülmə tezliyi bənzər olduğu müşahidə edilmişdir [27]. Nəticə etibarilə aparılan tədqiqatlarda profilaktik asetaminofen istifadəsinə rutin olaraq ehtiyac olmadığı təyin edilmişdir [26,27,30]. Çünki, profilaktik asetaminofen istifadəsi həm peyvəndin yan təsirlərini azaltmır, həm də həkimə müraciət tezliyində dəyişiklik etmir. Bununla birlikdə bəzi müəlliflərin fikrincə antitel hazırlanmasında azalmaya yol açа bilir [24].

Türkiyədə 9 ay-8 yaş arası 302 uşaqda aparılan tədqiqatda Hepatit B-yə qarşı peyvəndlənmədən sonra HbsAg, AntiHbsAg öyrənilmişdir. En az 3 doz peyvəndlənmədən sonra 9 ay-3 yaş arası 88.47%, 3-5 yaş arası 89.48%, 5-8 yaş arası isə 72.96% AntiHbsAg pozitiv olaraq, HbsAg isə 1% olaraq təyin edilmişdir [31].

Uzun illərdir ki, peyvəndlənmənin aparılması nəticəsində bəzi xəstəliklərə tutulma, ölüm riski və bu xəstəliklərin ağırlaşmaları artıq azalmış, hətta görülməməyə başlamışdır. Buna görə də cəmiyyətdə bu xəstəliklərə qarşı qorxu azalmış, amma peyvənd tətbiqində ağırlaşmalar azalmadığı üçün peyvəndə ailələr tərəfindən bəzən şübhə ilə yanaşmağa başlanılmışdır. Bu vəziyyət isə peyvəndlərin vaxtı-vaxtında edilməməsinə, davamsızlığa, xəstəliyə qarşı həssas populyasiyanın yaranmasına və epidemiyaların inkişafına risk yaradır. Peyvəndlənmə proqramının davam etdirilməsi üçün əhalinin tam məlumatlandırılması və etibar qazanılması vacibdir [32].

Beləliklə də, son illərdə aparılan elmi tədqiqatlar nəticəsində peyvəndləmənin yüngül yan təsirlərə malik və müxtəlif həyati təhlükə daşıyan yoluxucu xəstəliklərdən qorunmaq üçün ən etibarlı bir profilaktik vasitə olduğu təsdiq edilmişdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Işın Yaprak, Oya Halıcıoğlu Ümran Kurum və s. Iki - Altı Yaş Çocuklarda Aşılanma Durumu ve E ileyen Risk Faktörleri // İzmir Tepecik Hast Derg., 2005, v.15(1), p.13-21
2. Kadriye Yurdakök, Aşı güvenliği ve yan etkiler, Katkı Pediatriya Dergisi Aşılar 1-2 cilt:28, 2006, p.857-881
3. Ahmet A. Aşılamada yapılan hatalar // Türk Pediatri Arşivi, 2004, c.39, s.9-13
4. States of theWorld's. Vaccines and Immunization 2002.

5. Bonam S.R., Partidos C.D., Skm H., Muller S. An overview of novel adjuvants designed for improving vaccine efficacy // Trends Pharmacol Sci, 2017, v.9, p.771-93

6. Summary of WHO PositionPapers – Recommended Routine Immunizations for Children (updated April 2018)

7. VACCINE SAFETY BASICS, World Health Organization, 2013

8. Wenger J. Vaccines for the developing world: current status and future directions // Vaccine, 2001, v.19, p.1588- 91.

9. General recommendation on Immunization // MMWR, 2002, v.51, RR-2.

10. WHO/UNICEF [Internet]. Global Immunization Data, July 2014 [Updated: 2013; Cited: 2016 Dec 16]. Available from: http://www.who.int/immunization/monitoring_ surveillance/global_immunization_ data.pdf?ua=1.

11. Yurdakök K. Sosyal Pediatri yaklaşımı ile aşılar. // Katkı Pediatri Dergisi., 1998, v.19, p.415- 20.

12. Yalçın I. Aşıların yan etkisi // Güncel Pediatri, 2005, v.3(2), p.116-7.

13. Akşit S. Aşılarla ilgili genel kurallar // Klinik Gelişim. 2012, v.25(1), p.4-11

14. Bohlke K., Davis R.L., Marcy S.M. et al. Risk of anaphylaxis after vaccination of children and adolescents // Pediatrics. 2003, v.112(4), p.815-20

15. Wakefield A.J., Murch S., Anthony A. et al. Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and per vasive developmental disorder in children // Lancet, 1998, v.351(9103), p.637-41.

16. World Health Organization. Immunization, Vaccines and Biologicals. WHO vaccine position papers. http://www.who.int/immunization/position_papers/en 17

17. Kata A. A postmodern Pandora'sbox: anti-vaccination mis information on the internet // Vaccine, 2010, v.28(7), p.1709-16.

18. Uhlmann V., Martin C.M., Sheils O. et al. Potential viral pathogenic mechanism for new variant inflammatory bowel disease // Mol Pathol.. 2002, v.55(2), p.84-90.

19. Christensen D.L., Baio J., Braun K.V.N. et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years-autism and develop mental disabilities monitoring network, 11 Sites, UnitedStates, 2012 // MMWR Surveillance Summaries. 2016, v.65(3), p.1-23.

20. Dales L., Hamer S.J., Smith N.J. Time trendsin autism and in MMR immunization coverage inCalifornia // JAMA, 2001, v.285(9), p.1183-5.

21. Hornig M., Briese T., Buie T. et al. Lack of association between measles virus vaccine and autism with Enteropathy: A Case-Control Study // PLOS ONE. 2008, v.3(9), p.3140.

22. Taylor B., Miller E., Lingam R. et al. Measles, mumps, and rubella vaccination and bowel problems or developmental regression in children with autism: population study // BMJ. 2002, v.324(7334), p.393-6.

23. Fombonne E., Chakrabarti S. No Evidencefor A New Variant of Measles-mumps-rubella-Induced autism // Pediatrics. 2001, v.108(4), p.1-8.

24. Hviit A., Stelfeld M., Wohlfahrt J., Melby M. Association between thiomersal containing vaccine autism // JAMA, 2003, v.290(13), p.1763-6.

25. World Health Organization. Guidelines on regulatory expectations related to the elimination, reduction or replacement of thiomersalin vaccines // WHO Technical Report Series. 2004, v.926(1), p.95-102.

26. Yalçin S.S., Gümüc A., Yurdakök K. Prophylacticuse of acetaminophen in children vaccinated with diphtheria tetanus-pertussis // World J Pediatr. 2008, v.4(2), p.127-9.

27. Prymula R., Siegrist C.A., Chlibek R., et al. Effect of prophylactic paracetamol administration at time of vaccination on febrile reactions and antibody responses in children: Twoopen-label, randomised controlled trials // Lancet, 2009, v.374(9698), p.1339-50.

28. Uhari M., Hietala J., Viljanen M.K. Effect of prophylactic acetaminophen administration on reaction to DTP vaccination //Acta Paediatr Scand. 1988, v.77(5), p.747-51.

29. Long S.S., Deforest A., Smith D.G. et al. Longitudinal study of adverse reactions following diphtheria-tetanus-pertussis vaccine in infancy //Pediatrics. 1990, v.85(3), p.294-302.

30. Manley J., Taddio A. Acetaminophen and ibuprofen for prevention of adverse reactions associated with childhood immunization // Ann Pharmacother., 2007, v.41(7), p.1227-32.

31. Burçin Nalbantoğlu, AyşinNalbantoğlu, Nihan UygurKülcü, Aysu Say, 9Ay - 8 Yaş Arası Çocuklarda Hepatit B Sero prevalansıve Aşılanma Durumları // Çocuk Dergisi, 2010, v.10(3), p.116-121

32. Bruno B., Rossella D.M., Alberto D. Optimal public health intervention in a behavioural vaccination model: the interplay between seasonality, behaviour and latency period Mathematical Medicine and Biology // A Journal of the IMA, 2018

Резюме
Надежность вакцинов и побочные эффекты
Н.А.Азизова

В статье описаны различные виды вакцинации для детей. Дана инстукция по применению, а также пофоблчные действия. В обзоре анализированы источники различных авторов последний лет.

Summary
Vaccine Reliability and Side Effects
N.A. Azizova

The article describes various types of vaccination for children. An instruction on the application, as well as pofoblchnye action. The review analyzes the sources of various authors over the past years.

Daxil olub: 07.08 2018

ANTİCİSM ÇATIŞMAZLIĞI İLƏ MÜŞAHİDƏ OLUNAN BİRİNCİLİ İMMUN ÇATIŞMAZLIQLARI

M.A. Hüseynova
Ankara universiteti, Tibb fakültəsi, Ankara

Açar sözlər: birincili immun defisit, anticisim çatışmazlığı
Ключевые слова: первичный иммунодефицит, недостаточность антител
Key words: primary immunodeficiency, antibody deficiency

İmmun çatışmazlığı sindromları orqanizmin immun sisteminin zəifləməsi ilə əlaqədar yaranan patoloji proses olub, yad antigeni destruksiya, eliminasiya etmək qabiliyyətinin azalması və itirilməsi ilə səciyyələnir. İmmun çatışmazlığı orqanizmin xəstəliklərə qarşı müqavimətini zəiflədir. Belə şəxslər tez-tez xəstələnir və xəstəliyi ağır keçirirlər. İmmun çaışmazlığı anadangəlmə (ilkin) və qazanılma (ikincili) olur.

Anadangəlmə immun çatışmazlığı olan uşaqlar tez-tez infeksion xəstəlikərə tutulurlar, onların fiziki inkişafı ləngiyir, kiçik yaşda infeksion xəstəliklərdən və ya bədxassəli şişlərdən tələf olurlar.

Anadangəlmə immun çatışmazlığı sindromları üç qrupa bölünür:

1. Hüceyrəvi immunitet çatışmazlığı (axondroplaziya, timusun inkişaf etməməsi və s.).
2. Humoral immunitet çatışmazlığı (X xromosomu ilə əlaqədar olan aqammaqlobulinemiya, immunoqlobulinlərin ayrı-ayrı növlərinin çatışmazlığı).
3. Qarışıq immunitet çatışmazlığı (İsveçrə tipli aqammaqlobulinemiya, ataksiya-teleangiekaziya).

Qazanılma immun çatışmazlığı iki növ olur:

1. Birincili, yəni bilavasitə immunokompetent sistemi zədələyən amillərin törətdiyi immun çatışmazlığı sindromu (QİÇS).
2. İkincili, yəni bəzi xəstəliklər (leykoz, limfoqranulomatoz, limfosarkoma və s.) nəticəsində və ya bəzi müalicə üsulları (şüa müalicəsi, kortikosteroidlər və immunodepres preparatlarla müalicə, timusun çıxarılması və s.) ilə əlaqədar törənən immun çatışmazlığı

The International Union of Immunulogical Societies (IUIS) tərəfindən 2011-ci ildə 31 May və 1 İyun tarixində birincili immun çatışmazlıqların yeni təsnifatı yayımlanmışdır. Bu təsnifata görə anticism çatışmazlığı:

1. Ig izotiplərin və B hüceyrələrinin aşağı səviyyəsi və yoxluğu ilə xarakterizə olunan xəstəliklər:
   a. Bruton tirazin kinaz çatışmazlığı
   b. Ağır zəncir çatışmazlığı
   c. λ5 çatışmazlığı
   d. Igα çatışmazlığı
   e. Igβ çatışmazlığı
   f. D cell linker protein (BLNK) çatışmazlığı
   g. Timoma ilə birlikdə immunçatışmazlıq: Good Sindromu

2. Normal və ya aşağı B hüceyrə miqdarı ilə birlikdə ən az 2 Ig izotipinin aşağı səviyyəsi ilə xarakterizə olunan xəstəliklər:

a. Tez-tez rast gəlinən Dəyişkən İmmün Çatışmazlıq (DİÇ)
b. İnducible costimulator (ICOS) çatışmazlığı
c. CD19 çatışmazlığı
d. Transmembran activator və calcium-modulator və cyclophilin ligand interactor (TACI) çatışmazlığı
e. (B cell activating factor) BAFF reseptor çatışmazlığı

3. İgG və IgA aşağı səviyyəsilə birlikdə İgM normal və ya yuxarı səviyyəsi və normal B hüceyrə sayı ilə xarakterizə olunan xəstəliklər:

a.CD40L çatışmazlığı (Tip 1 HIGM)
b.CD40 çatışmazlığı (Tip 3 HIGM)
c.Adenozin deaminaz çatışmazlığı (Tip 2 HIGM)
d.Urasil-DNA glikosilaz çatışmazlığı (Tip 5 HIGM)

4. İzotip və ya yüngül zəncir defektləri və normal B hüceyrə sayı ilə xarakterizə olunan xəstəliklər

a. Ig ağır zəncir mutasiyaları
b. Zəncir çatışmazlığı
c. Təcrid IgG alt qrupun defekltləri
d. IgA və IgG alt qrupun defektləri
e. Selektiv IgA çatışmazlığı

5. İmmunqlobulinin normal səviyyəsi və B hüceyrə miqdarı ilə birlikdə spesifik anticism cavabında çatışmazlıqlar ilə xarakterizə olunan xəstəliklər

6. B hüceyrələrin normal səviyyəsilə süd əmər körpələrin tranzitor hipoqamaqlobulinemiyası

X xromosomuna bağlı aqamaqlobulinemiya (XLA) ilk dəfə 1952-ci ildə Colonel Oqden Bruton tərəfindən aşkarlanmışdır. Bruton sindromu (aqammaqlobulinemiya) – nəslə X xromosomu ilə əlaqəli resessiv ötürülür. Periferik limfoid toxumanın plazmatik hüceyrələrində fəallığın azalması, B-limfositlərdən asılı olan sahələrin inkişafdan qalması ilə əlaqədar bütün immunoqlobulinlərin sintezi pozulur, humoral immun cavab yaranmır [1]. Bruton tirozin kinaz geni Xq22 – də lokalizasiya olunur.

Simptomlar adətən körpənin ilk illərində başlayır, xəstələrin yarıdan çoxu bir yaşından əvvəl, 90%-a isə 5 yaşında diaqnoz qoyulur [2]. IgG tipli aqamaqlobulinemiyalarda anticismlərin plasentadan anadan körpəyə keçməsi səbəbindən ilk bir neçə ay simptomlar müşahidə olunmur.

X-xromosomuna bağlı A-qammaqlobulinemiya təkrarlanan və şiddətli bakteriyal, enteroviral infeksiyalar, limfatik toxumanın yoxluğu və bəzi hallarda maliqnizasiya və otoimmunitetlə xarakterizə olunur [3]. Aqamaqlobulinemiyalarda ən çox rast gəlinən təkrarlanan sinopulmonar infeksiyadır. Həmçinin, otit, pnevmoniya və sinusitdə tez- tez rast gəlinir. Bəzi xəstələrdə piodermiya, xroniki konyuktivit, artrit, qastroenterit, meninqoensefalit, osteomielit, septik artrit, gepatit, sepsis rast gəlinmişdir [4,5,6.]. Ən çox amillər streptococcus pneumoniae, haemophilus influenzae, staphylococus və pseudomonas kimi kapsullu mikroorqanizmlərdır [7].

X-xromosomuna bağlı A-qammaqlobulinemiyada T hüceyrənin funksiyaları normaldır, lakin xəstələr echovirus, koksaki virus və poliovirus kimi enteroviruslarla yaranan infeksiyalara qarşı meyllidirlər (59). Xroniki enteroviral meninqoensefalitlər XLA-nın ən əhəmiyyətli səbəbidir [8]. Digər virus infeksiyaları, funqal infeksiyalar, pneumocystis carinii infeksiyası X-xromosomuna bağlı A-qammaqlobulinemiyada nadir olsa da bildirilmişdir [4].

Enteroviral faktorların səbəb olduğu diğər vəziyyət isə dermatomiozitə oxşar sindromdur [9]. X-xromosomuna bağlı A-qammaqlobulinemiyası olan xəstələrdə otoimmun xəstəliklər (ən çox yuvenil idiopatik artrit, aseptik poliartrit), sensoneyral eşitmənin pozulması, kolorektal kanser, 1-ci tip şəkərli diabet müşahidə olunur [10,11,12]. Yuvenil idiopatik artritin rast gəlmə tezliyi daha çoxdur və **X**-xromosomuna bağlı A-qammaqlobulinemiya olan xəstələrdə rast gəlinən xronik idiopatik artritin etiologiyasında mikoplazma və ureoplazmanın rolu qeyd edilmişdir [12]. Xroniki ağciyər xəstəliyi uzun müddət davam edən ağırlaşmadır [6]. Diaqnoz qoyulduqda xəstələrin 15-25%-də kəskin neytropeniya müşahidə olunur [13].

Winkelstein J. A. et al. (2006) laborator olaraq çox xəstədə IgG səviyyəsinin-200 mq/dl, IgA-nın -15 mg/dl və IgM -40 mq/dl olduğunu müşahidə etmişdirlər [14]. Periferik qanda limfositlərin alt qruplarına baxıldığında CD19+ və CD20+ yetişmiş B limfositlərin nisbəti 2%-dən aşağıdır və son diaqnoz bruton tirozin kinazın mutasiyanın olması ilə qoyulur [15]. Bruton tirozin kinazın ən əhəmiyyətli 2 ağırlaşması - xroniki enteroviral infeksiyalar və xroniki ağciyər xəstəliklərıdır. Erkən diaqnoz, geniş spektrli antibiotik müalicəsi və intravenoz immunoqlobulinlə müalicə xəstəliyin sayını azaldır. İntravenoz immunoqlobulinlə

müalicə, 3-4 həftədən bir 400-600 mq/kq dozasında verilir, məqsəd serum IgA səviyyəsini 500-600 mq/dl səviyyəsində saxlamaqdır [4].

Autosom resesiv aqamaqlobulinemiya 1970-ci ildə X-xromosomuna bağlı A-qammaqlobulinemiya xəstələri ilə eyni klinik simptomları olan və bruton tirozin kinazın mutasiyası olmayan qız uşaqlarında aşkarlanmışdır. Erkən B hüceyrə inkişafında defekt olan faktların 85%-ı bruton tirozin kinazın mutasiya olan XLA faktları yaradır. Qalan 15% halda isə genetik defektlər heterogendir. μ ağır zəncirdə mutasiya, λ5, Igα, "B cell linker protein" də (BLNK) pozğunluq 1/3 hallarda aşkarlanarkən, 5-10% körpələrdə genetik pozğunluq müşahidə edilməmişdir [16,17].

Aqamaqlobulinemiya müəyyənləşdirilənən qız uşaqlarında, anamnezində autosomal resesiv irsiyyət olan xəstələrdə, BTK mutasiyası olmayan oğlan uşaqlarında, autosom resesiv aqamaqlobulinemiyadan şübhələnmək lazımdır [18].

Qlansman-Riniker sindromu (İsveçrə tipli aqammaqlobulinemiya)- nəslə autosom-resessiv yolla ötürülür, hüceyrə və humoral immun cavab mexanizmləri paralel surətdə pozulur. Xəstə uşaqlar nadir hallarda 2 yaşına qədər yaşayır.

Tez-tez rast gəlinən dəyişkən immun çatışmazlıq (DİŞ) ikinci yerdə ən çox rast gəlinən birincili immun çatışmazlıq xəstəliyidir. Xəstəliyin rast gəlmə nisbəti 1:10.000-1:50.000 arasındadır və hər iki cinsdə eyni rast gəlinir [18]. Təkrarlanan bakteriyal infeksiyalar, serum immunqlobulinlərin səviyyəsinin düşməsi, anticism cavabının azalması ilə xarakterizə olunur [4].

Simptomlar adətən uşaqlıq və yetkin dövrlərdə müşahidə olunur. Xəstələrin yaşı diaqnoz qoyulduqda iki dövrdə olur: 6-10 yaşlarında və gənc yetkin yaşlarda (26-40 yaş). Diaqnozun vaxtında goyulması və simptomların başlaması ilə müalicə arasında olan proses təxminən 5 ilə qədər uzana bilər [19]. Serum IgG səviyyəsi 500 mq/dl-dən aşağı olur. Qan zərdabında IgG aşağı səviyyəsi adətən IgA və IgM aşağı səviyyəsilə müşahidə olunur [19].

Ən çox klinik göstərici bakterial infeksiyalar tərəfindən yaranan yuxarı və aşağı tənəffüs yolunun infeksiyasıdır [18, 19].

Təkrarlanan infeksiyalara ən çox səbəb olan bakteriyalar streotococcus pneumoniae, haemophilus influenzae, staphylococcus aureus və moraxella catharalistir.

Bəzi müəlliflərin fikrinə görə, dəyişkən immun çatışmazlıq olan xəstələrdə menengit, piyelonefrit, mastoidit, yumşaq toxumanın infeksiyaları kimi somatik infeksiyaların sıxlığı ümumi pediatrik populasiyaya görə artmışdır [19].

Allergik xəstəliklər bəzən dəyişkən immun çatışmazlıqla müşayiət oluna bilər. Qida allergiyası, allergik rinit, atipik dermatit və astma dəyişkən immun çatışmazlıqla birlikdə müşahidə oluna bilər [19, 20].

Otoimmun xəstəliklər dəyişkən immun çatışmazlığı olan faktların 20-30%-ində müşahidə edilir [21, 22.]. Bəzən xəstəliyin ilk göstəricisi də ola bilər. Ən çox müşahidə olunan otoimmun xəstəliklər - immun trombositopenik purpura (ITP) və otoimmun hemolitik qan azlığıdır. Otoimmun hemolitik qan azlığı xəstəliyini tez-tez ITP və splenomeqaliya müşayət edir [23].

Dəyişkən immun çatışmazlıq olan xəstələrin yaxınlarında da IgA çatışmazlığı, otoimmun xəstəliklər və bədxassəli xəstəliklərin artması bildirilmişdir [4].

Dəyişkən immun çatışmazlıq olan xəstələrin müalicəsində intravenoz immanoqlubulinin əvəzedicisi və infeksiyalara qarşı antibiotikoprofilaktika tətbiq olunur. Dəyişkən immun çatışmazlığı müşayyət edən digər xəstəliklərin də müalicəsi nəzərdə tutulmalıdır [24.]. İntravenoz immunoqlobulin 3 həftədən bir 400-600 mq/kq dozasında təyin olunur. Məqsəd serum IgG miqdarını -500 mg/dl səviyyəsində saxlamaqdır [4]. Bu müalicə erkən diaqnoz və müalicə ağırlaşmaların sayını azaldır.

Hiper IgM sindromu immun çatışmazlığı ilə əlaqəlidir və serum İgM normal və ya artmış səviyyəsi, digər plazma immunqlobulinlərin olmaması və ya aşağı səviyyəsi ilə xarakterizə olunur [25]. Bu da bakterial infeksiyalara qarşı həssaslığın artmasına gətirib çıxarır. Rast gəlmə tezliyi 100.000 yenidoğolmuşlardan birindədir [26]. Plazma IgM səviyyəsi 1000 mq/dl qədər yüksələ bilər [4].

Serum IgM molekulyar pozğunluq tipinə görə 6 qrupa bölünür:

- HIGM-1CD 40 ligand çatışmazlığı
- HIGM -3CD 40 çatışmazlığı
- HIGM - 2 AID (aktivasiya ilə çoxalan sitidin deaminaz) çatışmazlığı
- HIGM- 4UNG (urasil –DNA glikosilaz) çatışmazlığı
- NEMO və ya IKKG genində mutasiya
- Molekulyar defekti aşkarlanmamış HIGM sindromu

CD40 liqand çatışmazlığı (Xe bağlı Hiper IgM sindromu, HIGM1) Xq26 pozisiyasında olan CD40L genində mutasiya nəticəsində inkişaf edir. CD 40 liqand-ın aktivizatorları T hüceyrələrdə ekspress edilir və

antigen hüceyrələrin xəbərdar edilməsini və B hüceyrə səthindəki CD40 təsiri altında izotip dəyişikliyinin reallaşmasını təmin edir. CD 40l genində mutasiya nəticəsində yaranan CD40-CD40L qarşılıqlı təsiri olmadığından izotip dəyişikliyi olmur və bu xəstələrdə IgG, IgA səviyyələri aşağı olarkən, IgM səviyyəsi normal və ya yüksək olur. Hiper IgM sindromunun digər qrupunu təşkil edən CD40 çatışmazlığında də izotip dəyişikliyi baş vermir. CD40 və CD40 Liqand çatışmazlığında humoral immun cavabla bərabər hüceyrəvi immun cavab da pozulur [27.]. Simptomlar uşaqlıq dövründə başlayır, bəz hallarda daha gec ortaya çıxır. Xəstələrdə yuxarı və aşağı tənəffüs yollarının infeksiyası, xroniki diareya, qaraciyər xəstəlikləri tez-tez rast gəlinir. Hüceyrəvi immun cavabın pozulması səbəbindən p.carini, cryptosporidum parvum kimi opportunist patogenlərin yaratdığı infeksiyalara meyyilik artır. CD40 və CD40L çatışmazlığına hemolitik anemiya, artrit və iltihab mənşəli bağırsaq xəstəlikləri kimi otoimmun xəstəliklər də müşayiət oluna bilər [28]. CD40 və CD40 L çatışmazlığında adətən Ig G - 250 mg/dl, IgA aşağı, İgM yüksək və ya norma daxilində olur [8].

Selektiv İgA çatışmazlığı ən tez tez rast gəlinən immun çatışmazlığıdır. Rast gəlmə tezliyi müxtəlif bölgələrdə təxmini 1/143 – 1/18,500 olaraq bildirilmişdir

[29]. Türkiyədə selektiv İgA çatışmazlığının rast gəlmə tezliyi 1:188-dir [30]. Əsasən ağ irqli körpələrdə müşahidə olunur.

İgA çatışmazlığında, B hüceyrələrin İgA sintez edən plazma hüceyrəsinə çevrilməsində pozğunluq aşkarlanmışdır [17]. Aplastik anemiya olan 2 yaşlı xəstəyə İgA çatışmazlığı olan 6 yaşlı qardaşının kök hüceyrə köçürülməsinin nəticəsi İgA çatışmazlığının yaranması, pozğunluqluğun kök hüceyrə ilə əlaqəli olması guman edilir (141). İL-4, İl-6, İL-7, İL-10, TGF- β və İL-21, çatışmazlıqlarının da İgA çatışmazlığında rolu olması göstərilmişdir [31]. İgA çatışmazlıqları olan xəstələrin 85-90% asimptomatikdir [29]. Simptomatik İgA çatışmazlığı olan xəstələrdə təkrarlanan tənəffüs yolu infeksiyası ən tez tez rast gəlinən klinik göstəricidir [32]. Çox zaman bu infeksiyalar haemophilus influenzae və streptococcus pneumoniae təşkil edir [29].

Bəzi müəlliflər qeyd edir ki, İgA çatışmazlığında qastrointenstinal sistem infeksiyalarına və otoimmun xəstəliklərə meyillik artır [33]. İgA çatışmazlığı zamanı otoimmun xəstəliklərin sayı artır. Əsasəndə yetkin və qız uşaqlarında daha çox rast gəlinir. Ən çox rast gəlinən otoimmun xəstəliklər: tiroidit, idiopatik trombositopenik purpura, otoimmun hemolitik anemiya, yuvenil idiopatik artrit, sistem qırmızı qurd eşənəyidir [34]. Türkiyədə aparılan tədqiat işlərin birində 2006-2011-ci illərdə selektiv İgA çatışmazlığı olan 118 xəstə qiymətləndirilmişdir. Bu xəstələrdə, infeksion xəstəliklərdən sonra allergik və otoimmun xəstəliklərində daha çox rast gəlindiyi müəyyən edilmişdir [35].

İgA çatışmazlığı aşkarlanan asimptomatik xəstələrdə müalicəyə ehtiyac olmur. İgA çatışmazlığının müalicəsi zamanı yanaşı xəstəliklərində müalicəsi vacibdir [29].

Selektiv İgM çatışmazlığı- serum İgM-in aşağı səviyyəsilə xarakterizə olunan dis-qammaqlobulenemiyadır. Bu çox nadir xəstəlik olub, rast gəlmə tezliyi 0,03%-dir. Kriteriyaları - İgM səviyyəsinin <2SD olması, diğər immunqlobulinlərin normal olması, İgM səviyyəsinin aşağı düşməsinin ikincili olması. Selektiv İgM çatışmazlığında İgM səviyyəsi <10-20 mg/dl-dır. İgM qan plazması və selikli ifrazatda olur və total plazmaimmunqlobulinlərinin 10%-ı əmələ gətirir [36].

Selektiv IgM çatışmazlığın etiologiyası hal-hazıra qədər tam aydın deyil. Selektiv IgM çatışmazlığı birincili və bədxassəli neoplazmlarda (clear cell sarkom, kəskin leykemiya, multipl mieloma), otoimmun xəstəliklərdə (revmatoid artrit, Haşimoto uru, qırmızı qurd eşənəyi, otoimmun hemolitik anemiya), həzm traktın xəstəliklərində (Crohn xəstəliyi, xroniki diareya) və immunsupresiv dərman qəbul edildikdə ikincili olaraq yarandığı sübut edilmişdir [36].

Spesifik anticism çatışmazlığı (SAÇ), sinusit, otit, pnevmoniya kimi təkrarlanan tənəffüs yolu infeksiyalarına qarşı anticism cavabının az olması və ya olmaması ilə xarakterizə olunur. SAÇ-da plazma IgG, IgA və IgM səviyyələri norma daxilindədir. Təkrarlanan infeksiyaları olan xəstələrin 5-10%-da SAÇ-ın olduğu göstərilmişdir.

Südəmər körpələrin tranzitor hipoqammaqlobulinemiyası (SKTH) – körpələrin ilkin yaşlarında müşahidə olunan fizioloji immun çatışmazlığıdır, postnatal ontogenezin 4-7-ci aylarında müşahidə olunur və ana anticismlərin katabolizmindən şəxsi immunqlobulinlərin aktiv sintezinin başlaması arasında olan özünə məxsus keçid dövrüdür. Normada belə immunçatışmazlıq asimptomatik keçir, lakin uşaqda bakterial infeksiyalara qarşı yüksək meyillik olur, hansl ki, qənaətbəxş şəraitdə də, kliniki olaraq üzə çıxır. Belə immunçatışmazlıq yalnız ağır infeksion fəsadlar və ya hipoimmunqlobulinemiyanın körpələrdə bir yaşdan yuxarı olan hallarda patoloji sayılır.

Anticism çatışmazlıqları ən çox rast gəlinən birincili immun çatışmazlıqlarıdır. 2013-cü ildə European Society of Immunodeficiencies bazasının verdiyi məlumata görə birincili immun çatışmazlığı ilə ümumi 18,720 xəstə qeydə alınıb. Bu xəstələrin 56,78%-də (n=10,629) anticism çatışmazlıqlarının olduğu müəyyən

edilib [37].

ƏDƏBİYYAT

1. Kliegman R., Nelson W. E. Nelson Textbook of Pediatrics, tPhiladelphia, 2011, p. 715-722.
2. Wilkestein J.A. et al. X-linked agammaglobulinemia: report on a United States registry of 201 patients. Medicine (Baltimore), 2006, v.85 (4), p.193-202.
3. Fried A.J., Bonilla F.A. Pathogenesis, diagnosis, and management of primary antibody deficiencies and infections // Clin Microbiol Rev, 2009. №22(3), p.396-414.
4. Ballow M. Primary immunodeficiency disorders: antibody deficiency // J Allergy Clin Immunol, 2002, №109(4), p.581-591.
5. Winkelstein J.A., et al. X-linked agammaglobulinemia: report on a United States registry of 201 patients // Medicine (Baltimore), 2006, v.85(4), p. 193-202.
6. Lederman H.M., Winkelstein J.A. X-linked agammaglobulinemia: an analysis of 96 patients // Medicine (Baltimore), 1985, v.64(3), p.145-156.
7. Gray P.E. Namasivayam M., Ziegler J.B. Recurrent infection in children: when and how to investigate for primary immunodeficiency? // J Paediatr Child Health., v.48(3), p.202-209.
8. Winkelstein, J.A. et al. X-linked agammaglobulinemia: report on a United States registry of 201 patients // Medicine (Baltimore), 2006, v.85(4), p. 193-202.
9. Gotoff, S.P., R.D. Smith, Sugar O. Dermatomyositis with cerebral vasculitis in a patient with agammaglobulinemia // Am J Dis Child, 1972, v.123(1), p. 53-56.
10. Berlucchi M. et al. Sensorineural hearing loss in primary antibody deficiency disorders // J Pediatr, 2008, v.153(2), p. 293-296.
11. Brosens, L.A. et al. Multiple colorectal neoplasms in X-linked agammaglobulinemia // Clin Gastroenterol Hepatol, 2008, v.6(1), p.115-119.
12. Mohiuddin A.A. et al. Ureaplasma urealyticum chronic osteomyelitis in a patient with hypogammaglobulinemia // J Allergy Clin Immunol, 1991, №87, p.104-107.
13. Aghamohammadi A. et al. Neutropenia associated with X-linked Agammaglobulinemia in an Iranian referral center // Iran J Allergy Asthma Immunol, 2009. №8(1), p. 43-47.
14. Kliegman R., Nelson W. E. Nelson Textbook of Pediatrics, tPhiladelphia, 2011, p. 715-722.
15. Fried A.J., Bonilla F.A. Pathogenesis, diagnosis, and management of primary antibody deficiencies and infections // Clin Microbiol Rev, 2009, №22(3), p. 396-414.
16. Lopez Granados E. et al. Clinical and molecular analysis of patients with defects in micro heavy chain gene // J Clin Invest, 2002, №110(7), p.1029-1035.
17. Wang, Y. et al. Novel Igalpha (CD79a) gene mutation in a Turkish patient with B cell-deficient agammaglobulinemia // Am J Med Genet, 2002, №108(4), p.333-336.
18. Bonilla F.A. et al. Practice parameter for the diagnosis and management of primary immunodeficiency. Ann Allergy Asthma Immunol, 2005, №94(5 Suppl 1), p.S1-63.
19. Urschel, S. et al. Common variable immunodeficiency disorders in children: delayed diagnosis despite typical clinical presentation // J Pediatr, 2009, №154(6), p.888-894.
20. Ramirez-Vargas N. et al. Clinical and immunological features of common variable immunodeficiency in Mexican patients // Allergol Immunopathol., 2013, №8, p.0301-0546.
21. Resnick E.S. et al. Morbidity and mortality in common variable immune deficiency over 4 decades // Blood. 2012, №16, p.1650-1657.
22. Boileau J. et al. Autoimmunity in common variable immunodeficiency: correlation with lymphocyte phenotype in the French DEFI study // J Autoimmun., 2011, №36(1), p. 25-32.
23. Seve, P. et al. Autoimmune hemolytic anemia and common variable immunodeficiency: a case-control study of 18 patients // Medicine (Baltimore), 2008, №87(3), p.177-184.
24. Salzer U.K., Peter H.H. Common variable immunodeficiency - an update // Arthritis Res Ther., 2012, №14(5), p. 223-227.
25. Lee W.I. et al. Clinical Features and Genetic Analysis of Taiwanese Patients with the Hyper IgM Syndrome Phenotype // Pediatr Infect Dis J. 2013, 3№2(9), p. 1010-1016.
26. Montella S. et al. Hyper IgM syndrome presenting as chronic suppurative lung disease // Ital J Pediatr. 2012, №19,p.45-49.
27. Notarangelo L.D. et al. Defects of class-switch recombination // J Allergy Clin Immunol, 2006, №117(4), p.855-864.
28. Jesus A.A., Duarte A.J., Oliveira J.B. Autoimmunity in hyper-IgM syndrome // J Clin Immunol, 2008, 28 Suppl, p. 62-66.

29. Yel L. Selective IgA deficiency // J Clin Immunol., 2010, №30(1), p.10-16.
30. Basturk B. et al. Prevalence of selective immunoglobulin A deficiency in healthy Turkish school children // Turk J Pediatr., 2011, №53(4), p.364-368.
31. Borte S. et al. Interleukin-21 restores immunoglobulin production ex vivo in patients with common variable immunodeficiency and selective IgA deficiency // Blood, 2009, №114(19), p 4089-4098.
32. Janzi M. et al. Selective IgA deficiency in early life: association to infections and allergic diseases during childhood // Clin Immunol, 2009, №133(1), p. 78-85.
33. Edwards E., Razvi S., Cunningham-Rundles C. IgA deficiency: clinical correlates and responses to pneumococcal vaccine // Clin Immunol, 2004, №111(1), p.93-97.
34. Aghamohammadi A. et al. IgA deficiency: correlation between clinical and immunological phenotypes // J Clin Immunol, 2009, №29(1), p.130-136.
35. Aytekin C. et al. Selective IgA deficiency: clinical and laboratory features of 118 children in Turkey // J Clin Immunol., 2012, №32(5), p.961-966.
36. Fallon K.E. Inability to train, recurrent infection, and selective IgM deficiency // Clin J Sport Med, 2004, №14(6), p.357-359.
37. http://www.esid.org/registry-number-of-patients.

Резюме

Первичный иммунодефицит с преимущественной недостаточностью антител

М.А.Гусейнова

Согласно определению, первичные иммунодефициты являются генетически детерминированными заболеваниями, основополагающими которых являются молекулярные либо органические дефекты, сопровождающиеся нарушениями иммунных реакций, при этом наблюдается клиника инфекционных и аутоиммунных заболеваний, при этом наблюдается повышенный риск развития злокачественных новообразований. Первичные иммунодефициты более частые заболевания, чем это предполагалось ранее. Отсутствие четких алгоритмов и использование устаревших технологий значительно затягивают процесс диагностики, что ведет к затягиванию дорогостоящего не специфического лечения вместо проведения эффективной иммунотропной терапии. Первые эпизоды первичных иммунодефицитов (ПИД) проявляются в раннем детстве, но также первичные ПИД могут встречаться и среди взрослого населения, первые эпизоды заболевания наблюдаются в 20-30 летнем возрасте.

Summary

Primary immunodeficiency with mostly insufficient antibody

M.A.Huseynova

By definition, primary immunodeficiencies are genetically determined diseases, which are fundamental molecular or organic defects associated with impaired immune responses, in this case there is the clinic of infectious and autoimmune diseases, with an increased risk of developing malignancies. Primary immunodeficiency diseases more frequent than previously thought. The lack of clear algorithms and the use of outdated technologies considerably delay diagnosis process, which leads to delays expensive no specific treatment instead of Immunotropic effective therapy. The first episodes of primary immunodeficiencies (PID) are manifested at an early age, but also the primary PID can also occur in adults, the first episode of the disease observed in the 20-30 years of age.

Daxil olub: 19.07 2018

ORİJİNAL MƏQALƏLƏR- ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

СЕРОПРЕВАЛЕНТНОСТЬ В ОТНОШЕНИИ ЛИМФОТРОПНЫХ РЕТРОВИРУСОВ ЧЕЛОВЕКА СРЕДИ РАЗНЫХ КАТЕГОРИЙ ЖИТЕЛЕЙ АЗЕРБАЙДЖАНА

Ю.А.Ахмедов, М.К.Мамедов, С.Н.Джавадзаде, Р.К.Таги-заде
Национальный центр онкологии; НИИ гематологии и трансфузиологии им. Б.Эйвазова, г.Баку

Açar sözlər: sero-prevalentlik, limfotrop viruslar, Azərbaycanın əhalisi
Ключевые слова: серопревалентнось, лимфотропные ретровирусов, жители Азербайджана
Keywords: seroprevalence, lymphotropic retroviruses, residents of Azerbaijan

К середине 90-х гг XX в было установлено, что открытые за десять лет до этого Т-клеточные лимфотропные ретровирусы человека HTLV-1 и HTLV-2, циркулируют во всем мире [1]. При этом наряду с эндемичными для этих вирусов регионами (Южная Америка, Африка и Юго-Восточная Азия), в которых уровень серопозитивности в отношении этих вирусов внешне здорового взрослого населения достаточно высок, существует ряд стран (в Европе, Северной Америке и Австралии), в которых уровень серопозитивности в отношении этих вирусов низок, а их выявление связывается с мигрантами, приезжающими из эндемичных регионов [2].

Тот факт, что эти вирусы циркулируют и среди населения Азербайджана был впервые показан еще 10 лет назад путем выявления антител к антигенам этих вирусов (anti-HTLV) в сыворотке крови небольших по численности групп безвозмездных доноров крови и больных талассемией и ревматоидным артритом [3,4]. Однако, несмотря на это, информация об особенностях распространения инфекций, вызванных этими вирусами, среди разных категорий взрослых жителей страны оставалась крайне ограниченной.

Последнее обстоятельство побудило нас поставить перед собой задачу оценить современные масштабы распространения этих инфекций среди онкологических и онкогематологических больных, формирующих одну из многочисленных групп с высоким риском парентерального инфицирования вирусами, распространяющимися посредством трансфузионного механизма инфицирования [5].

С помощью твердофазного иммуноферментного метода, воспроизводимого на основе коммерческих наборов реагентов "Immuno Comb HTLV I & II" фирмы Orgenics LTD (Израиль) мы серологически исследовали на наличие anti-HTLV сыворотки крови 500 безвозмездных доноров крови, 400 больных солидными злокачественными опухолями (200 больных раком молочной железы, 100 больных раком пищевода и 100 больных раком легкого), 400 больных лимфомами (150 больных ходжкинской и 250 больных неходжкинскими лимфомами) и 200 больных хроническими лейкозами (ХЛЗ).

Судя по результатам этого исследования, указанные антитела выявились с частотой 0,8±0,4%, что, само по себе, вновь подтвердило факт циркуляции этих вирусов среди населения Азербайджана. В то же время, учитывая, что безвозмездные доноры крови являются группой внешне здоровых лиц в возрасте от 18 до 60 лет, можно было говорить о том, что по частоте выявления anti-HTLV территория Азербайджана не относится к числу регионов, эндемичных в отношении этих инфекций [2].

В то же время anti-HTLV выявились в среднем у 2,4±0,4% онкологических больных, что в 3 раза превосходило предыдущий показатель ($p<0,05$). Данный факт мы считали подтверждением того, что распространение HTLV в Азербайджане происходило, в большинстве случаев, посредством трансфузионного механизма инфицирования, так как онкологические больные формируют одну из многочисленных групп с высоким риском инфицирования любыми агентами, передающимися за счет трансфузионного механизма инфицирования [5].

Далее мы обратили внимание на то, что если у больных солидными злокачественными опухолями (СЗО) и ходжкинскими ЛФ (ХЛФ) частота выявления anti-HTLV составила 1,3% и 1,3%, соответственно, то этот же показатель у больных неходжкинскими ЛФ (НХЛ) и ХЛЗ оказался равным 4,0% и 2,5%, соответственно.

Все указанные выше показатели серопозитивности, определеные у разных категорий онкологических больных мы сравнили с частотой выявления anti-HTLV у также живущих в Азербайджане представителей двух других групп с высоким риском парентерального инфицирования, а именно у 500 ВИЧ-инфицированных лиц и у 468 потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Оказалось, что эти антитела выявились с частотой 1,2% у первых и 1,7% - у последних [6].

Тот факт, что последние показатели мало отличались от соответствующих показателей у больных СЗО и у больных ХЛФ мы расценили как указание на то, что заражение этих контингентов лиц происходило посредством одного и того же пути инфицирования их названными выше ретровирусами.

В то же время, тот факт, что anti-HTLV у больных НХЛ и ХЛЗ выявились чаще, чем у больных СЗО и ХЛФ, а также у ВИЧ-инфицированных лиц и ПИН, мы связали с возможной прямой причастностью HTLV к возникновению некоторых из НХЛ и ХЛЗ [2].

Сравнивая полученные нами данные с ранее опубликованными результатами определения anti-HTLV у других категорий жителей Азербайджана, мы пришли к заключению о том, что процент серопозитивности в отношении этих ретровирусов убывал в ряду "больные НХЛ - больные ХЛЗ - больные талассемией - ПИН - больные ХЛФ - больные СЗО - ВИЧ-инфицированные лица - больные ревматоидным артритом - доноры крови".

Итак, эпидемиологически интерпретируя все эти данные, мы полагали, что в Азербайджане, как и в ряде других стран мира, не эндемичных в отношении HTLV-1 и HTLV-2, инфекции, вызванные этими лимфотропными ретровирусами наиболее часто выявляются среди больных НХЛ и ХЛЗ. Более высокую частоту выявления anti-HTLV у данного контингента больных мы связали с тем, что часть заболеваний НХЛ и ХЛЗ могли быть этиологически связана с указанными ретровирусами.

У больных СЗО и ХЛФ частота выявления anti-HTLV оказалась ниже таковой у больных НХЛ и ХЛЗ, но почти в 2 раза выше соответствующего показателя у доноров крови. Этот факт мы связали с уже отмеченной выше принадлежностью этих больных к группам с высоким риском парентерального инфицирования ретровирусами.

Таким образом, на основании полученных результатов, мы пришли к выводу о том, что в Азербайджане, который не относится к территориям, эндемичным в отношении лимфотропных ретровирусов, последние распространяются преимущественно трансфузионным путем, причем среди разных категорий населения циркулируют с различной интенсивностью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Gallo R. History of the discovery of the first human retroviruses HTLV-I and HTLV-II.// Oncogene, 2005, v.24, p.5926-5930;

2. Бобкова М.В., Гараев М.М., Урываев Л.В. Ретровирусы. / Вирусы и вирусные инфекции человека и животных. Под ред.Д.К.Львова. М: МИА, 2013, с.324-334;

3. Таги-заде Р.К., Караева Г.А., Керимов А.А., Мамедов М.К. Антитела к ретровирусам человека у больных талассемией. // Азерб. Ж. онкологии и гематологии, 2008, N.1, с.114-116;

4. Гаджиев А.Б., Таги-заде Р.К., Караева Г.А. и др. Антитела к лимфотропным ретровирусам человека у здоровых лиц, больных лимфомами, талассемией и ревматоидным артритом. // Азерб. Ж. онкологии и гематологии, 2008, N.2, с.133-135;

5. Мамедов М.К., Дадашева А.Э. Теоретические основы эпидемиологии и профилактики трансфузионных вирусных инфекций. Баку: Элм, 2012, 249 с.

6. Дадашева А.Э., Мамедов М.К., Алмамедова Э.М. Антитела к ретровирусам человека среди живущих в Азербайджане лиц из групп с высоким риском парентерального инфицирования. // Тезисы научно-практ. конфер. Национального центра онкологии. Баку, 2017, с.19.

Xülasə

Azərbaycanın müxtəlif kateqoriyalı əhalisi arasında insanın limfotrop viruslarına qarşı sero-prevalentlik

Y.A.Əhmədov, M.Q.Məmmədov, S.N.Cavadzadə, R.K.Tağızadə

Böyük həcmli bədxassəli şişlər, limfoma və leykoz olan xəstələrin donor qan zərdabında insan retrovirusuna qarşı summar anticisimlərin təyin ediləməsi üçün seroloji müayinələrdən keçirilmişdir. Bu anticisimlər donor qan zərdabından 0,8%, onkoloji xəstələrin qan zərdabında 2,4% aşkar edilmişdir. Eyni zamanda limfoma olan xəstələrdə anticisimlər böyük həcmli bədxassəli şişlər olan xəstələrə nisbətən daha çox aşkar edilmişdir.

Summary

Seroprevalence to human lymphotropic viruses among different categories of inhabitants in Azerbaijan

Y.Akhmedov, M.Mamedov, S.Javadzadeh, R.Tagi-zadeh

Paper contains results of serologically testing of blood donors and patients with solid malignant tumors lymphomas and leukemias for detection of antibody to human lymphotropic viruses. These antibodies were detected at serums of 0,8% of blood donors and at 2,4% oncological patients. In the same times these antibodies were detected at lymphoma patients more frequent than at solid malignant tumor patients.

Daxil olub: 28.06 2018

YARIMÇIQ DOĞULMUŞ KÖRPƏLƏRDƏ AÇIQ ARTERİAL AXACAĞIN ULTRASƏS (EXOKARDİOQRAFİQ) DİAQNOSTİKASI

E.X. Rəhimov, E.A.Çoban

İstanbul universiteti, Tibb fakültəsinin uşaq sağlamlığı və xəstəlikləri kafedrası, İstanbul

Açar sözlər: vaxtından əvvəl doğulmuş uşaqlar, açıq arterial axacaq, exokardioqrafiya
Ключевые слова: недоношенные дети, открытый артериальный проток, эхокардиография
Key words: premature infants, open arterial duct, echocardiography

Açıq arterial axacağı (patent ductus aterozis, PDA) yarımçıq doğulmuş körpələrin çox əhəmiyyətli problemlərindən biridir. Prenatal dövrdə artrerial axacağı embrional qan dövranının normal komponentidir. Körpə doğulduqdan sonra birinci sutkalarda axacağın funksional bağlanması, sonrakı həftələrdə isə anatomik obliterasiyası baş verir. Axacağın fizioloji bağlanması yarımçıq doğulmuş körpələrdə gecikir və konstriksiyanın gecikmə tezliyi yarımçıq doğulmuş körpələrin hestasion yaşı və bədən çəkisi ilə tərs mütanasibdir [1]. Əgər 3 gün ərzində Botall axacağı bağlanmazsa, PDA (Patent Duktus Arteriosus) diaqnozu qoyulur. Aortada qan təziqi (120 mm.c.süt) ağ ciyər arteriyasından (25 mm. c. süt) daha yüksək olduğu üçün qan aortadan ağ ciyər arteriyasına doğru axır. Göründüyü kimi bədəndə dövr etməli olan oksigenli qanın bir hissəsi Botall axacağı vasitəsilə yenidən ağciyərlərə gedir. Bu da ilk növbədə ağciyər damarlarında qan təzyiqinin yüksəlməsinə *(pulmoner hipertenziya)* səbəb olur, digər tərəfdən də artan qan axımı ürəyin daha çox işləməsinə və nəticədə daha çox yorulmasına səbəb olur.

Tədqiqatın məqsədi yarımçıq doğulmuş körpələrdə açıq arterial axacağın exokardioqrafiq göstəricilərinin müqayisəli təhlilindən ibatrətdir.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqat işinə 2011-ci ilin mart-avqust ayları arasında 39 preterm yenidoğulmuş körpələr daxil edildi. Xəstələrə aid bütün antenatal və postnatal göstəricilər qeyd edildi. Tədqiqat işinə daxil olan bütün xəstələr klinikada postanatal dövrün 3-cü günündə 32 gestasiya həftəsindən əvvəl doğulmuş pretermlərə rutin olaraq exoqrafiq müayinə (EKO) aparıldır. EKO göstəriciləri xüsusi hazırlanmış formalarda qeyd edilmişdir. PDA olan və konrol EKO çəkilməsi lazım olan şəxslərə təkrar EKO aparılırdı. EKO aparılarkən əsasən patent duktus aterozisin ölçüsü, exokardioqrafiq olaraq dürüst olub olmadığı, sol qulaqçığın ölçüsü, sol mədəcəyin ölçüsü, sol qulaqçıq/mədəçik kökün nisbəti, aşağı enən aortanın diastolanın sonunda axınının sürəti, ağciyər arteriyada təzyiq, kənara çıxma fraksiyaları və əgər varsa əlavə kardial anomaliyalar da, qeyd edilirdi. Exokardioqrafiq olaraq hemodinamik təsdiqlənmiş PDA (ehaPDA) – nın kriteriyaları: axacaq ölçüsünün ən dar yerində > 1,5 mm olması [2] və sol ürək boşluqların genişlənməsi, rənqli doppler USM-də sol sağ şuntlarının olması, enən aortada retroqrad axının olması (klinikamızın kardioloji bölümün tərəfindən exokardioqrafiyada hemodinamik olaraq təsdiqlənmiş PDA-nın qəbul etmə kriteriyaları).

Tədqiqata daxil olan preterm körpələrin hər hansı bir səbəbdən döş qəfəsi orqanlarının renqenoqrafiyası çəkilərkən DİCOM viewer proqramından istifadə edilərkən iki bronxlar arasında olan karina (traxeyanın bifurkasiyası) bucağı ölçülür və qeyd edilirdi. Bu rentgen filmlərdən əsasən postnatal dövrün 1, 3 və 7-ci günlərində çəkilmiş rentqen filmləri qiymətləndirilirdir. Əgər körpə müalicə alıbsa, müalicədən əvvəl və müalicə bitmədən çəkilmiş filmlərdə karina bucağı ölçülürdü.

Xəsətlər PDA baxımından iki qrupa bölünmüşdürlər: PDA olan və olmayan. Exokardiaqrafiyada PDA hemodinamik anlamlı qrup - ehaPDA adlandırılmışdır.

Xəstələr PDA –nın klinik göstəriciləri baxımından – klinik göstəriciləri olan və olmayan olaraq 2 qrupa bölünüblər. Kliniki göstəricilər: 2 qabırğaarası nahiyyədə yaxşı hiss edilən pansistolik uzun müddətli küyün olması və aşağıda göstərilən göstəricilərin hər hansı birinin olması pozitiv olaraq qəbul edilirdi – yüksək nəbz təzyiqi (>25 mmHg), nəzərə çarpan prekardial pulsasiya, sıçrayıcı nəbz, tənəffüsün pisləşməsi, başqa səbəbdən açıqlanmayan ödem və oliquriya [3]. Kliniki göstəriciləri olan xəstə qrupu – simptomatik PDA (sPDA) qrupu olaraq adlandırıldı. Həm exokardioqrafiq olaraq hemodinamik təsdiqlənmiş PDA-sı olan (ehaPDA), həmçinin PDA-nın kliniki göstəriciləri (sPDA) olan xəstə qrupu "significant PDA" olaraq qəbul edildi (əPDA).

Cədvəl 1

İlk EKO-da ehaPDA olan qrupla ehaPDA olmayan qrup xəstələrilə EKO –nun nəticələri və karina bucağı

Göstəricilər	ehaPDA olmayan qrup(n=28)**		ehaPDA (n=11)		P
	Ort	SS	Ort	SS	
PDA ölçüsü, mm					0,0001***
A.EKO (n=16/11)	1,3	0,5	2,5	0,3	
B. EKO (n=4/2)	1,8	0,9	1,0	0,0	
C. EKO (n=0/3)	-	-	2,0	0,9	
Sol qulaqçığın ölçüsü, mm					
A. EKO (n=16/7)	6,6	1,2	8,7	2,8	0,039*
B. EKO (n=3/2)	7,0	1,0	6,5	2,1	-
C. EKO (n=0/3)	-	-	6,7	0,6	-
Sol mədəciyin diastol sonu ölçüsü, mm					
A. EKO (n=21/11)	10	1,8	12	2,7	0,042**
B. EKO (n=3/2)	9	1,2	11	1,4	-
C. EKO (n=0/4)	-	-	10	3,7	-
Sol qulaqçıq/aorta ölçüsü, mm					
A. EKO (n=21/11)	1,2	0,2	1,4	0,3	0,001**
B. EKO (n=3/2)	1,2	0,1	1,2	0,1	-
C. EKO (n=0/5)	-	-	1,2	0,3	-
Enən aortanın diastol sonu axının sürəti m/sn					
A. EKO (n=18/4)	0,3	0,1	0,8	0,4	0,0001***
B. EKO (n=3/1)	0,6	0,0	0,5	0,3	-
C. EKO (n=0/2)	-	-	0,5	0,4	-
EF, %					
A. EKO (n=15/7)	75	6	74	3	0,667
B. EKO (n=3/2)	77	4	75	6	-
C. EKO (n=0/5)	-	-	74	5	-
Ağciyər arteriyasında təzyiq, mmHg					
A. EKO (n=18/10)	19	4	28	11	0,051
B. EKO (n=2/2)	15	2	19	8	-
C. EKO (n=0/4)	-	-	26	16	-
Karina bucağı,°					
İlk 24 saat (n=19/7)	80	14	81	10	0,910
3.gün (n=14/7)	78	8	83	7	0,255
Müalicədən əvvəl (n=0/6)	-	-	85	10	-
Müalicədən sonra (n=0/5)	-	-	84	8	-

Qeyd: *A.EKO – postnatal dövrün 3-cü günündə çəkilən 1 EKO, B.EKO – PDA ilk EKO-da hemodinamik olaraq anlamsız, lakin ölçüsü >1 mm olan xəstələrdə kontrol məqsədilə çəkilən EKO, C.EKO – PDA səbəbindən müalicə alan xəstələrə kontrol çəkilən EKO.

Alınan nəticələrin müzakirəsi. ehaPDA olan xəstələrlə ehaPDA olmayan körpələrə görə ilk EKO-da patent duktus aterozisin ölçüsü, sol qulaqçığın ölçüsü, sol mədəcik diastolanın sonu ölçüsü, sol qulaqçıq/aorta diametri (ölçüsü), enən aortanın diastola sonunun axın sürətinin statistik olaraq dürüstlüyü

daha çox aşkarlandı. EF (ejection fraction, kənara çıxma fraksiyası) daha aşağı, ağciyər arteriyasında təzyiqin və ilk 24 saat 3-cü günlə müqayisədə karina bucağının daha böyük olmasına baxmayaraq, fərqlilik statistik olaraq dürüst olmadı (cədvəl 1).

əPDA qrupun xəsətələri ilə əPDA olmayan körpələri müqayisə etdikdə birinci EKO-da PDA-nın ölçüsü, sol qulaqçıq/aorta ölçüsü statistik olaraq dürüst dərəcədə daha yüksək aşkarlanmışdır. Sol mədəciyin diastolasının sonu ölçüsü və ağciyər arteriyasında təzyiqin daha yüksək, EF-in daha aşağı olmasına baxmayaraq, statistlik dürüstlük aşkarlanmadır. Sol qulaqçığın ölçüsü, enən aortanın diastol sonu axının sürəti və ilk 24 saatı 3-cü günlə müqayisədə karina bucağının daha çox olmasına baxmayaraq statistik müqayisə aparılmadı (cədvəl 2).

Cədvəl 2

əPDA xəstələr ilə əPDA olmayan xəstələrin exokardioqrafiq nəticələri və karina bucağı

	əPDA olmayan qrup (n=31)**		əPDA (n=8)		P
	Ort	SS	Ort	SS	
PDA ölçüsü, mm					
A.EKO (n=19/8)	1,5	0,6	3,0	0,3	0,0001***
B. EKO (n=5/1)	1,6	0,8	1,0	-	-
C. EKO (n=0/3)	-	-	2,0	0,9	-
Sol qulaqçığın ölçüsü, mm					
A. EKO (n=19/4)	6,8	1,2	9,3	3,7	-
B. EKO (n=4/1)	7,3	1,0	5,0	-	-
C. EKO (n=0/3)	-	-	6,7	0,6	-
Sol mədəçiyin ölçüsü, mm					
A. EKO (n=24/8)	10,4	1,8	12,5	3,1	0,113
B. EKO (n=4/1)	10,0	1,6	10,0	-	-
C. EKO (n=0/4)	-	-	10,0	3,7	-
Sol qulaqçıq/aorta ölçüsü, mm					
A. EKO (n=24/8)	1,2	0,1	1,5	0,3	0,001**
B. EKO (n=4/1)	1,2	0,1	1,1	-	-
C. EKO (n=0/5)	-	-	1,2	0,3	-
Enən aortanın diastol sonu axımın sürəti m/sn					
A. EKO (n=18/4)	0,3	0,2	1,0	0,3	-
B. EKO (n=3/1)	0,6	0,1	0,3	-	-
C. EKO (n=0/2)	-	-	0,5	0,4	-
EF, %					
A. EKO (n=24/8)	75	6	74	3	0,749
B. EKO (n=4/1)	75	5	79	-	-
C. EKO (n=0/5)	-	-	74	5	-
Ağciyər arteriyasında təzyiq, mmHg					
A. EKO (n=20/8)	20	5	28	13	0,165
B. EKO (n=3/1)	18	6	13	-	-
C. EKO (n=0/4)	-	-	26	16	-
Karina bucağı,°					
İlk 24 saat (n=20/6)	80	13	81	11	-
3.gün (n=15/6)	78	8	83	7	-
Müalicədən əvvəl (n=0/6)	-	-	85	10	-
Müalicədən sonra (n=0/5)	-	-	84	6	-

Qeyd: *A.EKO – postnatal dövrün3-cü günündə çəkilən 1 EKO, B.EKO – PDA ilk EKO-da hemodinamik olaraq anlamsız, lakin ölçüsü >1 mm olan xəstələrdə kontrol məqsədilə çəkilən EKO, C.EKO – PDA səbəbindən müalicə alan xəstələrə kontrol çəkilən EKO. ** - verilən n sayı bu qrupun ümumi xəstə sayını əks etdirir, hər müqayisədə neçə xəstə qiymətləndirildikdə birinci sütunda EKO-nun yanında yazılır

Qeyd edilən göstəricilər - PDA-nın ölçüsü, sol qulaqçığın diametri, sol mədəciyin diastolasının sonunda ölçüsü, sol qulaqçıq/aorta diametrlərinin nisbəti, enən aortanın diastolasının sonunda axının sürəti ehaPDA-nın diaqnozunun qoyulmasında geniş istifadə olunur. Biz apardığımız tədqiqat işində ehaPDA-nın qəbul etmə kriteriyaları kimi klinikamızda istifadə edilən - axacaq ölçüsünün ən dar yerində > 1,5 mm olması

(2) və sol ürək boşluqlarının genişlənməsi, rənqli doppler USM-də sol - sağ damarlar arasında anastomozların olması, enən aortada retroqrad axının olması kriteriyalarını isifadə etdik. Statistik dürüst olmamasına baxmayaraq, ehaPDA və əPDA qruplarında EF daha aşağı və ağciyər arteriyasında təzyiqin daha yüksək olması PDA-nın yaratdığı hemodinamik dəyişikliklərin başa düşülməsində çox vacibdir.

Karina buçağının PDA ilə əlaqəsi yalnız bir tədqiqatda aparılmışdır [4]. Bu tədqiqat işində karina bucağının ağciyər arteriyasının rentgen şəklində >90 dərəcə olması hemodinamik olaraq anlamlı PDA üçün 85% həssaslıq və spesifiklik göstərmişdir. Tədqiqat işində preterm körpələrinə lazımsız radiasiyanın verilməməsi üçün sadəcə klinik göstərişlərin olduğu halda aparılmış rentgen müayinələrinin nəticələrinə baxıldı. Bu səbəbdən tədqiqat işimizdə xəstə sayının az və rentgen şəkillərinin daha az olmasına görə karina bucağı baxamından ehaPDA və əPDA ilə korelyasiya aşkarlanmadır.

Beləliklə, yarımçıq doğulmuş körpələrin baxılması və müalicəsində açıq arterial axacağı kəskin problem olaraq qalmaqda davam edir. Vaxtında diaqnozun qoyulması və effektiv müalicə belə körpələrin həyat və sağlamlıq proqnozuna böyük təsir göstərir. Ultrasəs diaqnostika informativliyinə, təhlükəsizliyinə və əlçatanlığına görə reanimasiya və intensiv terapiya şöbəsində yenidoğulmuşların müayinəsində əsas instrumental üsul olaraq qalmaqda davam edir. Bu üsul müxtəlif patoloji vəziyyətlərin aşkarlanmasına və körpələrə lazımı kömək etməyə imkan verir.

ƏDƏBİYYAT

1. Вокуева Т.И. Ультразвуковая диагностика нарушений центральной гемодинамики и органного кровотока у недоношенных новорожденных с функционирующим артериальным протоком. Автореф... канд…мед…наук, 2008, Москва.

2. Sanjeev S., Pettersen M., Lua J. et al.. Role of plasma B-type natriuretic peptide in screening for hemodynamically significant patent ductus arteriosus in preterm neonates // J Perinatol., 2005, №25, p.709-13.

3. Sekar K.C., Corff K.E. Treatment of patent ductus arteriosus: indomethacin or ibuprofen? // Jour of Perinat., 2008, №28, p. 60-62.

4. Satoda M., Zhao F., Diaz G.A. et al. Mutations in TFAP2B cause Char syndrome, a familial form of patentductus arteriosus // Nat Genet., 2000, №25, p.42-46.

Резюме

Ультразвуковая диагностика открытого артериального протока у недоношенных детей

Э.Рагимов, Э.А.Чобан

Открытый артериальный проток (ОАП) является одним из наиболее распространенных пороков: по клиническим данным, частота его составляет 10-18% от всех ВПС. Случаи, при которых его функционирование сопровождается заметными (регистрируемыми при помощи клинико-инструментальных методов) нарушениями центральной и региональной гемодинамики у недоношенных новорожденных принято обозначать термином гемодинамически значимый открытый артериальный проток. Эхокардиография являются наиболее объективными методами диагностики. Показаниями для проведения новорожденным ЭХО-КГ в течение первых 48 часов после рождения являются: срок гестации менее 30 недель, а также срок гестации 31-34 недели, если ребенку проводится ИВЛ, вводился сурфактант, развилось легочное кровотечение. Основные критерии гемодинамической значимости ОАП: диаметр артериального протока более 1,5 мм у новорожденных, рожденных до срока; наличие лево-правого шунтирования крови по протоку; наличие ретроградного кровотока в постдуктальной аорте.

Summary

Ultrasonic diagnosis of an open ductus arteriosus in premature infants

E.Rahimov, E.A.Choban

Open arterial duct (OAP) is one of the most common malformations: according to clinical data, its frequency is 10-18% of all AMS. Cases in which its functioning is accompanied by significant (registered with the help of clinical and instrumental methods) disorders of central and regional hemodynamics in preterm infants is usually denoted by the term hemodynamically significant open arterial duct. Echocardiography is the most objective diagnostic methods. Indications for newborn ECHO-KG during the first 48 hours after birth are: a gestation period of less than 30 weeks, as well as a gestation period of 31-34 weeks, if a child undergoes IVL, a surfactant is injected, pulmonary bleeding develops. The main criteria for the hemodynamic significance of OAA: the diameter of the arterial duct more than 1.5 mm in newborns born before the term; presence of left-right shunting of blood along the duct; the presence of retrograde blood flow in the post-ductal aorta.

Daxil olub: 20.06 2018

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ЗАКРЫТЫЙ РАЗРЫВ ДИАФРАГМЫ

Ф.А. Тагиев, Н.Дж.Гаджиев
Азербайджанский меицинский университет; Клинический Медицинский Центр, г.Баку

Açar sözlər: diafraqma, qapalı travma, diaqnostika, müalicə
Ключевые слова: диафрагма, закрытая травма, диагностика, лечение
Keywords: diaphragm, closed injury, diagnosis, treatment

Часто встречающимися случаями в экстренной хирургии являются проникновение инородных тел в организм, аппендициты, перфорации, непроходимость желудочно-кишечного тракта, грыжи, автотравмы, порою их сочетанные формы. Именно в результате травм и автотравм, чаще всего и возникают разрывы печени, селезенки, желудка, мочевого пузыря, диафрагмы. В последнем случае возникает перемещение органов брюшной полости в грудную полость.

Определяя «случайные явления», причины которых неизвестны или не установлены, Абу Насир ал-Фараби (873-950 г.г.) выявляет различные степени случайностей- «возможные», «редко возможные», «равновероятные», «возможные в большинстве случаев», «необходимые» и т.д. Он подчеркивает необходимость исследования массовых случайных явлений [9].

Абд-л - Касим аз-Захрави (родившийся в Испании близ Кордови и живший на рубеже X-XI в в., известный в Европе как Абулкасис) в «трактате о хирургии и инструментах» определяя «случайные явления», также подчеркивает необходимость исследования массовых случайных явления [2]. Аз-Захрави в разделе сорок пять предлагает о прижигании грыжи, а другой из древних (врачей) говорит, что грыжи надо прижигать треугольным пакеленом. Однако, первое прижигание легче и лучше, если угодно Аллаху.

В результате автоаварий, при различных травмах, падениях разрыв диафрагмы встречается нечасто, примерно у 0,8-1,6% пострадавших с закрытыми травмами [6,10]. По данным авторов разрывы диафрагмы встречаются в 0,5-5% всех наблюдений тяжелых сочетанных травм [1].

Диафрагма- сухожильно-мышечное образование, разделяющее грудную и брюшную полость. Закрытые повреждения диафрагмы возникают при автодорожных травмах, падениях с высоты, воздушной контузии, сдавлении живота. В 90-95% случаев происходит разрыв левого купола диафрагмы [3,5], а правосторонние повреждения составляют всего 17% [5,10,12]. Диагностика таких осложнений сложна. Важную роль отводят тщательно собранному анамнезу и современным методам рентгенологической и ультразвуковой диагностики [7,8,11]. Основными диагностическими признака считают наличие газового пузыря желудка и петель кишечника в плевральной полости. Ни клинически, ни рентгенологически на ранних стадиях не удается заподозрить разрыв диафрагмы. Лишь через несколько недель и даже месяцев развивается клиника травматической диафрагмальной грыжи, описанная впервые Амбруазом Паре еще 1594 г. Релаксация диафрагмы описана впервые Жаном Пти в 1774 г.

Таким образом, все грыжи диафрагмы можно подразделить на травматические и нетравматические. При разрывах и ранениях диафрагмы вследствии отрицательного внутригрудного давления происходит перемещение в плевральную полость желудка, тонкой или толстой кишки, сальника, селезенки, части печени. Среди нетравматических грыж диафрагмы следует выделить ложные врожденные грыжи (дефекты диафрагмы) являющиеся следствием незаращения существующих в эмбриональном периоде сообщений между грудной и брюшной полостями и приобретенные [7]. Ведущее значение в диагностике заболевания диафрагмы имеет рентгенологическое исследование, которое следует производить в различных положениях: стоя, лежа и с опущенным головным концом стола. Используют пневмоперитонеум.

Цель: на конкретных клинических примерах показать сложность диагностики травматических повреждений диафрагмы, помочь в улучшении результатов диагностики и лечения [1,4].

1 случай. Больной Д.К., 36 лет, история болезни 3464. Поступил в больницу № 1 г. Баку, в 17^{20} 07.05.2015 г. При поступлении жалобы: на боли в области левого плеча, левой половине грудной клетки, тошноту, рвоту, одышку, удушье и общую слабость. Считает себя больным всего один день. Причину болезни ни с чем не связывает. При состоянии полного здоровья, внезапно в левой половинегрудной клетки появились боли. После чего начались выше указанные клинические появления. Однако со слов больного и его родственников год тому назад в результате автоаварии он получил травму – перелом мазовых костей и разрыв мочевого пузуря. Произвели операцию – ушивание дефекта с наложением эпицистостомии. В ЦРБ г. Шабран при рентгеноскопии

обнаружили газовые пузыри желудка в левой половине грудной клетки, желудачное кровотечение. Учитывая состояния больного, направили в больницу № 1г. Баку. Состояние больного тяжелое. Кожа и видимые слизистые бледные. Сознание ясное, вследствие сильных болей, на заданные вопросы отвечает с трудом. Пульс ритмичный, среднего наполнения в 1-106 уд. АД 105/60 мм. рт. ст. Тоны сердца глухие. При аускультации в нижней половине левого дыхание не прослушивается. В верхней половине правого и левого легких дыхание в норме. Живот при пальпации мягкий, но имеется слабое вздутие. Симптом Пастернацкого с обоих сторон отрицательный. Дизурических явлений нет. Периферические лимфатические узлы не пальпируються. Учитывая общее тяжелое состояние и характер патологии, больной уложен в реанимационное отделение. Диагноз: Разрыв купола левой половине диафрагмы, перемещение желудка в левую плевральную полость. 07.05.2015г. УЗИ исследование: в брюшной полости свободной жидкости нет. Кишечных резко вздут. В паренхиматозных органах (печень, селезенки) и кишечнике изменений нет. В желчном пузыре конгломератов нет.

Ендоскопическое исследование: желудок наполнен кровянистой жидкостью. Дополнительных исследований больной не разрешает. После длительного разъянения, его состояния получено согласие на операцию. Под интубационным наркозом в правом боковом положении, в VI межреберье произведена левосторонняя переднее- боковая торакотомия. При ревизии выявлено тотальное перемещение желудка и большого сальника в левую плевральную полость. Постравматические рваные ворота грыжи полностью освобождены от находящихся органов и их элементов. Размер грыжевых ворот – 5,0х5,0 см. Внутреннуюю стенку грыжи составляет мешок перекарда. «П» - образными швами разорванный диафрагмальный дефект восстановлен, произведена пластика и герметизация. После чего высущена левая плевральная полость и по задней подмышечной линии, на уровне VIII-IX межреберий наложен дренаж по методу Бюлау. Рана ушита послойно. Асептическая повязка. Послеоперационное течение гладкое. Рана зажила первично. 20.05.2015 году в удовлетворительном состоянии выписан.

2 случаи. Больной Н.Е., 30 лет, история болезни № 6085, направлен в инфекционное отделение больницы № 1 г.Баку, в 14ч. 45мин., 21.05.2015 года из больницы № 6 г. Баку и дезинфекционной камеры с диагнозом пищевое отравление. Жалобы на тошноту, рвоту, приступообразные боли в животе. Со слов больного считает себя больным один день. Характер болей связывает с принятой накануне вечером, жареной рыбой. Заболевание началось тошнотой рвотой и болями в живота. В данное время состояние больного средней тяжести, сознание ясное, кожа и видимые слизистые бледные, язык сухой, обложен. АД 100/60 мм. рт. ст. Пульс- 1 - 72 удара удовлетворительного наполнения. Живот мягкий с приступообразными болями. Диурез и акт дефекации в норме. Диагноз – острый гастроентероколит? Назначено лечение и исследование больного. Приглашены на консультацию хирург, невропатолог,назначено УЗИ, рентгеноскопия грудной и брюшной полостей. При рентгеноскопии в левой половине грудной клетки виден желудок с принятым контрастом – барием. Органы медиастения придавлены в правую сторону. Больной переведен в хирургическое отделение. Предложена операция, от чего воздержался до прихода отца.

21.05.2015 г. в 22ч. 30 мин. Операция – Лапаратомия, возвпащение желудка и селезенки в брюшную полость. Востановление дефекта диафрагмы, дренаж брюшной полости. Дренирование левой плевральной полости по методу Бюлау.

Под интубационным наркозом верхне - средино- срединным разрезом вскрыта брюшная полость. При ревизии выявлено, что желудка, селезенки в брюшной полости нет, имеется дефект задней части левого купола диафрагмы, через который в левую перевральную полость внедрились желудок и селезенка. С механическими трудностями желудок, а затем селезенка перемещены из левой плевральной полости в врбшную полость через образававшийся диафрагмальный дефект, с анатомической укладкой. «П» - образными швами с механической трудностями ущит диафрагмальный дефект, тышательно востановлена герметичность. При повторной ревизии брюшной полости в других органах патологии и изменении нет. Гемостаз. Малый маз высушен от остатков и через дополнительный разрез дренирован левый повздошный угол и малый маз, дренаж фиксирован. В левую плевральную полост наложен дренаж по методу Бюлау, фиксирован. Рана брющной полости ушита послойно. Асептическая повязка. Послеоперационное течение гладкое . Рана зажила первично. 01.06.2015 года в удовлетворительном состоянии выписан.

3 случай. Больной Г.А., 23 лет, история болезни 7549, доставлен в больницу № 1, г. Баку в 01^{oo} ч. 01.10.2015г. родственниками в тяжелом состоянии с коломорезаннами ранами передней стенки левой половины грудной клетки, предней стенки живота в лобковой области, с одышкой, болевым

синдромам, слабостью. Со слов родственников 01.10.2015 г. 00ч. 20 мин. раны нанесены неожиданно незнакомым человеком в районе метро Н.Нариманов. Перенесенные детские инфекционные болезни не помнит. ТВС, кожно-венерические, наследственные болезни отрицает. При поступлении состояние тяжелое. На вопросы отвечает неадекватно. Кожа и видимые слизистые болезные. Регионарные лимфатические узлы увеличены. Пульс- в 1 -120 уд. слабого наполнения. АД 100/60 мм. рт. ст. Аускультивно в нижнем дале левого легкого дыхание не прослушивается в правом легком ослабленное везикулярное дыхание. Язык не обложен, сухой. В нижней половине живота тупие боли, мочевой пузырь болезненный. Печены, селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Status lokalis. Колото-резанная рана расположена по левой сосковой линии в VI межреберье, размерами 2,0х0,5 см, один конец острый, другой «П»-образный, с ровными краями. Другая колото-резанная рана по среднем линии живота, размерами 1,5х0,5 см один конец острый, другой «П»-образный расположена в лобковой области. Из раны выделяется моча, слабо красного цвета.

Диагноз: колото-резанная рана предней стенки левой половины грудной клетки. Колото-резанная рана лобковой области. Больной подан в операционную, 01.10.2015 г. в 01 ч.30 мин. операция-ревизия левой половины грудной клетки. Торакотомия, установление дренажа Бюла в левую плевральную полость. Ревизия раны лобковой области. Лапаратомия, ушивание раны диафрагмы. Гемостаз ран большого сальника и брыжейки поперечно-ободочной кишки. Эписистомия. Санация и дренаж брюшной полости. Под интубационным наркозом произведена ревизия колото-резаной раны расположенной по сосковой линии в VI-межреберья передней стенки левой половины грудной клетки. Рана дышит и кровит. Размеры 2,0х0,5 см направление спереди-назад, слева-направо, сверху-вниз. Рана под гемостазом расширена в двух направлениях. При ревизии установлено тороко-хуабдоминальное ранение диафрагмы, размерами 2,0х1,0 см и вхождением части большого сальника в плевральную полость, которая возвращена в брюшную полость. Дан двайной объем в нижнюю долю левого легкого, легкое проверено. Сердце проверено. В плевральной полости имеется 200 мл крови и кровяных сгустков. Полость очищена. По средней линии в подмышечной области, на уровне VII межреберья в левую плевральную полость введен 32 мм дренаж по методу Бюлау. Рана грудной клетки ушима послойно. Так как рана торокоабдоминальная, призведена средно верхне – средно лапаратомия. При ревизии имелись раны на большом сальникеи брыжейке поперечно-ободочной кишки, слабо кровоточащие, коагулированы, гемостаз. Так как резаная рана диафрагмы незначительно кровила, ушита сентесоровой ниткой. Осмотрены другие органы. Патологий, ушибов нет. Ревизирована рана размещенная по средней линии в лобковой области. Из раны выделяется моча с кровью. Направление раны: спереди-назад, с верху-вниз, проникает в мочевой пузырь. При лапаратомии стало известно, что рана заканчивается в мочевом пузыре, в брюшную полость непроникает. Через катетер в мочевой пузырь введена смесь 3%-брильянтовый зеленый, 3%-H_20_2 и 0,9%-NaCl. Смесь не прошла в брюшную полость. Имевшаяся в брюшной полости 200 мл кровянистая живкость очищена отсосом. Санация и через дополнительные разрезы в левом боковом канале дренированы селезоночная область и малый маз. Установлена эписистостома на месте раны передней стенки живота Лараротомная рана ушита послойно. Асептическая повязка на рану. После операционное течение – удален дренаж по Бюлау расположенный в малом тазу. Удален дренаж из мочевого пузыря. Послеоперационное течение гладкое. Раны зажили первично. 12.10.2015 года в удовлетворительном состоянии выписан.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумов М.М. и др. Диагностика и лечение разрывов диафрагмы, 2000, №7, с.28-33
2. Бунятов З.М. Абул-Касим Халаф Ибн Аббас дехрави «Трактат о хирургии и инструментах» Кн: М.,1983
3. Berqin D. et al. The «depentent viscera» sign in CT diaqnosis of blunt traumatic diaphagmatic rupture //AJR Am Roentgenol. 2001, v.177, p. 1137.
4. Ермолова И.В. Диагностика и лечение разрывов диафрагмы при закрытой трвмы / Конгресс Московских хирургов: тез.докл. М., 2005, с. 174.
5. Brandt M.L. et al Diagnosis of right hemoidiaphragmatic rupture Ry liver Sccintigraphy. J. Trauma. 1992, v.32, p.298-301
6. Кузин М.И., Икроб О.С., Чистова М.А. и др. Хирургические болезни. М.: Медицина, 1986
7. Mintz Y., Easter D.W., Izhar U. et al. Minimally invasive procedures for diagnosis of traumatik right diaphraqmatic tlars: a method for correct diaqnosis in selectel patients // An. Surg., 2007, v.73, p.388-392.
8. Петровский Б.В. Хирургические болезни. М.: Медицина, 1980

9. Feliciano D.V. et al. Delayed diagnosis of injuries to the diaphragm after penetrating wounds // J. Trauma, 1988, v.28, p.1135.
10. Хайруллаев М.М. Абу Насир ал-Фараби. М.: 1982
11. Hoffman H., Dertli D., Hizmann O. Laparoscopic treatment of a rare right diaphragmatic rupture with small bowel herniation after blunl thoracic trauma // Minim invasine Surg., 2010, 109062.
12. Щербатенко М.К. Неотложная рентгенологическая диагностика травматических разрывов диафрагмы //возможности соавременной лучевой диагностики в медицине. М., 1995, с. 49-50.

Xülasə

Diafraqmanın travmatik qapalı cırılması

F.A.Tağıyev, H.C.Hacıyev

Bu tədqiqat işində sol plevral səthə tərəf qarın boşluğu orqanlarının yerini dəyişməsilə baş verən 3 halda diafraqma cırılması haqqında məlumat verilir ki, bu da həm tənəffüs sistemində, həm də ümumilikdə orqanizmdə vəziyyətin pisləşməsinə səbəb olur. Qapalı travmalar zamanı diafraqma cırılmalarının diaqnostikası üçün, eləcə də yalançı anadangəlmə yırtıqların diaqnostikası üçün (diafraqma qüsuru) ətraflı rentgenoloji müayinələrin aparılması məqsədəuyğundur. Bu müayinə metodu dürüst nəticələrin əldə edilməsinə və müvafiq olaraq düzgün müalicənin aparılmasına imkan verir. Yuxarıda qeydə edilən məsələlərin nadir hallarda baş verdiyini nəzərə alaraq, müəlliflər bu müşahidələri ilə bölüşmək qərarına gəlmişlər ki, bu da gündəlik həkim praktikasında böyük maraq kəsb etmiş olur.

Summary

Traumatic closed diaphragm discussion

F.A.Tagiyev, N.J.Hajiyev

In this article there are 3 cases of rupture of the diaphragm with the displacement of the organs of the boring cavity into the left pleural cavity, which caused deterioration, both in the respiratory system and in the whole organism, not counting the injuries. For the diagnosis of diaphragm ruptures in case of closed injuries, and also for the diagnosis of false congenital hernias (defects of the diaphragm), it is advisable to conduct a thorough X-ray examination, which provides effective reliable diagnosis and, accordingly, the correct treatment. Given the rarity of the above cases, the authors decided to share these observations, which seem to be of practical interest in everyday medical practice.

Daxil olub: 10.07 2018

ВЛИЯНИЕ ДВУХ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ НА СОДЕРЖАНИЕ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ АЛЬФА-ИНТЕРФЕРОНА

Г.М.Мамедов, К.М.Абдуллаев, А.А.Гулиева

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

Açar sözlər: alfa-interferon, diaqnostika, şüa diaqnostikası
Ключевые слова: альфа-интерферон, лучевая диагностика
Key words: interferon alpha, radiation diagnosis

Ранее мы отмечали, что изучая характер воздействия ионизирующего облучения при обычной рентгеноскопии (РС) и компьютерно-томографическом исследовании (КТИ) на процентное содержание в периферической крови естественных киллерных клеток (ЕКК), мы установили, что средние величины показателей, отражающих количество ЕКК в крови и определенные у пациентов после их обследования с помощью как РС, так и КТИ, не имели статистически устойчивого отличия от средних величин этих же показателей, определенных у этих же больных до проведения им лучевого обследования [1].

Это позволило заключить, что однократные исследования пациентов с помощью как того, так и другого методов не привели к заметному изменению определенного нами показателя врожденного иммунитета (ВИМ). Из этого вытекал вывод о том, что лучевая нагрузка на пациентов при выполнении КТИ на современном оборудовании, по интенсивности воздействия на данный

показатель ВИМ не имела существенно значимых отличий от таковой, которую испытывают пациенты при обычной РС.

Вместе с тем, этот вывод косвенно указывал на то, что при использовании КТИ облучение не должно оказывать существенного влияния и на уровень альфа-интерферона (ИФН) в крови. В одном из наших экспериментальных исследований это предположение получило подтверждение [2]. Однако, было целесообразно получить подтверждение этого же суждения в ходе клинического наблюдения.

С учетом последнего обстоятельства мы поставили перед собой цель сравнить характер влияния РС и КТИ на концентрацию ИФН в периферической крови пациентов. В частности, было осуществлено двукратное исследование крови тех же двух групп пациентов, у которых определялось процентное содержание в крови ЕКК [1]. При этом пациенты из первой группы обследовались с помощью РС, а пациенты из второй групп - с помощью КТИ.

Концентрацию ИФН определяли с помощью иммуноферментного метода на основе коммерческого набора реагентов, предназначенного для определения ИФН в крови. Исследование выполняли в соответствии с инструкцией для избранной нами тест-системы.

Определение экстинкции конечных растворов осуществляли с помощью вертикального фотометра. По результатам, полученным при исследовании стандартных растворов с известными концентрациями ИФН, строили калибровочную кривую "экстинкция раствора-концентрация ИФН", по которой определяли концентрацию ИФН в исследуемых сыворотках.

Сравнив полученные при этом результаты определения концентрации ИФН у пациентов первой и второй группы, мы пришли к заключению о том, что средние величины показателей, отражающих концентрацию ИФН в крови и определенные у пациентов после их обследования с помощью как одного, так и другого метода лучевой диагностики, не имели статистически устойчивого отличия от средних величин этих же показателей, определенных у этих же больных до проведения им лучевого обследования.

Как известно, ИФН является не только важнейшим стимулятором функционирования и активации ЕКК, но и одним из главным гуморальных факторов, принимающих участие в обеспечении ВИМ [3]. Исходя из этого, полученные результаты можно было трактовать как свидетельство того, что дозовые характеристики облучения пациентов при выполнении КТИ на современном оборудовании обеспечивали лучевую нагрузку на них, которая по воздействию на концентрцию ИФН в крови, как на показатель ВИМ, не имела существенно значимых отличий от дозовых характеристик облучения при РС.

Данный вывод мы расценили как еще одно подтверждение обоснованности представления о том, что единичные КТИ не приводят к депрессии ВИМ не только в количестве ЕКК в периферической крови, но и концентрации в ней ИФН.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мамедов Г.М., Абдуллаев К.М., Тагизаде Р.К. Влияние двух методов лучевой терапии на содержание в крови естественных киллерных клеток // Современ. достижения азерб. медицины, 2018, N.3, с.24-25

2. Мамедов Г.М. Используемое в диагностике ионизирующее излучение и неспецифическая иммунологическая резистентность. // Азербайдж. Ж. онкологии, 2007, N.1, с.80-82;

3. Мамедов М.К., Кадырова А.А. Интерфероны и их применение в клинической медицине. Под ред. Т.А.Семененко. М.: Кристалл, 2005, 288 с.

Xülasə

Qan zərabında alfa-interferonun tərkibinə şüa diaqnostikasının iki metodunun təsiri

Q.M. Məmmədov, K.N.Abdullayev, A.A.Quliyeva

Məqalədə şüa diaqnostikası üçün istifadə edilən qan zərdabında alfa-interferonun tərkbinə ionlaşdırıcı şüaların təsir xarakteri qiymətləndirilmişdir.

Summary

Influence of two methods of light diagnostics to contents of alpha-interferon in the blood serum

G.Mamedov, K.Abdullayev, A.Guliyeva

The communication contains results of observation done for determination of character of influence of ionizing irradiation applicated for light diagnostics to concentration of alpha-interferon.

Daxil olub: 16.07 2018

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО УРЕАПЛАЗМОЗА У МУЖЧИН

Н.Н.Алиев[1], З.Г.Фараджев[2], М.С.Зейналов[1]

[1]Национальный Научно-Исследовательский Институт Медицинской Профилактиви им. В.Ю.Ахундова; [2]Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку

Açar sözlər: urogenital ureaplazmoz, kişilər, diaqnostika

Ключевые слова: урогенитальный уреаплазмоз, мужчины, диагностика

Key words: urogenital ureaplasmosis, men, diagnosis

В последние годы урогенитальные инфекции из-за их широкого распространения и существенного влияния на здоровье, являются важной медико-социальной проблемой [1,2,3]. Как показывают исследования, причиной 30-50% урогенитальных заболеваний считаются урогенитальные уреа- и микоплазмы [3,4,5]. По данным различных исследований, у 22,3% женщин репродуктивного возраста выявляется U.urealyticum. Частота выявления U.urealyticum среди гинекологических больных составляет 49,5-55,4% [1,2,3,6].

Имеется много публикаций, в которых обсуждается эффективность различных методов диагностики уреаплазменной инфекции [7,8,9].

В настоящее время диагноз урогенитального уреаплазмоза с применением следующих методов лабораторной диагностики:

1. Культуральный метод;
2. Прямая иммунофлюоресценция;
3. Бактериологическое исследование;
4. Молекулярно-биологическое исследование (ПЦР).

Однако чувствительность этих методов отличается, и тем самым эффективность бывает неодинакова.

В контексте вышеотмеченного, целью данной работы являлось сравнение эффективности различных методов лабораторной диагностики урогенитального уреаплазмоза как у мужчин, так и у женщин.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования служили данные результатов обследования 215 пациентов с различными воспалительными заболеваниями урогенитального тракта. Наблюдение проводилось в Бакинском городском кожно-венерологическом диспансере в период 2015-2017 гг.

В связи с невозможностью клинической нозологической диагностики нами были использованы следующие методы лабораторной диагностики:

1. Полимеразная цепная реакция (ПЦР);
2. Бактериологический метод.

Для идентификации применяли тест-систему «Mikoplasma ITS», позволяющая культивировать, идентифицировать и дифференцированно титровать U.urealyticum.

Результаты и их обсуждение. Исследования пациентов выявили, что методом ПЦР уреаплазма определялась достоверно чаще, чем бактериологическим методом (коэффициент t>2).

Ценным в диагностике уреаплазмоза явилось обследование полового партнера методом ПЦР, которое позволило подтвердить диагноз.

По нашим результатам уреаплазмы встречались при всех клинических формах заболеваний урогенитальной системы. Так, среди гинекологических заболеваний у пациентов с уреаплазменной инфекцией, вызванной биоваром Parvo отмечали: уретрит у 92 (47,2%), цистит у 79 (40,5%) и простатит у 37 (19,0%) мужчин.

Анализ частоты встречаемости гинекологических заболеваний у пациентов с уреаплазменной инфекцией, вызванной биоваром T-960 показал следующую картину: уретрит у 81 (41,5%) и цистит у 71 (36,4%) мужчин.

При анализе результатов бактериологического обследования 195 пациентов получены следующие результаты: рост колоний Ureaplasma urealyticum в титре 10^8 – у 42 (21,5%), 10^7 – у 27 (13,8%), 10^6 – у 28 (14,4%), 10^5 – у 18 (9,2%) и 10^4 – у 23 (11,8%). Степень обсемененности обследуемого материала коррелировала со степенью выраженности симптомов проявления уреаплазмоза и нарушений сопутствующей микрофлоры.

Если рассматривать проявление уреаплазменной инфекции в виде моноинфекции, то ее выявление у пациентов обратившихся по поводу простатита ниже, чем у больных уретритом и циститом. С другой стороны выявление уреаплазм при уретритах, вызванных микстинфекциями, чаще, чем при моноинфекции. Можно полагать, что в данном случае, симптомы уретрита вызваны вероятно, в большей степени другими возбудителями, а уреаплазмы выявляются как сопутствующая флора, не имеющая существенного значения в патологии уретрита.

Анализ анамнестических данных и клинических наблюдений показал, что урогенитальному уреаплазмозу свойственно субклиническое течение заболевания, которое сопровождается постоянными слизистыми выделениями из уретры у 53,0% больных ($p<0,05$).

Только U.urealyticum определялась у 37 мужчин (39,4%). У мужчин микст уреаплазмоз устанавливалась у 7,4%. U.urealyticum ассоциировалась с одним возбудителем только у 5 мужчин (6,4%), а с двумя возбудителями у 14 мужчин (14,9%).

Анализ частоты встречаемости U.urealyticum в зависимости от возраста показал, что в моно-форме она выявлялась больше в возрастной группе старше 40 лет (41,7%). Частота встречаемости U.parvum в моно-форме у мужчин составляла 53,1%. Ассоциация U.parvum с U.urealyticum выявлялась у 7 мужчин (7,1%). Выявляемость ассоциации U.parvum + M.hominis у мужчин составляла 24,5%.

Макроскопическое исследование мочи наиболее часто (79,2%) обнаруживало продукты воспаления, содержащиеся в первой порции (в виде мелких плавающих единичных или множественных хлопьев, нитей и т.д.). У мужчин в 16,9% случаев показатель общего мазка на лейкоциты был выше нормы. Средние показатели количества лейкоцитов и эпительных клеток общего мазка (16,37 и 5,1), в также количество лейкоцитов в моче (2,74) было на несколько порядка выше у больных с тремя возбудителями, что объясняется корреляцией между числом возбудителя и степенью тяжести заболевания.

Показатель эпительных клеток в общем мазке также отличался. У мужчин он был в 3 раза меньше (7,9%), чем у женщин. Это указывает на то, что показатели общего мазка при диагностировании уреаплазменной инфекции являются наиболее информативными у женщин, нежели у мужчин.

При исследовании мазка мочи на лейкоциты наблюдалась несколько иная картина. Здесь у мужчин этот показатель превалировал над показателями женщин. У мужчин лейкоциты были больше нормы в 16,9% случаях, у женщин в 5,3%, слизь у мужчин в обильном количестве определялась у 1,1%, а у женщин у 5,3% больных. Исходя из этого, можно сделать вывод, что у мужчин при установлении диагноза уреаплазменной инфекции необходимо обратить внимание на показатель лейкоцита в моче.

Выводы:

1. Наиболее диагностически достоверным методом выявления уреаплазм до лечения является ПЦР.
2. Восходящая инфекция (уретрит, простатит) наиболее чаще встречается при моноуреаплазменной инфекции.
3. При диагностировании уреаплазменной инфекции у мужчин наиболее информативным является показатель лейкоцита в моче.

ЛИТЕРАТУРА

1. Прилепская В.Н., Быковская О.В. Уреаплазменная инфекция в акушерстве и гинекологии – современный взгляд на проблему // Акушерство и гинекология, 2007, № 2, с.21-23
2. Раковская И.В. Микоплазмы человека и микоплазменные инфекции // Клиническая лабораторная диагностика, 2005, 3, с.25-32
3. Шевченко Е.А., Артифексова А.А. Урогенитальные инфекции и хронические воспалительные процессы репродуктивной системы // Эпидемиология и инфекционные болезни, 2010, № 2, с.25-27
4. Загртдинова Р.М., Боголюбская А.Л., Димакова Е.В. Оптимизация лечения урогенитальной микоплазменной инфекции у женщин // Акушерство и гинекология, 2014, № 9, с.104-107
5. Кубанова А.А. ред. Клинические рекомендации по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем и урогенитальными инфекциями. М.: ДЭКС-Пресс, 2012, 32 с.
6. Шевченко Е.А. Анализ заболеваемости урогенитальными инфекциями в Приволжском Федеральном округе // Эпидемиология и инфекционные болезни, 2010, № 1, с.14-16
7. Джавадзаде М.М., Керимов С.Г., Алиев Ф.А. Оценка эффективности различных методов диагностики и лечения пациентов урогенитальным уреаплазмозом и микоплазмозом // Здоровье, 2005, № 7, с.58-62

8. Кисина В.И. Алгоритм диагностики и лечения урогенитальных заболеваний, ассоциированных с Ureaplasma spp.// Клиническая дерматология и венерология, 2012, № 5, с.89-94

9. Кубанова А.А., Рахматулина М.Р. Урогенитальные инфекционные заболевания, вызванные генитальными микоплазмами. Клинические рекомендации // Вестник дерматологии и венерологии, 2009, 3, с.78-83

Xülasə

Kişilərdə urogenital ureaplazmozun müxtəlif diaqnostikası üsullarının effektivliyinin müqayisəli qiymətləndirilməsi

N.N.Əliyev, Z.H.Fərəcov, M.S.Zeynalov

Tədqiqatın məqsədi kişilərdə urogenital ureaplazmozun müxtəlif diaqnostika üsullarının effektivliyinin müqayisəli qiymətləndirilməsi olmuşdur. Bu məqsədlə 2015-2017-ci illərdə Bakı şəhər dəri-zöhrəvi dispanserinə daxil olmuş urogenital traktın müxtəlif iltihabi xəstəlikləri olan 215 nəfər pasiyent müayinə olunmuşdur. Müayinələrdə bakterioloji və molekulyar-bioloji üsullardan (polimeraza zəncirvarı reaksiya) istifadə olunmuşdur. Tədqiqatların nəticələri göstərmişdir ki, polimeraza zəncirvarı reaksiyası müalicəyə qədər ureaplazmaların aşkar edilməsinin ən diaqnostik dürüst üsuludur. Qalxan infeksiya – uretrit və prostatit daha çox monoureaplazmoz zamanı qeydə alınır. Kişilərdə ureaplazma infeksiyasının diaqnostikası zamanı sidikdə leykosit göstəricisi daha informativ sayılır.

Summary

The comparative evaluation of efficacy of different diagnostic methods of urogenital ureaplasmosis in men

N.N.Aliyev, Z.H.Faradjev, M.S.Zeynalov

The aim of investigation was to comparativ evaluation of efficacy of different diagnostic methods of urogenital ureaplasmosis in men. For this purpose the 215 patients with different inflammatory diseases of urogenital tract entered to Baku city dermatovenerology dyspancery during 2015-2017 years have been observed. In he investigations the bacteriological and molecular-biology methods (polymerase chain reaction) have been used. The results of investigations show that the polymerase chain reaction is most reliable diagnostic method of diagnosis of ureaplasmas before treatment. The ascending infection-uretrithis and prostatitis registrated oftenly in mono-ureaplasmosis. For diagnosis of ureaplasma infection in men the leucosyte rate of urine is most informative.

Daxil olub: 31.07 2018

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЕ ЭТАНОЛА НА МЕТАБОЛИЗМ В СИСТЕМЕ ГЛУТАМИНОВОЙ КИСЛОТЫ В ТКАНЯХ СТРУКТУР МОЗГА В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ

В.Б. Шадлинский, А.М. Рзаева

Азербайжанский медицинский университет, г.Баку

Açar sözlər: etanol, qamma- amin yağ turşusu, ferment, qamma- amin yağ turşusu- qlutamatdekarboksilaza
Ключевые слова: этанол, ГАМК, фермент, ГАМК-глутаматдекарбоксилаза
Keywords: ethanol, GABA, enzyme, GABA-glutamate decarboxylase

В комплексе медико-биологических проблем последних десяти летий особое место занимает исследование широкого диапазона вредного влияния алкоголя на состояние здоровья как самого злоупотребляющего алкогольными напитками, так и на здоровье его потомства, отрицательного воздействие на благосостояние семьи и общества. Одно из важнейших мест в формировании признаков алкогольной интоксикации занимают изменения под влиянием этанола функционирования нейромедиаторов головного мозга. По мнению специалистов в области изучения процессов развития пристрастия к алкоголю ,алкогализма и алкоголных психозов, ведущую роль играет хроническое влияние спиртного на ЦНС организма [17,18]. В ряд важнейших аспектов изучения действия

алкоголя (этиловый спирт) на тонко структурные, молекулярно-клеточные, функциональные и защитно-приспосо бительные основы ЦНС, важно место занимают вопросы исследова ния влияния этого весьма эффективного нейротропного агента нейро медиатор ные механизмы мозгах [18]. Однако, до настоящего времени не совсем четко представляется вся сложная картина действия алкоголя на метаболизм и функции нервных клеток, возникающая при систематическом (хроничес ком) употреблении его в малых или высоких дозах и сопровождае мая рядом нейротоксических эффектов. Свободные моноамино дикарбоно вые замени мые аминокислоты глутаминовой группы-глутаминовая кислота (ГК), аспарагиновая кислота (АсК), их амидные формы (глутамин, аспарагин), производное ГК-гамма-аминомасляная кислота (ГАМК) и ферменты их обмена глутаматдекарбоксилаза (ГДК), ГАМК –трансаминаза (ГАМК-Т) и так далее играют ключевую роль в организации больших и малых метаболи ческих компартментов в нейро-глиальных комплексах, обеспечивающих локальные синтезы и превращения целого ряда нейроактивных веществ широкого профиля действия [8,11]. Более того, в проведенных раннее исследованиях очень мало затронуты вопросы метаболической реактивности мозга, и в частности реактивности его ГК- ГАМК системы на алкоголь с уче том этапов постнатального развития организма и его половой дифферен цировки.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияние однократного и хронического перорального введения этанола на активность ключевых ферментов обмена глутаминовой кислоты и ГАМК-глутаматдекарбоксилазы (ГДК) и ГАМК аминотрансферазы (ГАМК) в структурах мозга (сенсомотор ная кора, гипоталамус,мозжечок)экспериментальных животных в постнаталь ном онтогенезе.

Материалы и методы исследования. Согласно разработанной нами схеме исследования,опыты проводили на крольчатах 2-3-х месячного возраста и кроликах 6-месячного,годовалого и 2-х годовалого возраста. Исследовали содержания нейромедиаторных аминокислотных-аспарата,глутамата и ГАМК, а такжеактивность ферментов и их обмена- ГДК и ГАМК-Т-азы супернатантах, цитозольной и митохондриальной фракциях различных структур мозга-сенсомоторной и лимбической коры гипоталамуса и мозжечка после однократного введения в желудок животных этилового спирта (95%-ный) в дозе 4 и 6 г/кг массы тела,многократного введения (в течении 7 дней,через день) в дозе 8 г/кгмассы тела и его раствора (40%-ный)в дозе 8 г/кг массы тела.Определение содержания аминокислот иактивность ферментов и их обмена осушествляли через 1 и 3 часапосле однократного введения95%-ногоэтиловогоспирта,через 2 и 4 дня после многократного введения и через 2 часа после однократного введения его 40%-ногораствора.В последнем варианте опыты провадили в 3-х месячных,2-х годовалых самках и самцах. Выведение аминокислот и их количественное определение производили методом высоковольтного электро фореза на бумаге [6] и фотометрическим методом ,белка-по методу Lowry R.H. et al.[15]. Для определения активности ферментов ГДК и ГАМК-Т использовали методические указания Doze K.(11;13).Полученные данные обработивали параметрическим способом [7]. Проверка данных была произве дена на компьютере согласно пакету “StatistikaforWindows”.

Результаты собственных иссдедований и их обсуждение. Намиустановлено ,что содержания аспарагиновой кислоты (АсК), глутаминовой кислоты (ГК) и гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) в тканях сенсомоторной и лимбической коры, а также мозжечка у 2-х месячных крольчат после 2 часа введения этанола в дозе 4 и 6 г/кг(95%-ного этилового спирта)массы тела животногосущественно изменяют содержания АсК, ГК и ГАМК в структурах мозга (рис. 1), что свидетельствует о достаточно высокой реактивности развивающегося мозга к воздействиям алкоголя и других токси-ческих веществ [2].

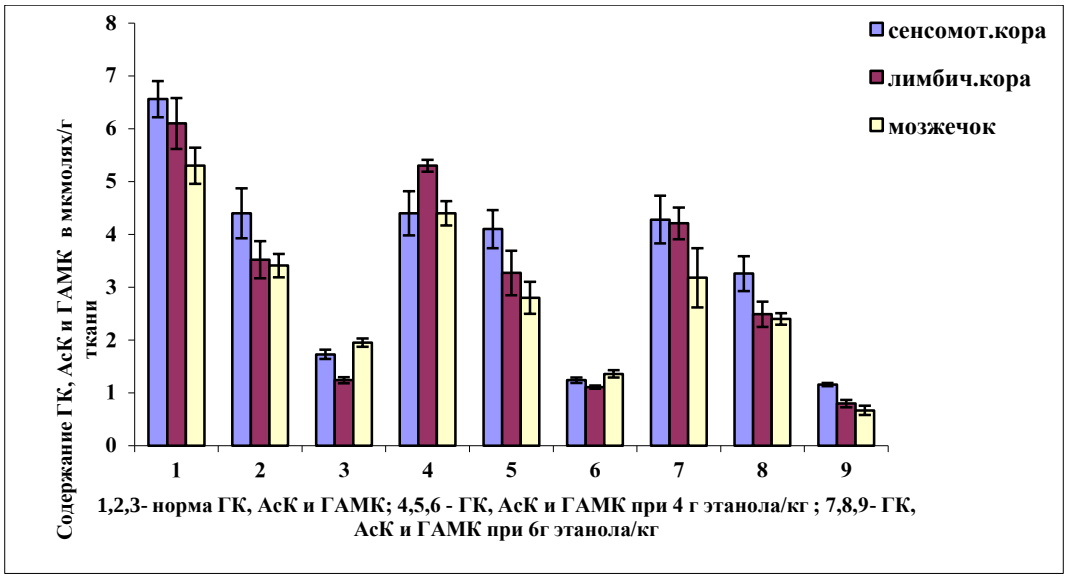


Рис. 1. Содержание ГК, АсК и ГАМК в гомогенатах тканей мозга 2-х месячных крольчат через 2 часа после введения различных доз этанола.

Некоторые авторы утверждают, что при длительных воздействиях алкоголя на растущий организм могут происходить нарушения в энергетическом обмене (9), белковом синтезе, дисбаланс в содержании, следовательно, в синтезе и превращениях нейромедиаторных веществ (1;13). Далее мы провели опыты на 3-х месячных крольчатах, у которых исследовали также активность ферментов обмена вышеуказанных нейромедиаторных аминокислот (рис. 2). Установлено, что метаболическая реакция в системе глутаминовой кислоты мозга у более интенсивно растущих 3-х месячных животных, крольчат несколько резкая, чем у 2-х месячных животных. Особенно, интересен факт, указывающий на разнонаправленную изменчивость общей активности ГДК и ГАМК-Т, катализирующие реакции синтеза ГК и ГАМК. В литературе есть данные свидетельствующие о том, что при воздействиях алкоголя ферментативная активность в мозге очень сильно меняется в специализированных метаболичес ких компартментах, таких как ГАМК шунты в митохондриях и синаптосомах мозга, в нейроглиальных комплексах.

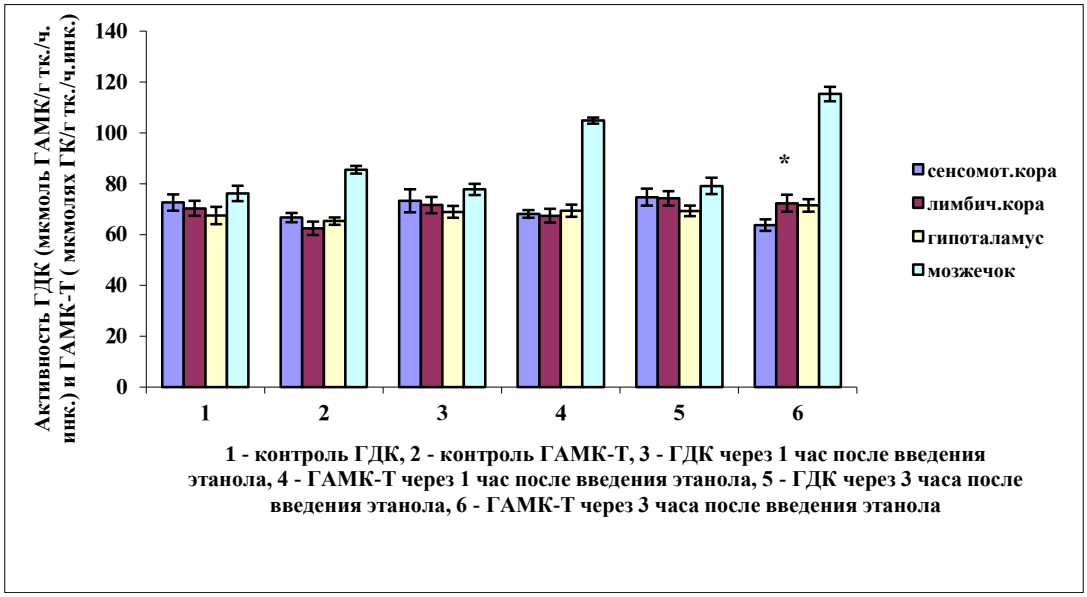


Рис. 2. Действие этанола (6г/кг массы) на активность ГДК и ГАМК-Т в гомогенатах тканей различных структур мозга 3-х месячных крольчат

В опытах мы прослеживали реакцию мозга на уровне ГК-ГАМК систем у более взрослых животных – 6-ти месячных, годовалых и 2-х годовалых животных при введении в их организм сравнительно высоких доз алкоголя. Эти данные в виде диаграмм демонстрируются на рис. 3.

На примере рис. 3 видно, что содержание ГК и ГАМК в структурах мозга у более взрослых кроликов при введении этанола в дозе 6 или 8г/кг массы тела животного подвергается стабильным изменениям, зависимых в определенной степени от возраста организма и дозы алкоголя. При этом как на 1 часу, так 3 часу воздействия этанола мы обнаруживаем увеличение уровня ГК в одних структурах и уменьшение уровня ГАМК в других, или их изменения в одной и той же структуре имеют противоположные тенденции.

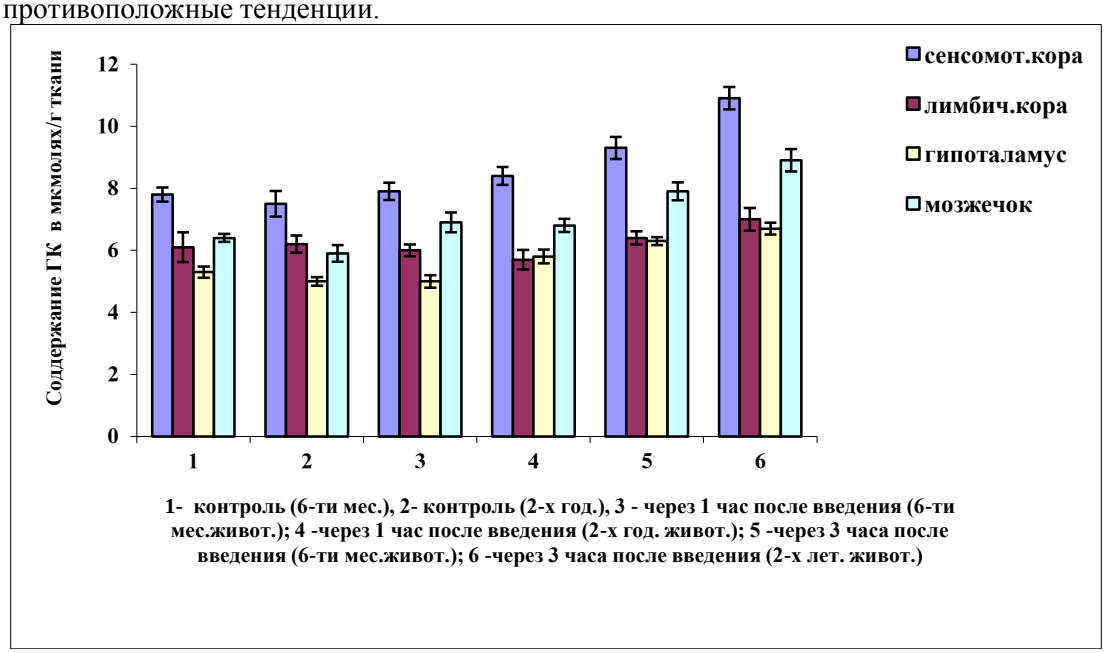


Рис. 3. Зависимость изменения содержания ГК в структурах мозга 6-ти месячных и 2-х годовалых кроликов от дозы введенного этанола (6 и 8 г/кг массы соответственно),срока его действия и возраста животного

Митохондрии мозга являются наиболее наиболее вероятной мишенью для поражения алкоголем. Известно, что в митохондриях очень активно действуют ферменты аминотрансферазной и декарбоксилазной группы, катализирующие реакции взаимопревращения аминокислотных компонентов глутаминовой группы. Глутаматергические и ГАМК – ергические нейроны имеют богатый набор митохондрии, обеспечивающий интенсивный энергетический и пластический обмены .По этому в наших опытах особое внимание было уделено изучению системы глутаминовой кислоты в митохондриях при алкогольных воздействиях. Бы ло установлено, что изменения концентрации ГК и ГАМК в митохондриях мозга разновозрастных животных более выражены, чем в цитозоле (рис.4).
Хроническое введение абсолютного спирта (доза 8г/кг массы тела) в организм 6-ти месячных, годовалых и 2-х годовалых кроликов привело к сильно выраженным изменениям уровня концентрации аминокислотных нейромедиа торов мозга (рис. 4). При определении в мозге у животных вышеуказанных возрастов содержания ГК и ГАМК через 2 и 3-4 дня было установлено, что алкоголизация животного влечет за собой более стойкие изменения их уровня особенно в сенсомоторной коре и мозжечке в нервных центрах, регулирующих двигательную активность животного. Нами было изучено влияния 40%-ного этанола (доза 8г/кг массы тела) на содержание ГК и ГАМК и активности ГДК и ГАМК в лимбической коре и мозжечке кроликов разного возраста. Эти опыты показали, что при этом происходит значительное возрастание глутаминовой кислоты в лимбической коре и мозжечке,содержаниеГАМК при этом заметно снижается в обеих структурах мозга. Активность ферментов ГДК и ГАМК-Т изменяется пропорционально изменениям количества выше указанных аминокислот, вернее, их количественные сдвиги соответствуют сдвигам активности этих ферментов.И наконец, последняя серия опытов была посвящена выявлению зависимостей влияния 40%-ного раствора этанола от пола и возраста животного. Применение той же дозы разбавленного раствора этанола к животным разного пола показало, что сдвиги в содержании ГК и ГАМК в лимбической коре и мозжечке в определенной степени зависит от пола животного.Некоторые исследователи указывают, что реакции животных - самок на воздействия алкоголя более резкие чем у животных – самцов, и эта закономерность была выявлена в значительных дозах и неоднократно (2). Подитоживая обсуждение полученных экспериментальных данных, их сопоставление с литературными данными, можно констатировать, что этиловый спирт в более сильных дозах, а также

его разбавленный (40%-ный) раствор независимо способен вызывать в мозге животного (видимо и в мозге человека) выраженные, в большинстве случаях достоверные изменения в содержании и активности компонентов глутаминовой системы мозга.Касаясь механизма действия алкоголя на ГК-ГАМК системы мозга, отдельные исследователи высказывают мнение, что действие алкоголя на различные функциональные стороны метаболизма в этой системе может быть и ГАМК –ергических нейронов и с помощью молекулярных глутамат и ГАМК – рецепторов, регулирующие различные реакции нервных клеток на нейротропные агенты (8; 14; 16; 17).

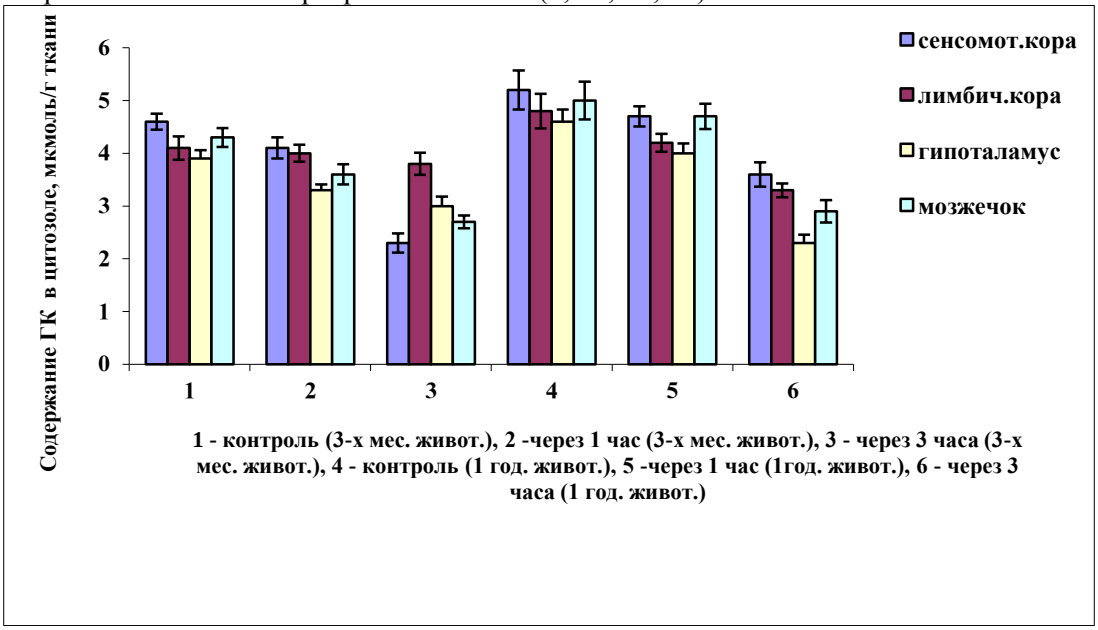


Рис. 4. Влияние этанола на содержание ГК в цитозольной фракции тканей различных структур мозга у 3-х месячных и годовалых кроликов (доза 4 и 6 г/кг массы соответственно) через 1 и 3 часа после введения

Таким образом,схемы, по которым нами были проведены эксперименталь ные исследования для выявления посталкогольныхнейрохимиических отк лонений, в частности, в системе метаболизма глутаминовой и ГАМК мозга можно применять в клинических нейрологическихисследованиях при изучении влияния алкоголя на центральную нервную систему. Резуль таты по изменению ГАМК и глутаминового метаболизма в структурах моз га у животных разного пола под влиянием различных доз алкоголя могут быть применены при клинических исследованиях влияний алкоголя на женский организм.

Выводы:

1. Установлено, что компоненты системы ГК-ГАМК мозга кроликов проявляют чувст вительность к воздействию алкоголя как при однократном (в острых опытах), так и при многократном его введении в относительно больших дозах (от 4 до 6 мл/кг веса тела).

2. Выявлено, что однократное внутрижелудочное введение относительно высокой дозы (5-6 мл/кг массы тела) 95%-го этилового спирта приводит через 3 часа к достоверному снижению ГК и АсК в тканях мозга у 3-х и 6-ти месячных животных. Заметно возрастает содержание ГАМК в коре и мозжечке, повышается активность ГДК, одновременно падает активность ГАМК-Т.

3. Обнаружены существенные различия в реакциях ГК-ГАМК системы мозга как у 3-х месячных, так и 2-х годовалых самцов и самок кроликов на введения относительно больших доз (6-8 мл/кг массы тела) этилового спирта (40%-ный). У самок в лимбической коре и гипоталамусе, в отличие от самцов, указанная система претерпевает более выраженные и устойчивые изменения.

ЛИТЕРАТУРА

1.Анохина И.П. Руководство по наркологии. М.: Медпрактика, 2002, с. 33-42.

2.Бабич Л.В., Мищук Д.О., Дуденко Н.В. Сравнительные характеристики кратковременного и долговременного воздействия этанола на состояние организма крыс // Укр.биохим.ж., 2005, 6, с.73-79.

3.Байдакова Г.В.Алгоритмы дифференциальной диагностики наследственных болезней обмена веществ, сопровождающихся нарушениями метаболизма аминокислот и ацилкарнитинов: Дисс ... канд. Биол. наук. М., 2012, 236 с.

4.Богомолов Д.В. Павлов А.Л., Семенов Г.Г., Яковлев В.В. Танатологическая оценка морфологи ческих изменений головного мозга при алкогольной болезни // Наркология, 2006, № 11, с.45-47.

5.Гусейнов А.А. Структурная организация неокортекса кролика в пренатальном онтогенезе // Успехи физиол.наук., 2003, 2, с.64-76.

6.Ковсан В.М., Трайпова Н.М., Серебряный О.В. К определению аминокислотного состава с помощью высоковольтного электрофореза. Укр. биохим. Ж. 1969, Т.41, с.601-605

7.Лакин Г.Ф. Биометрия // М., изд-во «Высшая школа», 1990, с. 352-353.

8.Магазник Л.Г.Тихонов Д.Б., Тихонова Т.Б., Лукомская Н.Я. Механизмы блокады каналов глутаматных рецепторов // Российский физиол. журн. им. И.М. Сеченова, 2006, 1 с.27-39.

9.Мамедова И.А.Влияние внутриутробной хронической интоксикации этанолом на метаболизм гамк в тканях различных структур центральной нервной системы трех месячных кроликов / Международный научно-исследовательский журнал, 2016, № 10 (52), с.24-28

10.Осадчая Л. М. Определение активности аминотрансфераз в тканях // В кн.: Методы биохимических исследований. Л., изд-во ЛГУ, 1982, с.246-250

11.Попова Э.Н., Полянский В.Б., Никольская К.Ф., и др. Мозг и алкоголь .М.:изд-во «Медицина», 1984, 3-4, с.10-15, 117-125.

12.Рослый И.М., Абрамов С.В., Агаронов В.Р. и др. Биохимия и алкоголизм: типовые клинико-биохимические синдромы при хронической алкогольной интоксикации //Вопр. наркол. 2004, № 5, с. 46-56

13.Сытинский И. А. Биохимические основы действия алкоголя на центральную нервную систему // Успехи физиол. наук, 1975, 1, с.49-85.

14. Cheng X., Chunyi Z., Keyong L., Jianh-Honq Y. Presynaptic CABA receptors facilitate CABA ergic transmission to dofaminergic neurons in the ventral tegmental area of young rats // The Journal of Physiology, 2007, 3, p. 731-745.

15.LowryR.H., RossebraughN.J., FarrA.L. Randall R.L. Protein measurement with the folinphenol reagent // J. Biol. Chem., 1951, 1, p. 365-273.

16.Meir K., Galante M., Angula M., Audinat E. Tonic activation of NMDA receptors by ambient glutamate of non-synaptic origin in rat hyppocampus // The Jornal of Physio logy, 2007, 2, p. 373-385.

17.Olsen R. W., Liang J., Cagetti E., Spigelman I. Plasticity of ЭАБА receptors in brains of rats treated with chronic intermittent ethanol // Neurochem. Res., 2005, 12, p. 1579-1588.

18.Sakurai Sh., Ishii S., Umino A., et al. Effect of psychotomimetik and antipsychotik agents on neokortical and striatal concentrations of various amino acids in the rat // J/Neurochem., 2004, 6, p. 1378-1388

Xülasə

Postnatal ontogenezdə beyin strukturunun toxumalarında qlutamin turşu sistemində etonolun təsirinin eksperimental öyrənilməsi

V.B.Şadlinski, A.M.Rzayeva

Tədqiqatın məqsədi postnatal ontogenezdə heyvanların beyin toxumalarına bir dəfə və ya dəfələrlə peroral yeridilən etanolun fermentlərə, qamma-amin yağ turşusu və qamma-amin yağ turşusu-qlutamatdekarboksilazaya təsirinin tədqiq edilməsindən ibarət olmuşdur. Məüyyən edilmişdir ki, beynin sensomotor və limbik qabıq, hipotalamus və beyincik kimi sturkturlarında neyromediator aminturşusu və fermentlər və onların mübadiləsi böyük və kiçik dozalarda yeridilən etil spirtinin təsiri altında nəzərəçarpan dəyişikliklər baş verir. Alkoholun təsiri altında beynin sitozol və mitoxondrial fraksiyalarında qlutamin və asparagin turşusunun təkibini azalmasına və qamma-amin yağ turşusunun səviyyəsinin artmasına, QDK fermentinin aktivliyinin artmasına və qamma-amin yağ turşusu-transaminazanın aktivliyinin azalmasına səbəb olur. Alkoholun təsiri altında beyin toxumalarında baş verən bu dəyişikliklər heyvanların yaşından, alkoholun yeridlmə müddəti və intensivliyindən asılı olaraq dəyişmişdir.

Summary

Experimental study of ethanol effect on metabolism in the system of glutamine acid in tissues of brain structures in post-total ontogenesis

V.B. Shadlinsky, A.M.Rzayeva

The purpose of this study was to study the effect of single and chronic oral administration of ethanol on the activity of the key enzymes of the metabolism of HA and GABA-glutamate decarboxylase (GDK) and

GABA aminotransferase in the structures of the brain of animals in postnatal ontogenesis. and the cerebellum; the system of neurotransmitter amino acids and their metabolism enzymes undergoes significant changes under the influence of relatively small and large doses, high and low concentrations of ethyl alcohol. Alcohol leads to a significant decrease in the content of glutamine and AcK and an increase in the amount of GABA, an increase in the activity of the GDK enzyme and a decrease in the activity of the enzyme GABA transaminase in the cytosolic and mitochondrial fractions of the studied brain structures. The change in the indices of the metabolic GC-GAMK system of the brain under the influence of alcohol depends on the age of the animals, the concentration of alcohol, and the ratio of ethyl alcohol introduced by it.

Daxil olub: 23.07.2018

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ

Р.А. Алиев, М.М. Мамедов

Научный центр хирургии им.М.А.Топчибашева; Частная клиника"Сити госпиталь", г.Баку

Açar sözlər: kəskin perforativ yaralar, tikiş qoyma, laparoskopiya, müalicə
Ключевые слова: острые перфоративные раны, ушивание, лапароскопия, лечение
Keywords: acute perforated wounds, suturing, laparoscopy, treatment

До середины 80-х годов уровень развития лапароскопической техники не позволял производить коррекцию перфоративных гастродуоденальных язв. Лапароскопия применялась лишь как диагностическая процедура, предшествуя лапаротомии в диагностически сложных случаях [1,2,3,4]. Однако первые операции ушивания перфоративных язв стали возможны лишь после внедрения метода видеолапароскопии, создания лапароскопического инструментария. Ушивание перфоративной язвы не является технически сложной операцией и вполне может быть выполнено с использованием лапароскопической техники [5]. О возможности выполнения ушивания перфорации желудка лапароскопическим способом свидетельствуют экспериментальные и клинические исследования [6]. Первую лапароскопическую операцию, наиболее полно соответствующую общепринятым хирургическим канонам, выполнил в 1990 г. [7]. Автор произвел ушивание перфоративного отверстия диаметром 3 мм на передней стенке ДПК с дополнительной герметизацией прядью большого сальника. Общее время операции составило 130 минут, большая часть которого была затрачена на тщательную санацию брюшной полости. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациентка выписана на 5 сутки. Уже через два года ушивание перфоративных язв с использованием лапароскопической техники стали выполняться в различных клиниках мира [8,9,10,11,12]. Опуская описание стандартных хирургических манипуляций при операции по поводу перфоративной язвы - промывания и дренирования, остановимся на этапах применения различных лапароскопических способов закрытия перфорации. Чаще лапароскопическое лечение применяется при перфорациях передней стенки луковицы ДПК. Хотя, например, CacHege и соавт. [18] в 1992 г. предприняли успешные лапароскопические операции ушивания перфоративных язв желудка у 10 пациентов. Осложнение было в одном случае абсцесс дугласова пространства. Поначалу хирурги применяли крайне консервативные подходы - в 1990- 91гг. ручной лапароскопический шов был еще плохо отработан, а эндостейплерами работать на инфильтратах небезопасно.

Другие авторы [14] произвели диагностическую лапароскопию 6 пациентам с клиникой перфоративной язвы 6-48-часовой давности. У 4 пациентов место перфорации не было найдено, и авторы ограничились промыванием брюшной полости и подведением дренажа к предполагаемой патологической зоне, в 2 других случаях перфорацию прикрыли сальником [12,13] предлагали при обнаружении естественного заклеивания перфорационного отверстия сальником оставлять его на месте, ограничиваясь промыванием, дренированием брюшной полости и интубацией желудка. Отсутствие подтекания кишечного содержимого из- под сальника рекомендовалось проверять, вводя

через желудочный зонд краситель. Описали использование корзины, которую проводили через канал гибкого эндоскопа изнутри кнаружи, в перфорационное отверстие, и захватывали прядь сальника, которую затем перемещали в просвет кишки или желудка и фиксировали серозными швами или клеем. Все передовые исследователи, разрабатывавшие эндоскопическое закрытие перфоративных язв в конце XX века, сравнивали его клиническую эффективность с таковой открытых операций и, не найдя достоверных преимуществ (но не выявив и очевидных недостатков), пытались предложить новые, более простые и быстрые методы. [15]. сравнили в репрезентативных группах результаты 44 открытых ушиваний дуоденальных перфоративных язв обычным методом, 35 лапароскопических ушиваний по стандартной методике (швы с экстракорпоральным формированием узлов, перитонизация прядью сальника), а также 21 лапароскопической операции, где перфорация закрывалась клином из желатиновой губки и фибриновым клеем. Время операций было 52,1+19,1 мин, 101,3+34,1 мин и 61,1±17,0 соответственно. У 3 пациентов второй группы потребовался переход на лапаротомию из-за технических проблем в наложении швов или затягивании узлов и еще у 3 - из-за больших размеров перфораций, делавших лапароскопическое ушивание ненадежным. В третьей группе один переход на лапаротомию был связан с гемодинамической нестабильностью. Нерандомизированное исследование сравнило 20 лапароскопических ушиваний перфоративных пептических язв с конкурентной группой из 16 открытых ушиваний. Предоперационных различий между группами не было. Средняя продолжительность операций была сходной (P=0,46). Различий в сроках восстановления функции желудочно-кишечного тракта не было, но потребление наркотических аналгетиков в лапароскопической группе было достоверно меньше (P<0,0001). Интенсивная терапия потребовалась 3 пациентам в лапароскопической группе (двоим по поводу почечной недостаточности) и 2 в открытой группе (без почечной недостаточности). Умерли 2 пациента в лапароскопической группе и 1 в открытой группе. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила соответственно 5 и 6 дней. По мнению авторов, это сравнение показывает [1], послеоперационная грыжа, правосторонний поддиафрагмальный абсцесс. В лапароскопической группе было 1 осложнение правосторонний поддиафрагмальный абсцесс, дренированный под рентгеновским контролем. По материалам работы делается аналогичное заключение: лапароскопическое ушивание перфоративных язв представляет собой реальную альтернативу операции через лапаротомный доступ. По данным [15] в группах из 10 (лапароскопическое ушивание) и 17 (открытое ушивание) пациентов летальность и число осложнений были сравнимы (несостоятельность 1-1, внутрибрюшная инфекция 1-3). Лапароскопические операции занимали больше времени: 60 мин (35-110 мин) против 30 мин (20-60 мин) при открытом ушивании.

Другие авторы [16] укрывали перфоративные дуоденальные язвы не менее чем тремя широкими серозно-мышечными швами с перитонизацией сальником (по показаниям). Они представили серию из 18 случаев лапароскопического и 16 случаев открытого ушивания. Среднее операционное время различалось незначительно 90 мин против 75 мин. Частота развития осложнений, интенсивность болей, а также показатели лихорадки и лейкоцитоза достоверно не различались между группами. О небольших сериях операций сообщили. [17]. [11] . по поводу перфоративных язв прооперировали 84 пациента. Из них лапароскопическим операциям подверглись 65 пациентов. У 9 имелся анамнез язвенной болезни, 12 получали противовоспалительные средства. Перфорация локализовалась в ДПК (60 пациентов) и в желудке (5). Лапароскопическое лечение включало перитонеальныи лаваж и либо простое ушивание (51 пациент), ушивание с СПВ [1], пластику сальником [8], либо иссечение с ушиванием по поводу желудочных язв [5]. Дренирование проводилось у 38 пациентов (58%). Переход к лапаротомии потребовался в 6 случаях. Из 59 пациентов, оперированных малоинвазивными методами, у 56 операция была исключительно лапароскопической, у 3-сочетанной (лапароскопическая ревизия и лаваж, ушивание через минилапаротомию). Время операции было 105±40 мин (30-240). Продолжительность пребывания в стационаре составила 8,2±4 дней. Повторная операция потребовалась у 2 пациентов по поводу несостоятельности и у 1 по поводу перфорации желчного пузыря. Летальных исходов не было, отмечены 3 осложнения, излеченные консервативно. Таким образом, лапароскопическое лечение в этой группе было успешным в 90% случаев. [17] выполнили ретроспективный анализ лечения 33 пациентов (13 лапароскопических ушиваний, 20 открытых). Лапароскопическое ушивание было успешным у 12 пациентов, всего с одним послеоперационным осложнением (8%). Количество осложнений при открытом ушивании было 15% и отмечен один летальный исход (5%). Продолжительность лапароскопических операций не превышала таковую при использовании открытого метода. Пациенты лапароскопической группы

требовали меньшей послеоперационной анальгезии (средние дозы 0,2 против [1], послеоперационная грыжа [1], правосторонний поддиафрагмальный абсцесс [1]. В лапароскопической группе было 1 осложнение правосторонний поддиафрагмальный абсцесс, дренированный под рентгеновским контролем. По материалам работы делается аналогичное заключение: лапароскопическое ушивание перфоративных язв представляет собой реальную альтернативу операции через лапаротомный доступ. По мнению авторов [18] в группах из 10 (лапароскопическое ушивание) и 17 (открытое ушивание) пациентов летальность и число осложнений были сравнимы (несостоятельность 1-1, внутрибрюшная инфекция 1-3). Лапароскопические операции занимали больше времени: 60 мин (35-110 мин) против 30 мин (20-60 мин) при открытом ушивании [19] укрывали перфоративные дуоденальные язвы не менее чем тремя широкими серозно-мышечными швами с перитонизацией сальником (по показаниям). Они представили серию из 18 случаев лапароскопического и 16 случаев открытого ушивания. Среднее операционное время различалось незначительно 90 мин против 75 мин. Частота развития осложнений, интенсивность болей, а также показатели лихорадки и лейкоцитоза достоверно не различались между группами. О небольших сериях операций сообщили [16,20]. по поводу перфоративных язв прооперировали 84 пациента. Из них лапароскопическим операциям подверглись 65 пациентов. У 9 имелся анамнез язвенной болезни, 12 получали противовоспалительные средства. Перфорация локализовалась в ДПК (60 пациентов) и в желудке (5). Лапароскопическое лечение включало перитонеальный лаваж и либо простое ушивание (51 пациент), ушивание с СПВ [1], пластику сальником [8], либо иссечение с ушиванием по поводу желудочных язв [5]. Дренирование проводилось у 38 пациентов (58%). Переход к лапаротомии потребовался в 6 случаях. Из 59 пациентов, оперированных малоинвазивными методами, у 56 операция была исключительно лапароскопической, у 3-сочетанной (лапароскопическая ревизия и лаваж, ушивание через минилапаротомию). Время операции было 105±40 мин (30-240). Продолжительность пребывания в стационаре составила 8,2±4 дней. Повторная операция потребовалась у 2 пациентов по поводу несостоятельности и у 1 по поводу перфорации желчного пузыря. Летальных исходов не было, отмечены 3 осложнения, излеченные консервативно. Таким образом, лапароскопическое лечение в этой группе было успешным в 90% случаев [7] выполнили ретроспективный анализ лечения 33 пациентов (13 лапароскопических ушиваний, 20 открытых). Лапароскопическое ушивание было успешным у 12 пациентов, всего с одним послеоперационным осложнением (8%). Количество осложнений при открытом ушивании было 15% и отмечен один летальный исход (5%). Продолжительность лапароскопических операций не превышала таковую при использовании открытого метода. Пациенты лапароскопической группы требовали меньшей послеоперационной анальгезии (средние дозы 0,2 против0,9; P=0,02). В остальном показатели послеоперационного периода на различались между группами. [18]. оперировали 44 пациента. У всех пациентов был перитонит. Анамнез язвенной болезни был у 12 пациентов и эпизоды эпигастральных болей у 27. Выполнены: ушивание язвы с задней стволовой ваготомией и передней серомиотомией (п=6), со стволовой ваготомией и пилоропластикой (п—24), изолированное ушивание (п=1). Переход на лапаротомию потребовался у 13 пациентов (29,5%). Летальных исходов не было. Двое пациентов были повторно оперированы по поводу несостоятельности швов. Средняя продолжительность стационарного лечения была 5,5 дней. На протяжении года наблюдения все пациенты находились в удовлетворительном состоянии и не ощущали болей. Авторы подчеркнули, что лапароскопический доступ позволяет осуществить все этапы лечения язвенной болезни в случае перфорации. [9] ретроспективно описали серию из 35 пациентов, которые подверглись лапароскопическому ушиванию перфоративных дуоденальных язв Перфорации были закрыты узловыми швами, брюшная полость успешно санирована в 86% случаев. Переход к лапаротомии потребовался в 8 случаях: из-за хрупкости краев перфорации [2], невозможности идентифицировать ее заднее расположение [3] и наличия внутрибрюшных сращений. Были 2 осложнения: стеноз привратника и абсцесс дугласова пространства. Летальных исходов не было. Одним из важных практических выводов работы стало заключение о том, что лапароскопическое лечение эффективно при размере перфорации менее 1 см.В ретроспективном нерандомизированном исследовании [20] сравнили 16 пациентов, оперированных лапароскопически по поводу перфоративных язв, и 14 открытым способомг. Конверсия была произведена в 1 случае из-за невозможности адекватно визуализировать язву. Такие показатели, как продолжительность операции и назогастральной аспирации, потребление анальгетиков, продолжительность лечения, количество осложнений и летальных исходов были сходными в обеих группах. Определенный итог длинной череде разрозненных работ подвело многоцентровое исследование группы ведущих европейских эндохирургов под руководством [11], В исследование

были включены 419 пациентов (299 мужчин и 120 женщин в возрасте от 19 до 98 лет) из 18 клинических центров. Анализ результатов позволяет сделать вполне определенный вывод: лапароскопическое лечение перфоративной язвы является надежным методом, обеспечивающим низкий уровень осложнений и летальности, и может рассматриваться как метод выбора. Определенно стала отмечаться тенденция увеличения количества лапароскопических операций у больных с перфоративными язвами. Однако, относительно длительная, по сравнению с традиционным доступом, продолжительность операции, значительные технические трудности в исполнении эндошва, безусловно, ограничили широкое внедрение этой операции. Дальнейшее совершенствование техники операции шло по пути сокращения времени операции за счет разработки новых способов укрытия перфоративного отверстия. Другим направлением совершенствования техники стало использование фибриновых пленок и клеев. Кубачев К.Г. с соавторами применил у 9 пациентов ушивание перфорации, дополнив его заклеиванием линии швов фибриновой пленкой, у одного пациента перфоративное отверстие было заклеено без предварительного ушивания. Все пациенты выздоровели [12].

Михалев А.И. с соавторами описал заклеивание перфорации двухкомпонентным фибриновым клеем у 20 пациентов [14], а Мидленко В.И. с соавторами [13] произвел заклеивание перфоративного отверстия пленкой “Тахокомб” у 5 пациентов. Во всех случаях несостоятельности заклеенных перфораций отмечено не было. Другие авторы [16] модифицировали способ укрытия перфоративного отверстия с использованием круглой связки печени. Новый метод заключался в протягивании в перфоративное отверстие мобилизованной круглой связки печени с помощью корзинки Дормия, введенной через гастродуоденоскоп. Тракция за связку производилась до герметичности перфоративного отверстия, затем производилось лапароскопическое ушивание. Способ применен у 15 больных. В трех случаях не удалось достичь герметичности из-за больших размеров (до 1,5 см) перфоративного отверстия и наличия разлитого перитонита. Больные в течение 5 недель получали H_2-блокаторы. При контрольном осмотре было отмечено заживление язвы без признаков стеноза. При использовании фибриновых пленок время операции Гулямов Б.Т. с соавторами [9] составило в среднем 60 минут используя для фиксации большого сальника герниостеплер, затратили на операцию в среднем 70 минут [13]. Разработка и применение новых способов укрытия перфоративного отверстия позволили значительно упростить этот технически непростой прием и снизить время оперативного вмешательства [5,6]. Существование такого большого количества приемов ушивания свидетельствует о том, что эта область лапароскопической хирургии еще находится в стадии становления, поиска оптимальных решений всех стоящих перед ней задач. Относительно небольшое количество наблюдений в силу особенностей этой патологии в имеющихся публикациях не позволяет достоверно оценить такие результаты лечения как уровень летальности, количество раневых и внутрибрюшных осложнений, количество конверсии в лапаротомию. Более того, легко предположить, что в начальном периоде выполнения этих операций лапароскопическим способом, уровень послеоперационных осложнений будет достаточно высоким, подобно другим оперативным вмешательствам, проходившим период отработки новой техники оперирования. Так, в раннем периоде выполнения лапароскопической аппендэктомии отмечено высокое число интра - и послеоперационных осложнений. По мере отработки техники оперативных вмешательств (первые 100 операций), число осложнений значительно уменьшилось [4].

По данным авторов [12,13], проводивших сравнительную оценку интраоперационной и послеоперационной летальности, эти показатели не отличаются как в группе больных, оперированных открытым способом, так и в группах пациентов с использованием лапароскопической техники ушивания. Практически у всех авторов, имеющих более пяти наблюдений, отмечаются случаи перехода в лапаротомию. Причинами конверсии, по данным [16,17], являются распространенность и выраженность перитонита. Andreson H. et al. [18] производили лапаротомию при выявлении перфоративнои язвы желудка. Другие авторы [17,19] выделяют две причины конверсии: распространенность перитонита и размеры перфоративного отверстия более 1,5 см. Как отмечают многие авторы [2,5], основными показаниями к лапароскопическому ушиванию перфоративных язв желудка и ДПК, являются: перфоративное отверстие до 5 мм в диаметре; локализация язвы на передней стенке желудка или ДПК; отсутствие распространенного перитонита с фибринозными наложениями и паралитической кишечной непроходимости. В отечественной и зарубежной литературе имеются сообщения об успешном ушивании перфоративных язв желудка и ДПК на фоне разлитого перитонита [6,8]. Все больные были госпитализированы в сроки более восьми часов от начала перфорации. Послеоперационный период протекал без осложнений. По

данным [7,9], успешно применяющих в клинической практике лапароскопическое ушивание перфоративных язв желудка и ДПК, при изучении отдаленных сроков от 6 до 12 месяцев рецидивов язвы и моторно-эвакуаторных расстройств не отмечено. Многие авторы [2,3,4] изучая в сравнительном аспекте результаты лапароскопического и традиционного ушивания, отмечают, что более тяжелое течение послеоперационного периода наблюдается после широкой лапаротомии: дольше сохраняется болевой синдром, лихорадка, лейкоцитоз. Авторы [7,10] применили ушивание перфоративной язвы путем безгазовой лапароскопии.

Авторы [17] при ушивании перфоративной язвы с незначительной инфильтрацией краев язвы отдают предпочтение применению интракорпоральных швов с использованием монофиламентных нерассасывающихся нитей. При наличии выраженной инфильтрации краев перфоративной язвы ушивание производится с экстракорпоральным формированием узлов. Авторы [3,4] при перфоративных язвах желудка и ДПК производят ушивание перфоративного отверстия и СПВ лапароскопическим способом (есть сообщения о случае некроза малой кривизны желудка вследствие коагуляционной травмы). Преимуществом лапароскопических ушиваний перед традиционными являются: небольшой операционный доступ, малый травматизм, возможность широкой ревизии органов, щадящая техника операции, кратковременность сроков реабилитации, хороший косметический эффект [5,6].

Таким образом, на сегодняшний день не до конца разработаны показания к лапароскопическому ушиванию перфоративных гастродуоденальных язв, нет единой тактики ведения этих больных, не определены разрешающие способности этого метода, остается открытым вопрос надежного и одновременно малотравматичного укрытия перфоративного отверстия больших размеров в условиях разлитого перитонита. Актуальность изучаемой проблемы подтверждает необходимость проведения дальнейших исследований в этой области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев Э.Г., Ходос Г.В., Бабышин В.В., Александров А.И., Федоров Д.В., Суханов М.Ю. Сравнительная характеристика результатов ушивания перфоративных пилородуоденальных язв традиционным методом и из минидоступа // Эндоскопическая хирургия, 2003, №5, с.20-21
2. Агзамов Ф.М., Наумов Б.А., Яковченко А.В. Выбор метода операции у больных пожилого и старческого возраста с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией язвы (обзор литературы) // Хирургическая гастроэнтерология, 2005, №5, с.89-92.
3. Асатиани Г.А., Табуцадзе Т.У. Лапароскопические операции при острой хирургической патологии органной брюшной полости / Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии, 6-й: Тезисы докладов. М., 2002, с. 37-38
4. Афендулов С.А., Краснолуцкий Н.А., Журавлев Г.Ю. Лапароскопическое лечение перфоративных язв двенадцатиперстной кишки / Материалы всероссийской конференции хирургов. Саратов, 2003, с. 35
5. Бельков А.В., Нарезкин Д.В., Кученков А.В. Лапароскопически поддержанная дуоденопластика у больных с перфоративными язвами пилородуоденальной зоны и перитонитом // Эндоскопическая хирургия, 2004, №1, с.21.
6. Бронштейн П.Г., Сажин В.П., Климов Д.Е., Шляхова М.А. Выбор способа лапароскопического вмешательства при прободной пилородуоденальной язве // Эндоскоп. хирургия, 2005, №2, с.17-20.
7. Григорьев П.Я. Адекватное медикаментозное лечение больных язвенной болезнью. // Московский медицинский журнал, 2001, № 1, с.13-17.
8. Гуляев А.А., Пахомова Г.В., Ярцев П.А. и др. Опыт лечения больных с перфоративными пилородуоденальными язвами // Эндоскопическая хирургия, 2005, №2, с.21-24.
9. Гулямов Б.Т., Хаджибаев А.М., Атаджанов Ш.К. и др. Лапароскопическое ушивание перфоративных гастродуоденальных язв / Материалы всероссийской конференции хирургов. Саратов, 2003, с. 44.
10. Емельянов С.И., Матвеев Н.Л., Феденко В.В. Лапароскопическая хирургия желудка. М., 2002, с. 163
11. Кешелашвили Л.В. Сравнительная оценка отдаленных результатов открытого и лапароскопического ушивания перфоративной пилородуоденальной язвы: Автореф. дис. ... к.м.н. 2005, с.2-3
12. Кубачев К.Г., Пешехонов С.И., Турдыев М.С. Возможности видеолапароскопии в диагностике и лечении перфоративных гастродуоденальных язв // Эндоскопическая хирургия, 2004, №1, 2004, с.72

13.Мидленко В.И., Чарышкин А.Л, Способ лечения перфоративных гастродуоденальных язв с сочетанными ульцерогенными осложнениями // Вестник РГМУ, 2007, №1, с.15-20
14.Михалев А.И., Федоров Е.Д., Юдин О.И. и др. Диагностика и хирургическое лечение осложненных форм язвенной болезни / Юбилейный сборник научных трудов. М.,2004, с.7
15.Подшивалов В.Ю. Малоинвазивные способы диагностики и лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки // Эндоскопическая хирургия, 2005, № 5, с.54-62
16.Панина А.В. Отдаленные результаты ушивания перфоративных пилородуоденальных язв // Вестник хирургии, 2005, №5, с.40-42
17.Alexakis N., Konstadoulakis M.M., Leandros E. et al. Sealed perforated duodenal ulcer discovered during elective laparoscopic cholecystectomy // Endoscopy, 2004, v.36(4), p.342-3
18.Andreson H., Sillakivi T., Peetsalu M. et al. Persistence of Helicobacter pylori infection in patients with peptic ulcer perforation // Scand J Gastroenterol., 2007, v.42(3), p.324-9
19.Bin-Taleb A.K., Razzaq R.A., Al-Kathiri Z.O. Management of perforated peptic ulcer in patients at a teaching hospital // Saudi Med J., 2008, v.29(2), p.245-50
20.Bhogal R.H., Athwal R., Durkin D. et al. Comparison between open and laparoscopic repair of perforated peptic ulcer disease // World J Surg., 2008, v.32(ll), p.2371-4.

Xülasə

Kəskin perforativ xoraların lapaporoskopik müalicəsinin müasir konsepsiyaları

R.A.Əliyev, M.M.Məmmədov

80-ci illərin ortaların qədər laparoskopik texnikanın inkiafş səviyyəsi perforativ qastroduodenal xoraların koreksiyasını aparmağa imkan vermirdir. Laparoskopiya yalnz dianostik məqsədlər üçün aparılmış, diaqnostik baxımdan çətin vəziyyətlərdə laparotomiyaya zəmin yaratmışdır. Perforativ yaraların tikilməsi texniki cəhətdən çətin əməliyyat olmayıb, ümumilikdə laparoskopik texnikanln istifadə edilməsinə imkan verir. laparoskopik üsul ilə mədə perforasiyasının tikilməsi imkanları haqqında eksperimental və klinik müayinələrdən məlum olur. Beləliklə, hazırda perforativ qastroduodenal xoraların laparoskopik təkişlərin qoyulmasına göstərişlər işlənib hazırlanması məsələsi sona qədər öz həllini tapmamışdır, bu xəstələrin aparılmasının vahid taktikası yoxdur, bu metod sona qədər öz həllini tapmamışdır, yayılmış peritonit şəraitində böyük həcmli perforativ dəliklərin aztravamtik şəkildə və etibarlı bağlanması məsələsi hələ də açıq olaraq qalmaqdadır. Tədqiq edilən problemin aktuallığı bu sahədə sonrakı tədqiqatalrın aparılması zərurətini təsdiq edir.

Suumary

Modern concept of laparoscopic treatment of acute perforative ulcers

R.A. Aliyev, M.M. Mamedov

Until the mid-1980s, the level of development of the laparoscopic technique did not allow the correction of perforated gastroduodenal ulcers. Laparoscopy was used only as a diagnostic procedure, preceding laparotomy in diagnostically complex cases. The suturing of the perforated ulcer is not a technically difficult operation and may well be performed using laparoscopic techniques. Experimental and clinical studies indicate the possibility of performing gastric perforation closure with the laparoscopic method. Thus, today, the indications for laparoscopic suturing of perforated gastroduodenal ulcers are not fully developed, there is no uniform tactic for managing these patients, the resolution of this method is not defined, the question of a reliable and at the same time low-impact shelter of large peritonitis remains open. The urgency of the problem under study confirms the need for further research in this area.

Daxil olub: 17.07 2018

СЕЗОННОСТЬ НЕДОНОШЕННОСТИ, МЕРТВОРОЖДАЕМОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ

Н.Д.Гасанова

Азербайджанский Государственный институт усовершенствования врачей имени А. Алиева

Açar sözlər: mövsüm, vaxtından əvvəl doğulanlar, ölü doğulma, perinatal ölüm
Ключевые слова: сезон, недоношенность, мертворождаемость, перинатальный смертность
Key words: season, prematurity, stillbirth, perinatal mortality

Долгое время ученые изучают сезонность медико-демографических процессов [1-7]. Глобальные закономерности вариации человеческой фертильности, по данным Lam и соавтора [2], проявляются четко выраженными различиями ежемесячных случаев родов, которые имеют особенности как в странах Европы и Азии, так и в штатах Америки. Наименьшие случаи родов белого населения Нью-Йорка приходились на январь, а небелого населения – на апрель месяцев. В Швеции, Финляндии, Англии и Германии дети рождаются больше в февраль-апрель месяцах и меньше – в октябре-декабре месяцах. В Тайване максимальное количество родов наблюдалось в ноябре, а минимально – в мае. В Пенджабе январь-июль месяцы характеризуются меньшим, а июль-декабрь большим количеством родов. В Республике Беларусь за 2007-2011 годы среднемесячная рождаемость в основном стабильная, только в апреле наблюдалось существенное ее снижение [1]. Сезонная волна в динамике рождаемости за 2006-2012 годы свидетельствуют о пике рождаемости в июле и августе, низкая рождаемость отмечалась в январе, феврале и ноябре [3]. Статистические данные о рождаемости в России [4] за 2011-2013 годы свидетельствуют, что число родившихся живыми максимально в июле и августе, минимально в феврале и апреле. Очевидно, что сезонность медико-демографических процессов объективно обусловлено, но имеют региональные особенности.

Цель исследования: Оценить сезонность недоношенности, мертворождаемости и перинатальной смертности на модели Гянджинского перинатального центра.

Материалы и методы исследования. Наблюдение проводилось на базе крупного регионального перинатального центра, который обслуживает население городов Гянджа, Нафталан, районов республиканского подчинения Шамкир, Геранбой, Самух, Гекгель, Гедабек, Дашкесан, Газах, Товуз, Акстафа и Тер-тер с суммарной численностью населения более 1,3 миллиона и ежегодных родов более 22 тыс. В перинатальном центре, расположенный в крупном городе Гянджа (населения 325 тыс.), за год наблюдения (2016) были госпитализированы 3221 беременные женщины в сроках гестации 22 полных недель. Пациентки были распределены по месяцам года, когда было родоразрешение. Определялось среднемесячное количество родов путем деления фактического количества родов в календарном месяце на количество дней в этом месяце и умножения результата на 30 (стандартные дни в месяце). Среди новорожденных родившиеся в каждом календарном месяце были выделены мертворожденные и живорожденные с массой тела 500-1499 грамм, 1500-2499 грамм. Определялась доля родившихся массой тела до 1500 и до 2500 грамм, мертвыми и живыми. При расчете уровня перинатальной смертности учитывалось количество плодов родившихся мертвыми и новорожденных умершие впервые 0-6 суток (168 часов) после рождения. Эти же показатели были рассчитаны

- По летним (май, июнь, июль, сентябрь, октябрь) и зимним (ноябрь, декабрь, январь, февраль, март, апрель) периодам года;
- По зимним (с 21 декабря по 20 марта), весенним (с 21 марта по 20 июня), летним (с 21 июня по 20 сентября), осенним (с 21 сентября по 20 декабря) сезонам года.

Статистическая обработка проводилась методами анализа количественных и качественных признаков при помощи пакета «Анализ данных» программы Excel [8]. Достоверность различия показателей по месяцам, периодам и сезонам года оценивались критерием χ^2 и t.

Полученные результаты. Доля новорожденных очень малой массой тела (<1500 грамм) среди родившихся в январе была наименьшей (2,28±0,75%; 95% доверительный интервал 0,78-3,78%), а в ноябре – наибольшей (13,99±2,49%; 95% доверительный интервал 9,01-18,97%). Различие между этими величинами существенное ($p<0,01$). Сравнительная оценка долей новорожденных очень малой массой тела в летних и зимних периодах года (соответственно 4,55±0,55 и 4,90±0,51%) подтверждает справедливость нулевой гипотезы ($p>0,05$). Зимой, весной и летом доля новорожденных очень малой массой тела была сходной (соответственно 3,79±0,61; 3,85±0,64; 4,64±0,85%) и существенно была меньше соответствующему показателя в осени (6,99±0,91%). Таким образом, для осени, особенно для

ноября месяца в условиях Гянджинского перинатального центра характерен высокий риск рождения новорожденных очень малой массой тела.

Доля новорожденных малой массой тела (<2500 грамм) была наименьшая среди родившихся в феврале месяце (6,49±1,40%; 95% доверительный интервал 3,69-9,29%). По сравнению с февралем существенно высокая доля новорожденных малой массой тела наблюдалась в мае (11,05±1,64%), июне (15,64±2,50%), сентябре (11,30±2,08%), ноябре (25,39±3,13%) и декабре (16,25±2,21%).

Таблица

Месячная динамика рождения недоношенных детей, мертворождаемости и перинатальной смертности (100 родившихся мертвыми и живыми новорожденными)

Месяцы	Масса тела менее 1500 грамм	Масса тела менее 2500 грамм	Мертворождаемость	Перинатальная смертность
Январь	2,28±0,75	7,59±1,33	1,01±0,50	1,77±0,66
Февраль	2,60±0,91	6,49±1,40	1,62±0,72	1,62±0,72
Март	5,71±1,27	9,61±1,61	2,10±0,78	2,10±0,78
Апрель	3,24±1,00	7,12±1,46	1,62±0,71	1,62±0,71
Май	4,70±1,11	11,05±1,64●	1,38±0,61	1,38±0,61
Июнь	3,32±1,23	15,64±2,50●	0,47±0,47	1,42±0,81
Июль	3,83±1,41	8,74±2,08	0,55±0,54	1,09±0,76
Август	4,21±1,45	7,89±1,95	2,63±1,16	3,16±1,26
Сентябрь	5,65±1,52	11,30±2,08●	1,04±1,13	3,48±1,21
Октябрь	5,22±1,46	10,87±2,05	3,48±1,21	5,22±1,46
Ноябрь	13,99±2,49●	25,39±3,13●	7,25±1,86●	9,85±2,14●
Декабрь	5,78±1,40	16,25±2,21●	3,97±1,17	4,33±1,22
Лето (май-октябрь)	4,55±0,55	11,02±0,83	1,92±0,36	2,56±0,42
Зима (ноябрь-апрель)	4,90±0,51	10,91±0,73	2,53±0,37●	3,03±0,40
Зима	3,79±0,61	8,63±0,91	1,68±0,41	2,0±0,45
Весна	3,85±0,64	10,77±1,04	1,25±0,37	1,47±0,41
Лето	4,64±0,85	9,45±1,19	2,16±0,59	2,65±0,65
Осень	6,99±0,91▲	15,14±1,27▲	4,19±0,71▲	5,47±0,81▲

В летних и зимних периодах года доля новорожденных малой массой тела друг от друга существенно не отличалась (соответственно 11,02±0,83 и 10,91±0,73%).

Доля родившихся малой массой тела зимой (8,63±0,91%), весной (10,77± 1,04%) и летом (9,45±1,19%) друг от друга существенно не отличаются, но существенно меньше, чем таковая в осени (15,14±1,27%).

Таким образом, вероятность рождения маловесных детей существенно высока в осени, особенно в ноябре и сентябре. В мае, июне и декабре также высок риск рождения маловесных детей.

Мертворождаемость была наименьшей среди родившихся в июне (95% доверительный интервал 0-1,41%). Уровень мертворождаемости в январе (1,01±0,50%), феврале (1,62±0,72%), марте (2,10±0,78%), апреле (1,62±0,71%), мае (1,38±0,61%), июле (0,55±0,54%), августе (2,63±1,16%), сентябре (3,04±1,13%), октябре (3,48±1,21%) и декабре (3,97±1,17%) друг от друга существенно не отличается. Только в ноябре месяцах наблюдалось существенное повышение уровня мертворождаемости (7,25±1,86%).

Мертворождаемость среди родившихся в летнем и зимнем периодах разная (соответственно 1,92±0,36 и 2,53±0,37%), но их сравнение подтверждает справедливость нулевой гипотезы ($p>0,05$). Зимой, весной и летом уровень мертворождаемости друг от друга существенно не отличается (соответственно 1,68±0,41; 1,25±0,37 и 2,16±0,59%), но значимо ниже, чем мертворождаемость в осени (4,19±0,71%). Очевидно, что в осени, особенно в ноябре месяце высок риск мертворождения. Сходное заключение прослеживается по риску перинатальной смертности. Наименьшая вероятность перинатальной смертности была и в июне (1,09±0,76%; 95% доверительный интервал 0-2,61%). По сравнению июль месяцем существенно высокий уровень перинатальной смертности был только в ноябре (9,85±2,17%).

Зимой, весной и летом уровень перинатальной смертности составлял соответственно 2,0±0,45; 1,47±0,41 и 2,65±0,65%, друг от друга существенно не отличалась и была меньше такового в осени (5,47±0,81%).

Обсуждение полученных результатов. Данные литературы [1-7] и наши результаты убедительно показывают, что демографические процессы сезонно изменяются. Обращает на себя внимание существование региональных особенностей сезонной динамики рождаемости и перинатальной смертности. В Соединенных Штатах Америки, современной Украине, Непале, Гане [2,5,6,7] основным трендом фертильности является летнее и осеннее увеличение. В Гянджинском регионе по нашим данным, в Швеции, Англии, Германии, Италии, Испании, Франции, Финляндии по данным [2] рождаемость увеличивается в зимних месяцах.

Перинатальная смертность, мертворождаемость, недоношенность, по нашим данным, увеличиваются в основном осенью, пик роста этих явлений попадает на ноябрь. В Непале [5] наблюдалась 3 пика роста перинатальной смертности (февраль, май и август) и один пик роста мертворождаемости (февраль). В этой стране пик недоношенности приходится на октябрь.

Таким образом, сезонные колебания рождаемости, рождения недоношенных и маловесных детей, риск мертворождаемости и перинатальной смертности объективно обусловленные процессы имеют связь с условиями страны и регионов и порождают региональные особенности медико-демографических показателей.

Выводы

1. Рождение детей малой и очень малой массой тела, мертворождение и перинатальные потери в Гянджинском регионе Азербайджана сравнительно часто встречаются осенью (с 21 сентября по 20 декабря)
2. Сезонное повышение риска мертворождаемости и перинатальной смертности является следствием сезонного роста вероятности рождения детей малой и очень малой массой тела.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антипова С. И., Антипов В. В., Гришенкова Л. Н., Метельская М. А. Ритмологические особенности годовой смертности населения Республики Беларусь // Медицинские новости, 2013, N4, с.38-42
2. Lam D. A. and Miron J. A. Global patterns of seasonal variation in Human Fertility // Annals New York Academy of Sciences.
3. Шубат О. М. Демографические развитие Уральского региона: статистическое исследование рождаемости // Вопросы статистики, 2014, N 1, с. 43-48
4. Подольная Н. Н., Бикеева М. В., Катынь А. В. Демография и статистика населения. Учебное пособие. Саранск, 2015, 132 с.
5. Hughes M. M., Katz J., Mullany L. C. et al. Seasonality of birth outcomes in rural Sarlahi District, Nepal: a population based perspective cohort// BMC Pregnancy and childbirth, 2014, 14:310
6. Osei E., Agbemefle J., Kye-Duodu G. and Binka F. N. Linear trends and seasonality of births and perinatal outcomes in Upper East Region, Ghana from 2010 to 2014 // BMC Pregnancy and Child birth, 2016, 16:48
7. Чуприков А. П., Мехова А. В., Вайсерман А. М. и др. Изменения сезонного паттерна рождаемости в Украине в 1960-2009 гг // Демографія ма соціальна економіка, 2015, N3 (125), с. 87-98
8. Стентон Г. Медико-биологическая статистика. Москва. Практика. 1999. 459 с.

Xülasə

Vaxtından əvvəl doğuşların, ölü doğulmaların və perinatal ölümün mövsümülük xarakteri

N.C.Həsənova

Tədqiqatın məqsədi Gəncə perinatal mərkəzinin modelində vaxtından əvvəl doğuşların, ölü doğulmaların və perinatal ölümün mövsümülik xarakterinin qiymətləndirilməsindən ibarətdir. Müşahidələr Gəncə, Naftalan, Şəmkir, Goranboy, Dsamux, Göygöl, Gədəbəy, Daşkəsən, Qazax, Ağstafa və Tər-Tər kimi böyük regional perinatal mərkəzlərin bazasında aparılmışdır. Burada əhalinin summar cəmi 1,3 mln təşkil etmiş və hər il 22 mindən çox doğuş qeydə alınmışdır. Yanvar ayında çox az bədən çəkisilə (<1500 qram) doğulmuş uşaqların payı (2,28±0,75%; 95% etibarlılıq intervalı 0,78-3,78%) daha az, noyabrda daha çox olmuşdur (13,99±2,49%; 95% eitbarlılıq netrvalii 9,01-18,97%). Bu hədlər arasında fərqlər nəzərəçarpan olmuşdur (p<0,01). İlin yay və qız fəsillərində çox az bədən çəkili yenidoğulmuşların müqayisəli (müvafiq olaraq, 4,55±0,55 və 4,90±0,51%)) sıfır nəzəriyyəsinin düzgünlüyünü təsdiq edir (p>0,05). Az bədən çəkisi olan

yenidoğulmuşların (<2500 qram) payı fevralda doğulanlar arasında daha az olmuşdur (6,49±1,40%; 95% etibarlılıq intervalı 3,69-9,29%). Azərbaycanda Gəncə regionunda çox az bədən çəkili uşaqların doğuulması, ölü doğulma və perinatal itkilər daha çox payızda qeydə alınmışdır (sentyabrın 21-dən dekabrın 20-ə qədər). Ölü doğulma və perinatal ölüm riskinin mövsümü artımı az və çox az bədən çəkili uşaqların doğulma ehtimalının artması ilə bağlı olur.

Summary

Seasonality of prematurity, stillbirth and perinatal mortality

N.J. Hasanova

Purpose of the study: To assess the seasonality of prematurity, stillbirth and perinatal mortality on sample of Ganja perinatal centre.

Oservtion was held on basis of the biggest regional perinatal centre, which serves to population of Ganja, Naftalan cities, Shamkir, Goranboy, Samukh, Goygol, Gedebey, Dashkesen, Gazakh, Tovuz, Agstafa and Ter-Ter regions with 1,3 million total population and annually 22 thousand birth cases. There were cases of perinatal mortality and live-born with a body weight of 500-1499 grams, 1500-2499 grams among newborns born in each calendar month. Share of newborns born with body mass of 1500 and less than 2500 grams, dead and alive was assessed. Calculating the level of perinatal mortality, the number of dead born fetuses and newborns dead during the first 0-6 days (168 hours) after birth was taken into account. The lowest proportion of new-borns with very small body weight (<1500 grams) was among children born in January (2,28±0,75%; 95% confidence interval 0,78-3,78%), and the highest - in November (13,99±2,49%; 95% confidence interval 9,01-18,97%). The difference between these quantities is significant (p<0,01). Comparative evaluation of share of infants with very small weight in the summer and winter period (respectively 4,55±0,55 and 4,90±0,51%) confirms the validity of the null hypothesis (p>0,05). The lowest share of infants with small body mass (<2500 grams) was among children born in February (6,49±1,40%; 95% confidence interval 3,69-9,29%). Birth of children with small and very small body weight, stillbirth and perinatal losses are relatively common in autumn (from September 21 to December 20). Seasonal increase of risk of stillbirth and perinatal mortality is the result of seasonal increase of the probability of birth of infants with small and very small in body weight.

Daxil olub: 19.07 2018

VENOZ EREKTİL DİSFUNKSİYANIN DİAQNOSTİKASINDA DİNAMİKİ KAVERNOZOQRAFİYANIN EFFEKTİVLİYİ

R.S.Rzayev

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: venoz erektil disfunksiya, diaqnostika, kavernozoqrafiya

Ключевые слова: венозная эректильная дисфункция, диагностика, кавернозография

Key words: venous erectile dysfunction, diagnostics, cavernosography

Erektil disfunksiyanın inkişafının kişilərdə həyat keyfiyyətini əhəmiyyətli dərəcədə aşağı salması yaxşı məlumdur, çünki onların əksəriyyətində müxtəlif psixosomatik pozğunluqlar əmələ gətirir, ailədə qarşılıqlı münasibətə mənfi təsir göstərir [1,2 3]. Bundan başqa, erektil disfunksiya əsasən əmək qabiliyyətli kişilərin əziyyət çəkdiyi xəstəlikdir ki, bu da onların peşə fəaliyyətlərinin keyfiyyətinə mənfi təsir göstərir, həm də həyat keyfiyyətini əhəmiyyətli dərəcədə pisləşdirir. Son illər müəyyən olunmuşdur ki, erektil disfunksiya hiperlipidemiyanın və deməli, hətta gənc yaşlı kişilərdə ürəyin işemiya xəstəliyinin yüksək inkişaf tezliyi ilə assosiasiya olunur ki, bu da ona bu xəstəliyin "risk amillərindən" biri kimi baxmağa səbəb olur [4, 5, 6]. Lakin erektil disfunksiyanın müxtəlif formalarından əziyyət çəkən xəstələrin diaqnostika və müalicə metodunun seçilməsində həkim strategiyası və taktikasının işlənib hazırlanması problemi hələlik həll olunmamışdır. Yardım üçün ailə həkiminə və ya uroloqa ilk dəfə müraciət etmiş erektil disfunksiyalı xəstələrə diaqnostik tədbirlərin aparılmasının və adekvat müalicənin təyin edilməsinin dəqiq alqoritmləri praktiki olaraq mövcud deyil. Yuxarıda sadalanan bütün vəziyyətlər tədqiqatın aktuallığını müəyyən edir.

Erektil disfunksiyanın yüksək dərəcədə yayılması və xəstəliyin səbəblərinin diaqnostikasının mürəkkəbliyi öyrənilən diaqnostika metodunun- dinamik kavernozoqrafiyanın elmi və praktiki əhəmiyyətini əsaslandırır. Dinamik kavernozoqrafiya metodu cinsiyyət üzvünün mağaralı yatağından axın patologiyasını və mağaralı cismin gərilmə patologiyasını diaqnostika etməyə imkan verir.

Tədqiqatın məqsədi cinsiyyət üzvünün mağaralı yatağının erektil disfunksiyaya gətirib çıxaran xəstəliklərinin diaqnostikasının keyfiyyətinin yaxşılaşdırılması olmuşdur.

Tədqiqatın мaterial və metodları. İş «Avrasiya" klinikasına erektil disfunksiya diaqnozu ilə və ürək-damar patologiyası ilə müraciət etmiş 38-55 yaşlı 62 pasiyent arasında aparılmışdır. Bu pasiyentlər tədqiqatın əsas qrupunu təşkil etmişlər. Tədqiqat zamanı müşahidə vahidi kimi təxminən venoz mənşəli erektil disfunksiya halları götürülmüşdür. Erektil disfunksiyalı pasiyentlər iki klinki qrupa bölünmüşdür: 1-ci qrupu dinamik kavernozoqrafiya metodu ilə müayinə olunmuş kişilər (n=31), 2-ci qrupu isə USM metodu vasitəsilə müayinə olunmuş kişilər (n=31) təşkil etmişlər.

Pasiyentlərin əsas müayinə metodları dinamik kavernozoqrafiya və cinsiyyət üzvünün mağaralı yatağının vəziyyətinin USM diaqnostikası, sildenafil sitratla ("Viaqra") 50 mq peroral yüklənmə ilə cinsiyyət üzvünün mağaralı yataq damarlarının dopler-indikasiyası olmuşdur.

Nəticələr və onların müzakirəsi. Seksual aktivliyin, cinsi aktların sayının və keyfiyyətinin qiymətləndirilməsi məqsədilə tərəfimizdən tərtib olunmuş kişilərdə seksual aktivliyin qiymətləndirilməsi anketləri vasitəsilə 62 pasiyentdən ibarət hər iki qrupun sorğusu aparılmışdır. Anket suallarına verilmiş cavabların analizi göstərmişdir ki, əksər pasiyentlər ereksiyaya çatmaq və onun davam etdirilməsində öz əminliyini çox zəif və zəif kimi, müvafiq olaraq 50,6% və 38,2%, qiymətləndirmişlər. Koitus üçün ereksiyanın kifayət etməsinə görə pasiyentlər aşağıdakı şəkildə qruplaşdırılmışlar: demək olar ki, heç vaxt və ya heç vaxt (26,4%), az hallarda (hadisələrin yarısına nisbətən daha gec-gec), bəzən (təxminən hadisələrin yarısında) (12,8%), tez-tez (hadisələrin yarısına nisbətən daha tez-tez) (10,8%); pasiyentlərin 16,9%-i ümumiyyətlə seksual həyatdan imtina etmişlər.

Cinsi akt zamanı ereksiyanın davam etməsi imkanı aşağıdakı qaydada qeyd edilmişdir: tez-tez (hadisələrin yarısına nisbətən daha tez-tez) (42,8%), demək olar ki, heç vaxt və ya heç vaxt (23,9%), az hallarda (hadisələrin yarısına nisbətən daha gec-gec (19,5%), bəzən (təxminən hadisələrin yarısında) (14,1%). Bütün xəstələr cinsi akt zamanı ereksiyanın davam etməsində çətinliyin olmasını qeyd etmişlər, onlardan: 46,0% ereksiyanın davam etməsinin mümkünlüyünü "həddən artıq çətin", 28,8% - " çox çətin", 20,6% - "çətin", 4,6% - "bir qədər çətin" kimi qiymətləndirmişlər. Cinsi akt başa çatdığı zaman nəticə ilə razı qalanlar: tez-tez (hadisələrin yarısına nisbətən daha tez-tez) (pasiyentlərin 9,6%-i), bəzən (təxminən hadisələrin yarısında) (11,2%), az hallarda (hadisələrin yarısına nisbətən daha gec-gec), demək olar ki, heç vaxt və ya heç vaxt (64,2%).

Beləliklə, rəyi soruşulanların cavablarının analizi onların seksual həyatını qiymətləndirməyə, erektil disfunksiyalı insanlarda seksual həyatın əsas problemlərini əyani şəkildə qiymətləndirməyə imkan vermişdir. Alınmış məlumatlar cinsiyyət üzvünün mağaralı yatağının erektil disfunksiyaya gətirib çıxaran əsas probleminin patoloji venoz axın olması nəticəsinə gəlməyə imkan vermişdir. Mağaralı cismin sklerozlaşması və cinsiyyət üzvünün başı ilə mağaralı cisim arasında patoloji şuntlar da az yayılmamışdır. 1-ci cədvəldə erektil disfunksiyalı pasiyentləri müayinə metodlarına görə qruplaşdırmışıq. Xəstəliklərin davam etmə müddətlərinə dair məlumatlar 2-ci cədvəldə verilmişdir.

Cədvəl 1

Müayinə metodlarından asılı olaraq pasiyentlərin qruplaşdırılması

Metod	Pasiyentlərin sayı	
	Mütləq	%
Kavernozqrafiya	31	50,0±6,4
USM	31	50,0±6,4
Cəmi	62	100,0

Cədvəl 2

Erektil disfunksiyanın davametmə müddəti

Erektil disfunksiyanın davam etmə müddəti	Müşahidələrin sayı	
	Mütləq	%
1 ildən az	8	12,9±4,3
1-3 il	28	45,2±6,3
4-5 il	19	30,6±5,9
6-10 il və daha çox	7	11,3±4,1
Yekun	62	100,0

Cədvəldə verilmiş məlumatlara əsasən erektil disfunksiyalı əksər kişiləri erektil disfunksiyanın təzahürlərinin 1-3 il (45,2±6,3%) və 4-5 il (30,6±5,9%) davam etdiyi pasiyentlər təşkil etmişdir. Rəqəmsal daşıyıcılardan surətinin çıxarılması rejimində angioqrafik şəkillərin və kavernozoqrafiya vidioçəkilişlərinin analizinin məlumatları əsasında kavernozqramlar təsnif olunmuş axının seqmentlərinə əsasən bölünmüşlər (cədvəl 3).

Cədvəl 3

Erektil disfunksiya zamanı cinsiyyət üzvünün mağaralı yatağından qanın patoloji venoz axınının kollektorları

Patoloji venoz toplanma kollektorları	Müşahidələrin sayı	
	Mütləq	%
Kiçik çanağın qalça venaları	14	45,1±8,9
Epiqastral venalar	9	29,0±8,1
Axının qarışıq variantı: qalça + epiqastral	5	16,2±6,6
Mağaralı cismin tam fibrozu	3	9,7±5,2
Yekun	31	100,0

3-cü cədvəldən göründüyü kimi, mağaralı yatağın ən tez-tez rast gəlinən patologiyası – kiçik çanağın qalça venalarına patoloji venoz toplanma (45,1±8,9%), ikinci yerdə- epiqastral venalara patoloji venoz toplanmadır (29,0±8,1%). Ereksiya problemi olmayan erektil deforormasiyalı iki pasiyentdə kavernozoqrafiya yerinə yetirilmişdir. Kavernozoqrafiyanın şəkil və yazılarında mağaralı yatağın patalogiyası, o cümlədən patoloji venoz axın əlamətləri müşahidə edilməmişdir. 31 pasiyentin US-müayinəsinin məlumatlarına əsasən venoz mənşəli erektil disfunksiya diaqnozu 14, arterial mənşəli erektil disfunksiya 8, qarışıq (arterial və venoz) mənşəli erektil disfunksiya isə 5 pasiyentdə müəyyən edilmişdir. 14 pasiyentdə damar patologiyası aşkar edilməmişdir. Beləliklə, yalnız 4 pasiyentdə venoz mənşəli erektil disfunksiya diaqnozu dəqiq qoyulmuşdur. 5 nəfərdə qarışıq mənşəli erektil disfunksiyaya şübhə olmuşdur. Venoz mənşəli erektil disfunksiyası olan 62 pasiyentdən ibarət qrupun USM və dinamik kavernozoqrafiya metodları vasitəsilə müayinəsinin nəticələri 4-cü cədvəldə verilmişdir.

Cədvəl 4

Mağaralı yatağın USM-i ilə yanaşı dinamik kavernozoqrafiya metodu vasitəsilə pasiyentlərin müayinəsinin nəticələri

Metod	Venoz axın	Cinsiyyət üzvünün başı və mağaralı cisim arasında patoloji şuntlar	Cinsiyyət üzvünün mağaralı cisminin sklerozlaşması	Peyroni xəstəliyi	Cinsiyyət üzvünün mağaralı yatağının patoloji quruluşu
Kavernozoqrafiya (n=31)	23	11	9	4	7
USM (n=31)	5	Etibarlı diaqnostika olunmur	Etibarlı diaqnostika olunmur	2	Etibarlı diaqnostika olunmur

4-cü cədvəl hər iki müayinə metodundan istifadənin mümkünlüyünü və onların effektivliyini nümayiş etdirir. Alınmış məlumatları müqayisə edərək USM metodu ilə cinsiyyət üzvünün mağaralı yatağından patoloji venoz axının diaqnostikasının effektivliyinin dinamik kavernozoqrafiya metodunun effektivliyindən xeyli dərəcədə zəif olması haqqında nəticə çıxarmaq olar. Bundan başqa, dinamik kavernozoqrafiya nəinki təkcə patoloji axının olmasını diaqnostika etməyə, həmçinin patoloji komunikant venaların, onların səviyyələrini və yığılma yatağını müəyyən etməyə imkan verir. Kişilərdə erektil disfunksiya problemi hal-hazırda həm tibbi, həm də sosial nöqteyi-nəzərdən aktual problemlərdən biri hesab olunur. Dünyanın inkişaf etmiş praktiki olaraq bütün ölkələrində əhalinin qocalması müşahidə olunur. Əhalinin artmasına mane olan problemlərin həll edilməsi aparıcı yer tutmalıdır. Erektil disfunksiyanın diaqnostika və müalicə məsələlərində kişi əhalisinə zəif dərəcədə inkişaf etmiş ambulator-poliklinik və stasionar yardım öz həllini tələb edən ciddi problemə çevrilmişdir. Erektil disfunksiyanın işlənib hazırlamış və tətbiq edilmiş metodları mövcud deyil. Xəstələrin müayinə alqoritmi və onların müayinəsinin ümumqəbul olunmuş tibbi standartları mövcud deyil. Bu iş mağaralı yatağın müxtəlif xəstəlik və patologiyalarının diaqnostikasında dinamik kavernozoqrafiya metodunun effektivliyini, onun universallığını sübut etməyə imkan verən kliniki tədqiqatdır.

Nəticələr:

1.Dinamik kavernozqrafiya zamanı alınmış məlumatlar erektil disfunksiyanın etiologiyasının dəqiq təsnifatını verməyə və onun müalicə metodlarını təklif etməyə imkan verir.

2.Cinsiyyət üzvünün mağaralı yatağının erektil disfunksiyaya gətirib çıxaran əsas patologiyaları patoloji venoz axın (74,2±7,8% hallarda), cinsiyyət üzvünün baş hissəsi ilə mağaralı cisim arasında patoloji şuntlar (35,6±8,6%), cinsiyyət üzvünün mağaralı cisminin sklerozlaşmasıdır (29,0±8,1%).

3.Kişilərdə erektil disfunksiyanın diaqnostikasında istifadə edilən dinamik kavernozqrafiya metodu USM metodu ilə müqayisədə daha effektlidir.

ƏDƏBİYYAT

1. Крупин В.Н., Власов В.В. Роль венозной гемодинамики в механизме эрекции полового члена // Современные технологии в медицине, 2010, № 4, с.107-110
2. Хайбулина Э. Т., Калинченко С. Ю., Ермачек Е. А. Эректильная дисфункция. Роль дефицита половых гормонов у мужчин в патогенезе и лечении нарушений сексуальной функции // Consilium medicum, 2014. Т. 6, № 7, с.500-502
3. Хорошко Е.В., Рубин В.В. Восстановление эректильной функции у больных с метаболическим индромом на Железноводском курорте // Курортная медицина, 2012, №4, с.54-57
4. Esposito K., Ciotola M, Giugliano F, etc. Effects of intensive lifestyle changes on erectile dysfunction in men // J Sex Med., 2009, v.6(1),p.243-50
5. Giuliano F., Patrick D.L., Porst H., La Pera G. Premature ejaculation: results from a five-country European observational study // Eur Urol., 2011, v.53, No 5, p.1048-1057
6. Rosenberg M.T., Adams P.L., McBride T.A. Improvement in duration of erection following phosphodiesterase type 5 inhibitor therapy with vardenafil in men with erectile dysfunction: the ENDURANCE study // Int J Clin Pract., 2009, v.63, No 1, p.27-34

Резюме

Эффективность динамической кавернозографии в диагностике венозной эректильной дисфункции

Р.С.Рзаев

Данные проведенного анализа, указывают на то, что, динамическая кавернозография позволяет достоверно определять этиологию эректильной дисфункции и предлагает рациональные методы их терапии. В случаях эректильной дисфункции ведущими патологиями кавернозного бассейна полового члена как оказалось является патологическая венозная утечка (74,2±7,8% случаев), патологические шунты между головкой полового члена и кавернозными телами (35,6±8,6%), склерозирование кавернозных тел полового члена (29,0±8,1%). Использование динамической кавернозографии для диагностики эректильной дисфункции у мужчин является наиболее эффективным методом в сравнении с ультразвуковым исследованием.

Summary

Efficiency of dynamic cavannography in diagnostics of venous erectile dysfunction

R.S.Rzayev

The data of the performed analysis indicate that dynamic cavernosography allows to reliably determine the etiology of erectile dysfunction and suggests rational methods of their therapy. In cases of erectile dysfunction the leading pathologies of the cavernous basin of the penis turned out to be pathological venous leakage (74.2±7.8% of cases), pathological shunts between the glans penis and cavernous bodies (35.6±8.6%), sclerosing cavernous bodies of the penis (29.0±8.1%). The use of dynamic cavernography for the diagnosis of erectile dysfunction in men is the most effective method in comparison with ultrasound.

Daxil olub: 20.07 2018

ОСОБЕННОСТИ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

И.Д. Алиева

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Açar sözlər: şəkərli diabet, ölüm səbəbləri, nozoloji struktur
Ключевые слова: сахарный диабет, причины смерти, нозологическая структура
Key words: diabetes mellitus, death causes, nosological structure

Сахарный диабет широко распространен во многих странах и оказывает существенное влияние на качество жизни населения, риск смертности и инвалидности. Изучение роли сахарного диабета в формировании риска смертности [1-4] затруднено в связи с необходимостью дифференцировки двух терминов: смертность вследствие сахарного диабета и смертность больных сахарным диабетом, вследствие любой причины. Определение причин смерти также сложное, требуется установление непосредственных и первоначальных причин [5-6]. Всемирная организация здравоохранения дала следующее определение причины смерти: «все те болезни, патологические состояния или травмы, которые привели к смерти или способствовали ее наступлению, а также обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали любые такие травмы» [6]. Все эти сведения необходимы для регистрации при составлении официального документа «медицинское свидетельство о смерти» (форма № 106). Сахарный диабет часто вызывает осложнения, которые являются самостоятельными диагнозами (диабетические полиневропатии, диабетическая периферическая ангиопатия, гломерулярные поражения при диабете). Следовательно, качественное оформление врачебного свидетельства о смерти является важным условием для определения роли и места сахарного диабета среди причин смертности населения. [1] отмечает, что в Шанхае больные сахарным диабетом умирают в 28,7% случаях вследствие диабета, 29,9% случаях от кардиоваскулярных болезней, 23,1% случаях от новообразований, 6,7% случаях от респираторных болезней и 4,2% случаях вследствие травм. У больных, которые умерли вследствие сахарного диабета (основная причина), непосредственной причиной смерти в 20,3% случаях являются патологии почек, 6,8% случаях – патологии периферических сосудов, 21,9% случаях- другие осложнения диабета, 8,3% случаях сочетанные осложнения.

В отличие от [1] Дедов И.И. и соавторы [2] не дифференцируя основные и непосредственные причины смерти, указывает, что в России больные сахарным диабетом умирают в основном от хронической сердечно-сосудистой недостаточности (32,45%), нарушение мозгового кровообращения (13,02%), новообразования (7,47%), инфаркта миокарда (5,26%), 1,69% от хронической почечной недостаточности. Другие причины (автор не дифференцирует) в 37,31% явились причинами смерти. Очевидно, что в зависимости от методического подхода к изучению причин смерти изменяются оценочные критерии для определения роли и места сахарного диабета среди причин смертности населения.

Цель исследования. Оценить особенности нозологической структуры причин смерти больных сахарным диабетом в городе Баку.

Материалы и методы исследования. Первоначально путем анализа официальной статистической информации определялась динамика уровня смертности различных групп (женское и мужское, городское и сельское, трудоспособное городское и сельское население) населения за 1995-2015 годы. Во втором этаже в соответствие с данными Государственного регистра была собрана информация о случаях смерти больных сахарным диабетом типа 1 (СД1) и 2 (СД2) в объеме соответственно 124 и 2480 медицинских свидетельств о смерти (форма 106). Кодировка первоначальных (основных) причин смерти проводилась в соответствии с МКБ-10. Статистическая обработка материалов проводилась методами анализа качественных признаков с определением стандартной ошибки 95% доверительного интервала [7].

Полученные результаты. Показатели смертности отдельных групп населения Азербайджанской Республики вследствие болезней эндокринной системы по материалам Госкомстата приведены в таблице 1. Уровень смертности вследствие болезней эндокринной системы максимальный в 2005 году (16,4 на 100 тыс. населения), в остальных периодах показатели колеблются в узком интервале (12,-13,6 на 100 тыс. населения). Сравнение уровня смертности вследствие эндокринной системы для отдельных групп населения дает возможность выделить определенные тренды:

– За 1995-2015 годы уровень смертности выше в женской популяции, причем относительный риск (соотношение показателей в женской и мужской популяции) не стабилен и колеблется в интервале от 1,21 до 1,61;

– Уровень смертности городского населения больше, чем сельского населения, относительный риск (соотношение уровней смертности) колеблется в интервале 1,10-1,36;

– Популяционный уровень смертности более чем в 2 раза больше уровня смертности в трудоспособном возрасте, который отличается относительной стабильностью за 1995-2015 годы;

– В отличие от мужской и женской популяции популяция мужчин и женщин трудоспособного возраста имеет особенность по риску смертности вследствие болезней эндокринной системы (на популяционном уровне риск выше среди женщин, а в трудоспособном возрасте риск больше среди мужчин);

– Уровень смертности сельского населения трудоспособного возраста в динамике за 1995-2015 годы практически стабильный, а уровень смертности городского населения трудоспособного возраста отличается волатильностью (4,3 – 8,3‰).

Таблица 1

Смертность отдельных групп населения вследствие болезней эндокринной системы по материалам Госкомстата (на 100 тыс.)

Годы / Группы населения	1995	2000	2005	2010	2015
Все	12,0	13,6	16,4	12,3	13,3
Мужское население	10,8	11,0	13,6	9,4	10,2
Женское население	13,1	16,1	19,0	15,1	16,3
Городское население	13,7	14,8	18,2	12,8	13,4
Сельское население	10,1	12,4	14,4	11,6	13,1
Все трудоспособное население	5,4	5,6	6,8	4,8	5,2
Мужское трудоспособное население	7,3	5,9	7,8	5,2	7,1
Женское трудоспособное население	3,5	5,3	5,9	4,3	3,4
Городское трудоспособное население	6,3	6,3	8,3	4,3	5,1
Сельское трудоспособное население	4,4	4,8	5,1	4,8	5,4

Распределение умерших больных сахарным диабетом по основным причинам (первоначальным причинам) приведено в таблице 2. Из этих данных очевидно, что как в группе больных СД1, так и в группе больных СД2 преобладающее большинство умирает вследствие сахарного диабета (44,4± 4,5% в группе больных СД1, 48,9±1,0% в группе больных СД2). Доля болезней системы кровообращения среди основных причин смертности больных СД1 и СД2 составляла соответственно 29,0±4,1 и 33,0±0,9% (P>0,05). Новообразования в обоих группах больных занимают третье место (после сахарного диабета и болезней системы кровообращения) среди основных причин смерти, но их доля в группе больных СД1 (11,3±2,8%) статистически значимо больше, чем в группе больных СД2 (6,9±0,5%). Доля остальных причин смерти (инфекционные болезни, болезни нервной системы, органов дыхания, пищеварения, мочеполовой системы и травмы) не высокая (≤ 6,5%) и в группах больных СД1 и СД2 друг от друга существенно не отличается (P > 0,05).

Среди умерших больных доля женщин (52,6%) 1,1 раза больше долии мужчин (47,4%). Ранги болезней по отдельным классам среды причин смертности мужчин и женщин (последовательно: сахарный диабет, болезни системы кровообращения, кровообразования, болезни органов дыхания, инфекционные болезни, болезни органов пищеварения и прочие) одинаковые и структура причин смертности друг от друга существенно не отличается.

Обсуждение полученных результатов. Сравнение наших данных с данными [1] показывает, что в Баку по сравнению с Шанхаем структура причин смертности больных сахарным диабетом отличается в первую очередь из-за разного уровня долии сахарного диабета среди основных причин смерти (48,6% по нашим данным, 28,7% по данным [1]). Различие имеет место по удельному весу новообразований (соответственно 6,3-7,9% по нашим данным, 23,1% по данным [1]).

Доля болезней системы кровообращения среди причин смерти больных СД по нашим данным (31,8 – 33,6%) близка к таковой по данным [1] (29,9%). Сходство между сравниваемыми материалами больше выражено по рангу нозологических форм среди причин смертности больных СД

(последовательно: сахарный диабет, болезни системы кровообращения, новообразования, болезни органов дыхания).

Таблица 2

Причины смерти больных сахарным диабетом (n/ %)

Причины	СД1 N=124	СД2 N=2480	Мужчины с СД N=1235	Женщины с СД N=1369
Инфекционные болезни	5 / 4,0±1,8	52 / 2,1±0,3	29 / 2,4±0,4	28 / 2,1±0,4
Новообразование	14 / 11,3±2,8	172 / 6,9±0,5	78 / 6,3±0,7	108 / 7,9±0,7
Болезни нервной системы	1 / 0,8±0,8	25 / 1,0±0,2	12 / 1,0±0,3	14 / 1,0±0,3
Болезни системы кровообращения в том числе,	36 / 29,0±4,1	817 / 33,9±0,9	393 / 31,8±1,3	460 / 33,6±1,3
артериальная гипертензия	-	30 / 1,2±0,2	12/ 1,0±0,3	18/ 1,3±0,31
ишемическая болезнь сердца	15 / 12,1±2,9	265 / 10,7±0,6	138/ 11,1±0,9	42/ 10,4±0,8
цереброваскулярные болезни	20/ 16,1±3,3	495/ 20,0±0,8	230/ 18,6±1,1	285/ 20,8±1,1
прочие	1 / 0,8±0,8	27/ 1,1±0,2	13/ 1,1±0,3	15/ 1,1±0,3
Болезни органов дыхания	8/ 6,5±2,2	120/ 4,8±0,4	70/ 5,7±0,7	58/ 4,2±0,5
Болезни органов пищеварения	2/ 1,6±1,1	48/ 1,9±0,3	27/ 2,2±0,4	23/ 1,7±0,4
Болезни мочеполовой системы	1/ 0,8±0,8	12/ 0,5±0,1	6/ 0,5±0,2	7/ 0,5±0,2
Травмы	2/ 1,6±1,1	22/ 0,9±0,2	18/ 1,5±0,3	6/ 0,4±0,2
Сахарный диабет как основная причина	55/ 44,4±4,5	1212/ 48,9±1,0	602/ 48,7±1,4	665/ 48,6±1,4

Таким образом, доля основных причин смерти больных сахарным диабетом в городе Баку имеет отличительную особенность, которая проявляется сравнительно высоким удельным весом сахарного диабета, как основной причины, низким удельным весом новообразования.

Выводы:

1. Смертность вследствие болезней эндокринной системы за 1995 – 2015 годы существенно выше среди женского населения (по сравнению с мужским населением), мужского населения трудоспособного возраста (по сравнению с женщинами трудоспособного возраста).
2. Структура основных причин смерти больных мужчин и женщин сахарным диабетом сходная, на первом месте находится сахарный диабет (48,7±1,4 и 48,6±1,4%), на последующих местах последовательно – болезни системы кровообращения (31,8±1,3 и 33,6±1,3%), новообразования (6,3±0,7 и 7,9±0,7%), болезни органов дыхания (5,7±0,7 и 4,2±0,5%), инфекционные болезни (2,4±0,4 и 2,1±0,4%), болезни органов пищеварения (2,2±0,4 и 1,7±0,4%).
3. Структура основных причин смертности больных сахарным диабетом типа 1 и 2 друг от друга существенно не отличается.

ЛИТЕРАТУРА

1. Zhu M., Li J., Li Z. et al. Mortality rates and the causes of death related to diabetes mellitus in Shanghai Songjiang District: an 11-year retrospective analysis of death certificates // BMC. Endocrine Disorders, 2015, v.15, p.45
2. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К. Государственный регистр сахарного диабета в Российской Федерации: статус 2014 г. и перспективы развития // Сахарный диабет, 2015, № 3, с.5-23
3. Асфандиярова Н.С. Смертность при сахарном диабете 2 типа // Сахарный диабет, 2015, №4, с. 12-21
4. Roglic G., Unwin N. Mortality attributable to diabetes: estimates for the year 2010 // Diabetes Res. Clin. Pract. 2010, v.87 (1), p.15-9
5. Пальцев М.А., Автандилов Г.Г., Кактурский Л.В. Правила формулировки диагноза. М., 2005, 123 с.
6. Мустафин Т.И., Куклин Д.С., Шарифгамев И.А. и др. Принципы оформления и структура диагноза. Медицинское свидетельство о смерти. Уфа. Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2013, 83 с.
7. Стентон Г. Медико-биологическая статистика. М.: Изд. Практика, 1999, 459 с.

Xülasə

Şəkərli diabetli xəstələrin ölüm səbəblərinin nozoloji strukturunun xüsusiyyətləri

İ.C.Əliyeva

Tədqiqatın məqsədi şəkərli diabetli xəstələrin ölüm səbəblərinin nozoloji strukturunun xüsusiyyətlərinin qiymətləndirilməsindən ibarətdir. Tədqiqatda endokrin sistemi xəstəlikləri ilə bağlı ölüm səviyyəsi barədə 1995-2015-ci illərdə rəsmi statistika materialları və Bakı şəhəri üzrə şəkərli diabetli xəstələrin ölüm səbəbləri barədə tibbi şəhadətnamələr istifadə olunmuşdur. Azərbaycanda 1995-2015-ci illərdə qadın populyasiyasında endokrin sistemi xəstəlikləri ilə bağlı ölüm ehtimalı kişi populyasiyası ilə müqayisədə 1,21-1,61 dəfə çox olmuşdur. Əmək qabiliyyətli yaşlarda kişi əhalisinin ölüm riski qadın əhalisi ilə müqayisədə çoxdur. Şəkərli diabetli kişi və qadın xəstələrin ölüm riskinin səbəblərinin xüsusi çəkiləri bir-birindən fərqlənmir. Alınmış diabetli qadın və kişi xəstələrin ölüm səbəblərinin strukturu oxşardır və əsas yerləri müvafiq olaraq şəkərli diabet, qan dövranı sistemi xəstəlikləri, yenitörəmələr, tənəffüs orqanları xəstəlikləri, infeksiyon xəstəliklər və həzm orqanları xəstəlikləri tutur.

Summary

Features of nosological structure of death causes among patients with diabetes

I.J.Aliyeva

The purpose of the study: Assessment of features of nosological structure of death causes among patients with diabetes. Materials of official statistics for 1995-2015 years about mortality rate caused by endocrine system diseases and medical registers about death incidences among patients with diabetes mellitus in Baku city have been used for the study. During 1995-2015 years death cases among women caused by endocrine system diseases were 1,21-1,61 times more in comparison with men in Azerbaijan. But death cases among men in working age is more than among women in the same ages. Mortality risk rate of men and women with diabetes mellitus is similar. Structure of causes of death among men and women with diabetes is similar and main reasons are diabetes, blood circulatory system diseases, neoplasm, respiratory diseases, infectious diseases and digestive organs diseases.

Daxil olub: 05.07 2018

METEOHƏSSASLIĞA MALİK PASİYENTLƏRDƏ DEPRESSİYANIN MÜXTƏLİF AĞIRLIQ DƏRƏCƏLƏRİ

C.Ə. Behbudova, T.Ə.Əhmədova

Elmi-Tədqiqat Kardiologiya İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: meteohəssaslıq, profilaktika, depressiya, ürək-damar xəstəlikləri

Ключевые слова: метеочувствительность, профилактика, депрессия, сердечно-сосудистые заболевания.

Keywords: meteosensitivity, prevention, depression, cardiovascular diseases

Son illərdə tədqiqatçıların diqqəti kardioloji xəstələrdə depressiya və həyəcan probleminə yönəlmişdir. Psixososial amillər ürək-damar xəstəliklərindən (ÜDX) xəstələnmə və ölüm göstəricisinin kəskin artmasının əsas səbəblərindən biri olaraq dəyərləndirilməyə başlamışdır. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) 2020-ci ilə olan məlumatlarına əsasən, depressiv pozğunluqlar ürək-damar sistemi xəstəliklərindən sonra əmək qabiliyyətinin itirilmə səbəbləri arasında ikinci yeri tutacaq [1,2,3,4,5].

Atmosfer təzyiqinin xüsusən də kəskin şəkildə dəyişilməsi qan dövranı sisteminə, damar tonusuna, arterial təzyiqə öz mənfi təsirini göstərir. Eyni zamanda, havanın yüksək rütubətliliyi də sağlamlığa mənfi təsir edir. "Maqnit qasırğaları" adlandırılan dövrlərdə hətta tamamilə sağlam şəxslərdə belə əhvalın pisləşməsi meydana çıxa bilər, hansı ki, özünü diqqət dağınıqlığı, yaddaş zəifləməsi və əsəb pozğunluqları şəklində büruzə verir [6,7,8,9].

Qeyd edilmişdir ki, böyük şəhərlərdə meteohəssaslıqdan əziyyət çəkən insanlar kəndlərə nisbətən üstünlük təşkil edir. Bunu şəhər şəraitində gündüz vaxtlarının az davamiyyətə malik olması və təbii su mübadiləsinin pozulması ilə izah edirlər.

Müxtəlif xəstəliklər, stress, yorğunluq nəticəsində oqranizmin zəifləməsi zamanı isə insanda patoloji meteopatik reaksiyalar qeydə alınır ki, bunlar əsas xəstəliyin gedişini çox vaxt ağırlaşdırır, müalicənin effektivliyini azaldır, pasientin həyat keyfiyyətini aşağı salır.

Yuxarıda deyilənləri nəzərə alaraq, meteopatologiyanın formalaşma mexanizmlərinin öyrənilməsi, FM əlamətlərinin xəstələrin psixoloji vəziyyətindən təxmin edilən asılılığının tədqiq edilməsi və onun effektiv profilaktika metodlarının işlənib hazırlanması müasir tibbin, xüsusən də kardiologiyanın aktual məsələlərindən biridir.

Tədqiqatın məqsədi MH şikayətləri olan pasientlərdə meteopatik reaksiyalar ilə psixoloji vəziyyəti arasında qarşılıqlı əlaqənin qiymətləndirilməsi.

Tədqiqatın material və metodlar. Tədqiqat Bakı şəhərində təşkil edilmiş populyasiyada əmək qabiliyyətli əhalinin profilaktik müayinəsi çərçivəsində həyata keçirilmişdir.

Hazırki tədqiqatda Azərbaycan Respublikası Milli Elmlər Akademiyasının ETİ-dan birinin əməkdaşlarının müayinələrinin nəticələri təqdim edilmişdir. Müayinə edilmiş pasientlərin orta yaşı - 48,2±1,4 yaş; qadınlarda - 42,98±1,5 yaş. MH amilinin mövcud olmasını ÜDX-nin əsas risk amillərinin aşkar edilməsi üçün standart anketə əsasən pasientlərin sorğu nəticələrinin əsasında müəyyən etmişlər, belə ki, anketin tərkibinə meteopatik reaksiyalara dair xüsusi suallar bloku daxildir.

MH amili olan pasientlər arasından hazırki tədqiqatda iştiraka könüllü razılıq verən 33 şəxslər seçilmişdir, hansı ki, müşahidə qrupunu da onlar təşkil etmişlər.

Depressiv pozğunluqların aşkar edilməsi üçün müşahidə qrupu pasientlərində CES-D (Center of Epidemiological studies of USA–Depression) sorğu toplusuna əsasən (sorğu toplusunun rus versiyası istifadə edilmişdir(3)) test aparılmışdır.

Tədqiqatın qarşısında duran vəzifələrə müvafiq olaraq müayinə edilənlərin müstəqil doldurması üçün "özünümüşahidə kartı" hazırlanmışdır, hansı ki, buraya pasientin anket məlumatları, əhvalın pisləşməsi zamanı mümkün ola biləcək şikayətlərn sıralanması, obyektiv müayinələrin nəticələrini (arterial təzyiqin səviyyəsi, mil arteriyasında nəbzin tezliyi, hiperemiya, ödemlər və s.) qeyd etmək üçün qrafalar, eləcə də, onun doldurulması üçün qaydalar daxil edilmişdir. Gündəlik olaraq müşahidə dövrü ərzində hava şəraitinin əsas parametləri (atmosfer təzyiqi, rütubət, küləyin istiqaməti və sürəti, havanın hərarəti, eyni zamanda, sağlamlıq üçün əhəmiyyətli heliomaqnit dəyişiklikləri olan tarixlər barədə məlumatlar) "hava şəraiti göstəricilərinin kartı"nda qeydə alınır. İnformasion material olaraq internetdə və digər kütləvi informasiya vasitələrində dərc olunmuş məlumatlardan istifadə edilmişdir. Alınmış nəticələrin statistik işlənməsi standart kompüter paketinə daxil olan statistik proqramlar vasitəsilə həyata keçirilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri. ÜDX-nin risk amillərinə görə sorğu əqli əməklə məşğul olan əməkdaşlar arasında aparılmış və müayinə edilənlərin 50,5%-də MH amilinin mövcudluğunu təyin etməyə imkan vermişdir. Belə ki, qadınlar arasında MH amilinin yayılma göstəricisi kişilərlə müqayisədə yüksək izlənilmişdir (müvafiq olaraq 58,6% və 40%, p>0,05).

Şəkil 1-də MH amili olan pasient qrupunda əsas ÜDX risk amillərinin rastgəlmə tezliyi təsvir edilmişdir. Təqdim olunmuş məlumatlardan göründüyü kimi, müşahidə qrupunda artıq bədən kütləsi (ABK), arterial hipertenziya (AH), və aşağı fiziki aktivliyi (AFA) olan kifayət qədər pasient müəyyən edilmişdir.

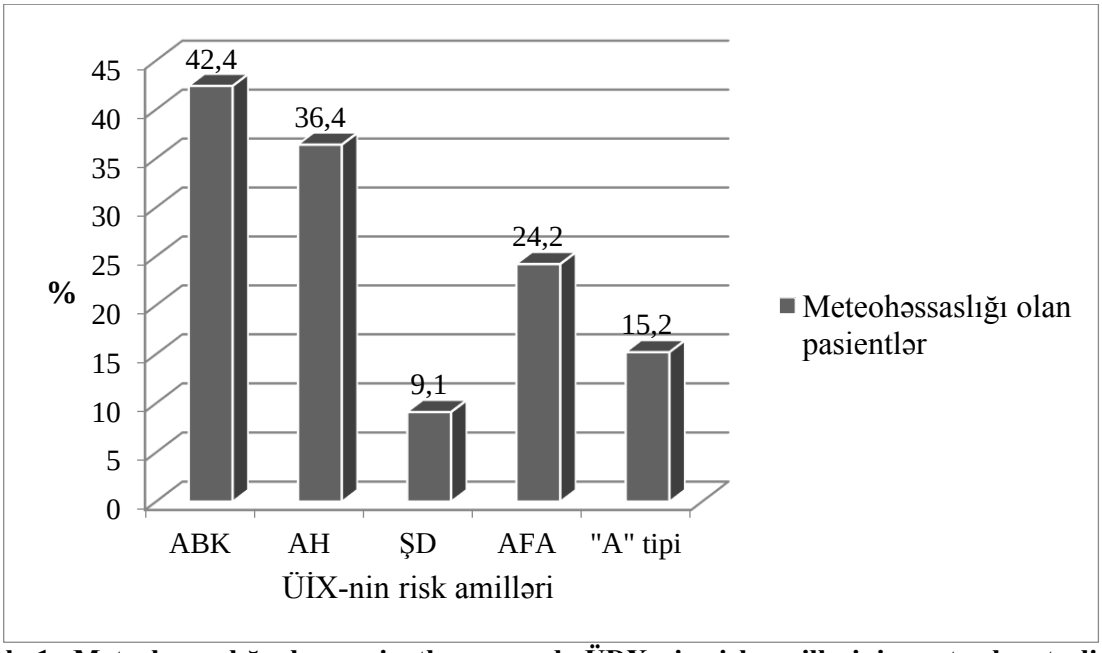
Müşahidə aparıldığı dövrdə özünümüşahidə kartlarının və hava şəraiti göstəriciləri kartlarının müqayisə olunması imkan verdi ki, müşahidə qrupuna daxil olan əksər pasientlərdə əhvalın pisləşməsi qeydə alınan hava şəraiti parametrləri təyin edilsin. Qeyd etmək lazımdır ki, pis əhval-ruhiyyəyə dair ən çox şikayət yağışlı havada izlənilmişdir. Yağıntılara qarşı reaksiya (yağış, tufan, leysan) müşahidə olunanların 69,7%-də qeydə alınmışdır. Alınmış nəticələrə əsasən, yüksək atmosfer təzyiqi və yüksəlmiş rütubətlə şimal və ya cənub küləyi müştərək rast gəlindiyi günlərdə əhvalın pisləşməsindən müşahidə qrupu pasientlərinin müvafiq olaraq 48,5% və 42,4%-i şikayət etmişlər.

"Maqnit qasırğaları" elan edilmiş günlərdə müşahidə qrupunda 54,5% pasient əhvalın pisləşməsi şikayətini bildirmişlər. Özünümüşahidə kartlarının məlumatlarına əsasən, MH amili ilə pasientlərin əsas şikayətləri və hava şəraitinin dəyişilməsinə cavab olaraq bildirilmə tezliyi tədqiq edilmişdir. Ən çox pasientlər baş ağrısından (78,8%) və oynaqlarda ağrıdan (72,7%), əzginlikdən (66,7%), başgicəllənmədən (54,5%) və yuxululuqdan (51,5%) şikayət etmişlər. Qeyd etmək lazımdır ki, MH olan pasientlərdə tez-tez ürək nahiyəsində ağrı hissiyatından və təngnəfəslikdən (42,4%), eləcə də, taxikardiyadan (33,3%) və ürək nahiyəsində döyüntü pozğunluğu hissiyyatından (24,2%) şikayətlər qeydə alınmışdır.

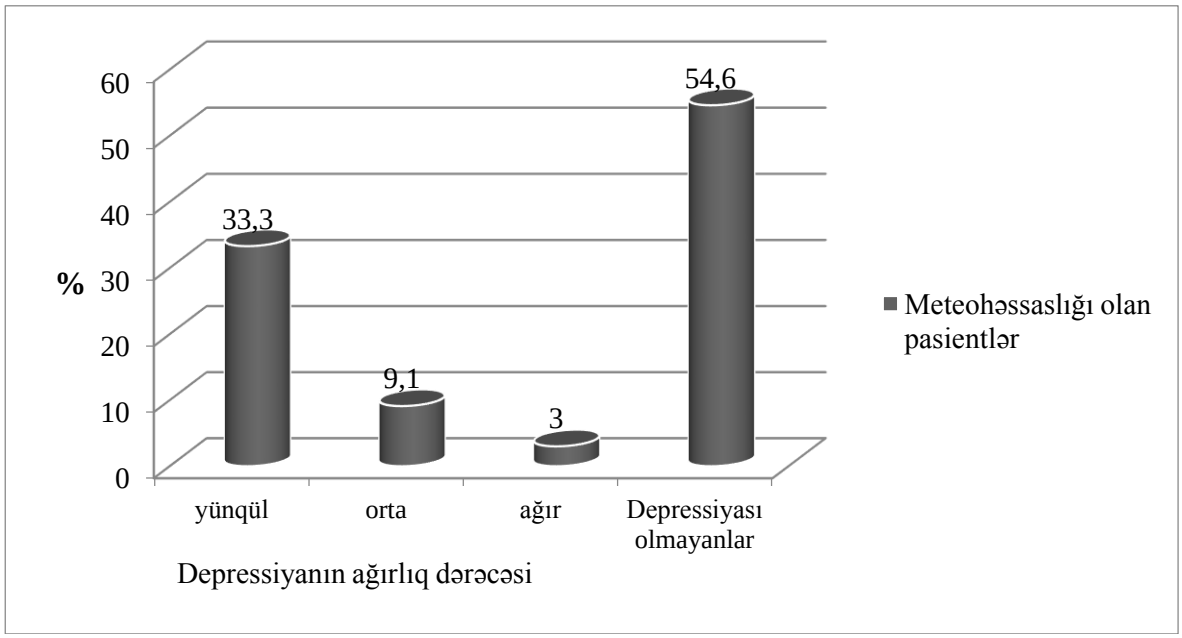
Demək olar ki, MH olan hər üçüncü müayinə olunmuş pasient əhvalın pisləşməsi və ağlamaq hissiyyatından şikayətlərini bildirmişlər (30,3%).

CES-D sorğu anketinə əsasən müayinə edilənlərin test edilməsi (şəkil.2) 33,3% şəxsdə yüngül dərəcəli depressiya əlamətlərini, 9,1% şəxsdə orta dərəcəli depressiyanı və 3% pasientdə ağır dərəcəli depressiya əlamətlərini təyin etməyə imkan vermişdir.

Özünümüşahidə kartlarının məlumatlarına əsasən, müşahidə edilən dövr ərzində pasientlərin pis əhval-ruhiyyənin olduğu gün kimi qeyd etdiyi günlərin sayı hesablanmışdır. Qeyd etmək lazımdır ki, müşahidə dövrü ərzində pasientlər tərəfindən özünümüşahidə kartlarında hava şəraitindən asılı olaraq pis əhval ruhiyyə ilə özünü göstərən ayda 2-dən 10-a kimi gün qeydə alınmışdır. Orta hesabla müşahidə dövrü ərzində hər müayinə edilən pasientə hava şəraitindən asılı olaraq pis əhval-ruhiyyə olan 5,1±0,5 gün düşmüşdür. Belə ki, depressiya izlənən şəxslərdə bu göstərici depressiya əlamətləri olmayan pasientlərdən dürüst dərəcədə üstün olmuşdur (müvafiq olaraq 6,3±0,7 və 4,2±0,6)($p<0,01$).



Şək. 1. Meteohəssaslığı olan pasientlər arasında ÜDX-nin risk amillərinin rast gəlmə tezliyi



Şək. 2. Meteohəssaslığı olan pasientlərdə depressiyanın müxtəlif ağırlıq dərəcəsinin üzə çıxarılması

Nəticələr:

1. Hazırki tədqiqatda yüngül və orta dərəcəli depressiya əlamətləri MH şikayətləri olan 45,5% şəxsdə aşkar edilmişdir.

2. Aşkar edilmiş depressiya olan şəxslərdə hava şəraiti ilə əlaqədar pis əhval müşahidə edilən günlərin orta sayı depressiya əlaməti olmayan şəxslərlə müqayisədə dürüst dərəcədə yüksək olmuşdur.

3. Özünümüşahidə kartlarının və hava şəraiti kartlarının məlumatlarının müqayisəsi MH şikayəti olan pasientlərdə orta aylıq pis əhval-ruhiyyə günlərinin tezliyini qiymətləndirmək, meteopatiyanın tez-tez qeyd edilən simptomlarını müəyyənləşdirmək, pasientlərin əhvalı üçün ən xoşagəlməz müştərək hava şəraiti parametrlərini dəyərləndirmək imkanı yaradır.

4. Alınmış nəticələr hava şəraiti parametrlərinin müəyyən dəyişikliklərinə kəskin reaksiyaların azalması üçün MH olan pasientlərin psixoloji vəziyyətinin korreksiyasının vacibliyinə dəlalət edir.

ƏDƏBİYYAT

1. Ольбинская Л.И. О проблеме депрессии в терапевтической практике. Что показала программа КОМПАС // Терапевт. архив, 2005, №10, с.85-89.

2. Фишман Б.Б., Кочанов И.Н., Хорошевская А.И. и др. Особенности распространенности психогенных факторов риска среди больных артериальной гипертензией различных степеней по критериям доказательной медицины // Рациональная фармакотерапия в кардиологии, 2014, №10(2), с.184-189.

3. Фомина Н.В., Алтарев С.С., Барабаш О.Л. Годовые биологические ритмы как дополнительный фактор риска смерти при ишемической болезни сердца // Патология кровообращения и кардиохирургия, 2007, №1, с.44-47

4. Januzzi J.L. Jr., Stern T.A., Pasternak R.C. et al. The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease // Arch. Intern. Med., 2000, v.160, p.1913-1921

5. Хитров Н.К., Салтыков АБ. Болезни цивилизации и нозологический принцип медицины с позиций общей патологии // Клин. мед., 2003, №1, с.5-11.

6. Гарганеева Н.П.,Тетенев Ф.Ф. Психосоматическая ориентация в общей врачебной практике // Клиническая медицина, 2001, №9, с.60-63.

7. Концевая А.В., Лукьянов М.М., Худяков М.Б. Сезонные и помесячные изменения смертности в регионах Российской Федерации с различными климато-географическими характеристиками // Российский кардиологический журнал, 2014, №11, с.25-30.

8. Januzzi J.L. Jr., Stern T.A., Pasternak R.C. et al. The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease // Arch. Intern. Med.,2000, v.160, p.1913-1921.

9. Jiang W., Krishnan R. R., O'Connor C.M. Depression and heart disease: evidence of a link, and its therapeutic implications // CNS Drugs, 2002, v.16, p.111-127

Резюме

Депрессия различной степени тяжести у пациентов с метеочувствительностью

Д.А. Бехбудова, Т.А.Ахмедова

Проведена оценка взаимосвязи метеопатических реакций с психологическим состоянием пациентов с жалобами на метеочувствительность. Группу наблюдения составили добровольцы из числа пациентов с фактором метеочувствительности. Признаки депрессии легкой и средней тяжести выявлены у 45,5% лиц с жалобами на метеочувствительность. Среднее количество дней плохого самочувствия в связи с погодными условиями у лиц с депрессией достоверно превышает таковое у лиц без депрессии. Полученные данные указывают на необходимость коррекции психологического состояния у пациентов с метеочувствительностью для повышения устойчивости к колебаниям параметров погодных условий.

Summary

Depression of varying severity in patients with meteosensitivity.

J.A. Behbudova, T.A.Ahmedova

The assessment of the relationship of meteopathic reactions with the psychological state of patients with complaints of meteosensitivity was evaluated. The observation group consisted of volunteers from the number of patients with meteosensitivity. Signs of mild and moderate depression were found in 45,5% of individuals with complaints of meteosensitivity. The average of days of feeling unwell due to weather conditions in people with depression significantly exceeded that in people without depression. The obtained data indicate the need for correction of the psychological state in patients with meteosensitivity to increase their resistance to fluctuations of weather conditions.

Daxil olub: 14.08 2018

AĞIRLAŞMALARLA MÜŞAYİƏT OLUNAN PULMONAR HİPERTENZİYALI XƏSTƏLƏRDƏ ÜRƏK RİTMİNİN DƏYİŞKƏNLİY İ PARAMETRLƏRİNİN DİAQNOSTİK ROLU

O.G.Musayev, K.K.Musayev, F.N.İbrahimov
Mərkəzi Klinik Xəstəxana, Bakı

Açar sözlər: pulmonar hipertenziya, ürək ritmi, diaqnostika, Exo KQ, Holter EKQ
Ключевые слова: пульмональная гипертензия, ритм сердца, Эхо КГ, Холтер ЭКГ
Key words: pulmonary hypertension, heart rhythm, echocg, Holter ECG

Pulmonar hipertenziya (PH), istirahət halında sağ ürək kateterizasiyası (SÜK) ilə dəyərləndirilən ortalama pulmonar arterial təzyiqin (PAT) ≥25 mm.Hg olması ilə xarakterizə olunan hemodinamik və fiziopatoloji vəziyyətdir [1,2]. PAT, ağciyər arteriyasında qan axını və pulmonar vaskulyar müqavimət vasitəsilə təyin olunur. (təzyiq=qan axını x müqavimət). Dəniz səviyyəsində sistolik PAT 15-25 mmHg, diastolik PAT 5-10 mm Hg və ortalama PAT 10-18 mm Hg, yüksək səviyyələrdə isə sistolik PAT 15-35, diastolik PAT 5-14, ortalama PAT ise 10-25 mm Hg-dir [3]. Cinsdən və etnik mənşədən asılı olmayan ortalama PAT (14±3 mm Hg), idmanla və yaşla əlaqədar artmaqdadır. Ortalama PAT, <30 yaş 12.8±3.1 mm. Hg, 30-50 yaş arası 12.9±3 mmHg, 50 yaşdan böyük şəxslərdə 14.7±4 mm. Hg olduğu müəyyən olunmuşdur [3].

Pulmonar hipertenziya, müxtəlif klinik patologiyalar nəticəsində yaranır ki, bu zaman yanaşı gedən patologiyalar xəstənin yaşama müddətinə və müalicəsinə öz təsirini göstərir. Pulmonar hipertenziya (PH) ölkəmizdə və dünyada hələ də ciddi sağlamlıq problemi olaraq qalmaqdadır. İdiopatik PAH, 20 il əvvəl müalicəsi olmayan və təbii axarına buraxılan, letallıqla müşayiət olunan xəstəlik idi. Müalicə edilmədiyi təqdirdə orta yaşam müddəti 2.8 il olduğu, xəstələrin funskional sinif dərəcəsi artdıqca yaşam müddətinin azaldığı haqda məlumatlar vardır. Müalicə edilməyən İPAH yaxud da irsi PAH xəstələrində orta yaşam müddətininin ÜST-FS IV-də 6 ay, ÜST-FS III-də 2.5 il, ÜST-FS I və II-də isə 6 il olduğu göstərilmişdir. Bundan başqa, 1 illik yaşam müddətinin 68%, 3 illik yaşam müddətinin 48%, 5 illik yaşam müddətinin isə 34% olduğu göstərilmişdir [6]. Müasir PAH-ın müalicəsi ilə İPAH xəstələrində 1 illik yaşam müddətinin 92.1%, 3 illik yaşam müddətinin 75.1%, BTX ilə əlaqədar PAH xəstələrində isə 1 illik yaşam müddətinin 85,4%, 3 illik yaşam müddətinin isə 53.6% olduğu göstərilmişdir [25]. PAH diaqnozu qoyulduğu zaman xəstələrin 75%-nin ÜST-FS III və IV olduğu göstərilmiş, mövcud xəstəlikdən xəbərdarlığın artırılması və effektiv araşdırma ilə yeni diaqnozun qoyulması zamanı ÜST-FS II olan xəstələrin sayı 24%-dən 44%-ə yüksəlmişdir [5]. Xəstəliyin etiopatogenezinin müəyyən dərəcədə aydınlaşdırılması, müalicə metodlarının inkişaf etdirilməsi, xüsusilə xəstəliyin erkən dövrlərdə (ÜST-FS I-II) aşkarlanması və bu dövrlərdə müalicəyə başlanılması ilə xəstələrin klinik vəziyyətlərinin yaxşılaşdığının və yaşam müddətlərinin artmasının göstərilməsi PH-nı sağalma ümidi olmayan xəstəliklər siyahısından çıxarmışdır [20,21,22,23, 24].

Son 10 ildə xəstəliyin erkən aşkar olunmasında və müalicəsində əldə edilən nailiyyətlərə baxmayaraq PH hələ də ölüm faizi yüksək olan bir xəstəlik olaraq qalmaqdadır. Klinik gedişatı əvvəlcədən görə bilmək və buna uyğun lazımi tədbirlər və müalicədə dəyişikliklər etmək hər bir xəstəlikdə olduğu kimi PAH-da da çox vacibdir [6,7,8,9,10]. PAH-da xəstəliyin əsas gedişini sağ mədəciyin vəziyyəti müəyyən edir. Sağ mədəcəik çatışmazlığı inkişaf etdikdən sonra xəstələrin ümumi vəziyyəti sürətlə pozulur və müasir müalicədə belə gözlənilən effekt alınmır. Aparılan araşdırmalarda ÜST-FS artması, BNP səviyyəsinin artması, 6 dəqiqəlik yerimə məsafəsinin azalması, exokardioqrafiya ilə aşkar olunan perikard efuziyası mövcudluğu, sağ qulaqcığın sahə indeksinin artması, eksentrik SolM indeksinin azalması, TAPSE-nin azalması neqativ proqnostik əlamətlər olaraq aşkar edilmişdir [11,12,13,14,15,16,17,18,19]. AKC-nin PH diaqnoz və müalicə protokolu bu parametrləri eyni zamanda müalicəyə olan cavabı qiymətləndirməkdə də kriteriya olaraq qəbul etmişdir. Aparılan bu tədqiqatdan məqsəd ÜRD parametrlərinin öyrənilməsi əsasında PH-lı xəstələrdə ağırlaşmaların vaxtında diaqnostika və profilaktikasıdır.

Tədqiqatın material və metodları. Müayinəyə 64 xəstə cəlb edilmişdir ki, buların 24 kişi, 40 qadın olmuşdur. Xəstələrin orta yaşı 38.67±15.97, kontrol qrupda isə 39.27±10.30 il təşkil etmişdir.Pulmonar Hipertenziyalı xəstələrdə ürək ritminin dəyişkənlik parametrlərini kontrol qrupu ilə müqayisədə klinik və proqnostik əhəmiyyəti təyin edilmişdir.

Tədqiqat üçün sağlam kontrol qrupu kardiologiya poliklinikasına rutin müayinə üçün müraciət edən şəxslər və sağlam xəstəxana işçiləri arasından seçildi. Anamnezində xroniki və kardiovaskulyar xəstəlikdən şikayəti olmayan, fiziki müayinədə normal göstəriciləri qeydə alınan, laboratoriya müayinələri (qaraciyər və böyrək funksional testləri, CRP, hemoqram, aclıq qlükozası, tiroid funksional testləri) norma sərhədində, EKQ-i sinus ritmində olan, ExoKQ-da normal PAT və normal exokardioqrafik göstəriciləri aşkar olunan və

sağlam olduğuna qərar verilən şəxslərə tədqiqat haqqında ətraflı məlumat verildi. Könüllü olmaq haqqında sənəd imzalandıqdan sonra tədqiqata daxil olunan 69 sağlam şəxsdə (45 qadın, 24 kişi) ÜRD parametrlərini dəyərləndirmək üçün 24 saatlıq Holter EKQ müayinəsi həyata keçirildi.

Rutin poliklinik müayinə üçün kardioloji klinikaya müraciət edən PAH xəstələrinə tədqiqatla bağlı ətraflı məlumat verildi və bundan sonra könüllülər vərəqəsini imzalayan xəstələr araşdırmaya daxil edildi.

Tədqiqata könüllülük vərəqəsini imzalayan 64 PH-lı (PAH ve XTEPH) xəstə (40 qadın, 24 kişi) cəlb olundu. İlk öncə xəstələrin boyu, çəkisi, demoqrafik məlumatları qeyd olundu. Daha sonra xəstəliklə əlaqəli ətraflı anamnez məlumatları toplandı. Şikayətləri (döş qəfəsində ağrı, təngnəfəslik, ürəkdöyünmə, hemoftiz) xəstəliyin müddəti, diaqnoz qoyulma müddəti, ÜST-FS dərəcəsi, aldıqları spesifik müalicə və saxlayıcı müalicəyə aid məlumatlar toplandı. Fizikal müayinənin nəticələri (ayaqlarda şişkinlik, assit, vidaci venalarda dolğunluq, sianoz, çubuq barmaqlar) qeydə alındı. Xəstəxananın məlumat qeydiyyat sistemindən xəstələrin biyokimyəvi analizlərinin nəticələri (hemoqram, qaraciyər və böyrək funksional testləri, tiroid funksional testləri) və son müraciət zamanı beyinnatrim peptid (BNP) dəyərləri əldə olundu. EKQ çəkildi, 6DYT (6 dəqiqəlik yeriş testi) həyata keçirildi. Transtorakal ExoKQ olunduqdan sonra xəstələrin ÜRD parametrlərini dəyərləndirmək üçün Holter EKQ cihazı vasitəsilə 24 saatlıq göstəriciləri qeydə alındı. Holter EKQ olunduğu gün xəstələrin tədqiqata daxil olunduğu gün olaraq müəyyənləşdirildi. Bundan sonra xəstələr klinik vəziyyətlərinə və müalicə planına müdaxilə edilmədən müşahidəyə alındı.

Tədqiqat üçün sağlam kontrol qrup kardiologiya poliklinikasına rutin müayinə üçün müraciət edən şəxslər və sağlam xəstəxana əməkdaşları arasından seçildi. Anamnezində xroniki və kardiovaskulyar xəstəlikdən problemi olmayan, hər hansı bir xəstəlikdən şikayəti olmayan, fiziki müayinədə normal göstəriciləri qeydə alınan, laboratoriya müayinələri (qaraciyər və böyrək funksional testləri, CRP, hemoqram, aclıq qlükozası, tiroid funksional testləri) norma sərhədində olan, EKQ-i sinus ritmində olan, ExoKQ-da normal PAT və normal exokardioqrafik göstəriciləri aşkar olunan və sağlam olduğuna qərar verilən şəxslərə tədqiqat haqqında ətraflı məlumat verildi. Könüllü olmaq haqqında sənəd imzalandıqdan sonra tədqiqata daxil olunan 69 sağlam şəxsdə (45 qadın, 24 kişi) ÜRD parametrlərini dəyərləndirmək üçün 24 saatlıq Holter EKQ müayinəsi həyata keçirildi.

Tədqiqatın nəticələri. Ağırlaşmalar müşayiət olunan hallarla hemodinamik parametrlər arasında əlaqəni aşkar etmək üçün sağ ürək kateterizasiya məlumatları olan xəstələr müqayisə edildi. Ağırlaşmalar müşayiət olunan 12 xəstənin və ağırlaşmalar müşayiət olunmayan 34 xəstənin kateterizasiya məlumatları müqayisə edildi. Hər iki qrupda SağQ təzyiqi orta PAT, TPQ və PVR cəhətdən əhəmiyyətli fərq aşkar olundu (Cədvəl 1).

Cədvəl 1

Ağırlaşmalarla müşayiət olunan PH-lı xəstələrdə hemodinamik parametrlər

Göstəricilər	Ağırlaşması olmayan qrup (n=34)	Ağırlaşma inkişaf edən qrup (n=12)	P qiyməti
SağQ təzyiqi (mmHg)	8,1±4,0	8,6±5,5	0,814
Orta PAT (mmHg)	61,9±19,2	62,8±20,7	0,891
TPQ (mmHg)	48,4±19,3	47,0±16,0	0,83
PVR (WoodÜ)	13,3±9,1	13,7±6,1	0,922

Qeyd: SağQ-Sağ qulaqcıq; PAT-Pulmonar arteriya təzyiqi; TPQ- transpulmonar qradient;PVR – Pulmonar vaskulyar rezistentlik

Holter EKQ əlamətlərini qiymətləndirərkən ağırlaşmalarla müşayiət olunan qrupda ümumi ürək vurğularının sayı (108701±14586 qarşı 121678±18622, p=0.019) əhəmiyyətli dərəcədə yüksək idi. Qeyd müddəti cəhətdən qruplar arasında fərq müşahidə olunmadı (p=0.269). Minimal ürək vurğusu hadisə baş verən qrupda (52,1±11,7 qarşı 61,1±14.8, p=0.04) statistik əhəmiyyətli yüksək, maksimal ürək vurğusu isə statistik əhəmiyyətli (137,4±17,5 qarşı 126,3±15,5, p=0.024) aşağı idi. Orta RR müddəti hadisə baş verən qrupda əhəmiyyətli dərəcədə (770,7±97,8 qarşı 681,8 ± 100,5 p=0,005) azalmışdı. Ümumi MES, QES sayı cəhətdən (uyğun olaraq p=0,472 və p=0,144), MT və PAF həmləsi cəhətdən (uyğun olaraq p=0.427 və p=0.154) hər iki qrup arasında əhəmiyyətli fərq aşkar olunmadı. SVT həmləsi isə hadisə baş verən qrupda əhəmiyyətli dərəcədə (p=0.009) yüksək idi (Cədvəl 2).

Zaman asılı ÜRD parametrlərindən SDNN (127,72±51,28 qarşı 77,50±34,89, p<0.0001), SDANN (117,11±47,04 qarşı 68,13±34,19, p<0,0001), SDNN İndeksi (51,78±22,67 qarşı 31,81±11,41, p<0.0001), RMSSD (31,81±11,41 qarşı 20,75±9,37, p<0,0001), pNN50 (10,28±10,48 qarşı 2,88±3,11, p<0.0001), Trianqulyar İndeks (31,32±14,49 qarşı 18,66± 8,75, p<0,0001) parametrləri ağırlaşmalarla müşayiət olunan

qrupda əhəmiyyətli dərəcədə azalmışdı. Bu parametrləri gündüz və gecəyə görə iki zaman müddətində qiymətləndirdikdə də, ağırlaşmalarla müşayiət olunan qrupda bütün parametrlər əhəmiyyətli dərəcədə azalmışdı (Cədvəl 3).

Cədvəl 2

Ağırlaşmalarla müşayiət olunan PH-lı xəstələrə bazal Holter EKQ əlamətləri

Göstəricilər	Ağırlaşma baş verməyən qrup (n=48)	Ağırlaşma baş verən qrup (n=16)	P qiyməti
Ümumi ürək vurğusu (sayı)	108701±14586	121678±18622	**0,019**
Qeyd müddəti (saat)	23,27±0,99	22,78±1,63	0,269
Minimal ürək vurğusu (vurğu/dq)	52,1±11,7	61,1±14,8	**0,04**
Maksimal ürək vurğusu (vurğu/dq)	137,4±17,5	126,3±15,5	**0,024**
Orta RR müddəti (msn)	770,7±97,8	681,8±100,5	**0,005**
Cəmi MES (sayı)	480,9±1433,8	827,1±1695,6	0,472
MT həmləsi (n, %)	1 (%2,1)	1 (%6,3)	0,427
Cəmi QES (sayı)	179,3±420,1	1027,8±2189,9	0,144
SVT həmləsi (n, %)	12 (25,0%)	10 (%62,5)	**0,009**
PAF həmləsi (n, %)	3 (6,3%)	3 (18,8%)	0,154

Qeyd: PH-Pulmonar hipertenziya; MES- Mədəciklərin ekstrasistoliyas; MT-Mədəcik taxikardiyası; QES-Qulaqcıqlarınl ekstrasistoliyası; SV-Supraventrikulyar taxikardiya; PAF- Paroksizmal atrial fibrilyasiya.

Cədvəl 3

Ağırlaşmalarla müşayiət olunan PH-lı xəstələrdə zaman asılı ÜRD parametrləri

Göstəricilər	Ağırlaşma baş verməyən qrup (n=48)	Ağırlaşma baş verən qrup (n=16)	P qiyməti
SDNN (msn)	127,72 ± 51,28	77,50 ± 34,89	<0,0001
SDANN (msn)	117,11 ± 47,04	68,13 ± 34,19	<0,0001
SDNN İndeksi (msn)	51,78 ± 22,67	31,81 ± 11,41	<0,0001
RMSSD (msn)	33,76 ± 15,60	20,75 ± 9,37	<0,0001
pNN50 (%)	10,28 ± 10,48	2,88 ± 3,11	<0,0001
Gündüz SDNN (06:00-22:00) RMSSD pNN50	116,67±42,71 30,36±13,90 8,49±9,13	71,75±32,19 21,13±11,19 3,69±5,44	<0,0001 0,012 0,016
Gecə SDNN (22:00-06:00) RMSSD pNN50	101,24±44,27 40,53±21,61 15,64±16,24	61,63±27,94 19,69±8,46 3,31±3,57	<0,0001 <0,0001 <0,0001
Triangulyar İndeks	31,32±14,49	18,66±8,75	<0,0001

Qeyd: PH-Pulmonar hipertenziya; ÜRD -Ürək ritminin dəyişkənliyi; SDNN-Bütün vurğular arasındakı (NN) fərqlərin standart kənaraçıxması; SDANN-İşləmə müddəti ərzində 5 dq-lik qeydlərdə orta NN aralığının standart kənaraçıxması; SDNN İndeksi-5-dq-lik qyedlərdə bütün NN aralıqlarının standart kənaraçıxmalarının ortalaması; RMSSD-24 saatlıq qeyd zamanı ardıcıl NN fasiləsi müxtəlifliklərinin kvadratları cəminin kvadrat kökü; pNN50-NN50 sayının bütün ümumi NN sayına nisbəti

Tezlik asılı ÜRD parametrlərindən Total Güc (3007,2±2524,5 qarşı 1129,4±711,8, p<0,0001), Total ÇAT gücü (2156,5±1925,4 qarşı 833,2±570,4, p<0,001), Total AT gücü (556,1±464,9 qarşı 204,5±171,4, p<0,0001), Total YT gücü (256,0±261,7 qarşı 78,1±63,5, p<0.0001) hadisə ağırlaşmalarla müşayiət olunan qrupda əhəmiyyətli dərəcədə zəif idi. AT/YT nisbəti cəhətdən isə ağırlaşmalarla müşayiət olunmayan və verən qruplar arasında (2,96±1,75 qarşı 3,98±3,43, p=0,274) əhəmiyyətli fərq aşkar olunmadı. ÇAT, AT və YT güclərini gündüz və gecə üçün iki zaman arasında qiymətləndirdikdə də ağırlaşmalarla müşayiət olunan qrupda bu parametrlər əhəmiyyətli dərəcədə aşağı idi (Cədvəl 4).

Müzakirə. Ədəbiyyatda ÜRD parametrlərinin proqnostik əhəmiyyətini göstərən prospektiv tədqiqat mövcud deyil. Buna görə də biz tədqiqatımızda müşahidə müddətində baş verən ağırlaşmalar ilə ÜRD parametrləri arasında əlaqəni araşdırdıq. Orta 200±91.6 günlük müşahidə müddətində ümumən 16 (25%) xəstədə arzuolunmayan ağırlaşmalar baş verdi. 7 xəstədə (10.9%) sağ ürək çatışmazlığı, 5 xəstədə (7.8%) bayılma həmləsi, 12 xəstədə (18.8%) xəstəxanaya yatma və 9 xəstədə (14.1%) PH ilə əlaqəli ölüm baş verdi.

PH qrupunda olan xəstələri ağırlaşma baş verməsinə görə qiymətləndirikdə ağırlaşmalarla müşayiət olunan qrupda ümumi ürək vurğu sayı daha çox, minimal ürək vurğusu daha yüksək, maksimal ürək vurğusu daha aşağı idi.

Cədvəl 4

Ağırlaşmalarla müşayiət olunan PH-lı xəstələrdə tezlik asılı ÜRD parametrləri

	Ağırlaşma baş verməyən qrup (n=48)	Ağırlaşma baş verən qrup(n=16)	P qiyməti
Total Güc (msn^2)	3007,2±2524,5	1129,4±711,8	<0,0001
Total ÇAT (msn^2)	2156,5±1925,4	833,2±570,4	<0,0001
Total AT (msn^2)	556,1±464,9	204,5±171,4	<0,0001
Total YT (msn^2)	256,0±261,7	78,1±63,5	<0,0001
AT/YT	2,96 ± 1,75	3,98±3,43	0,274
Gündüz ÇAT (06:00 – 22:00) AT YT	2000,6±1724,0 471,1±402,1 191,1±192,9	721,1±459,2 182,2±164,3 73,0 ±70,7	<0,0001 <0,0001 0,001
Gece ÇAT (22:00 – 06:00) AT YT	2449,8±2504,3 705,6±643,1 370,4±430,8	1046,3±934,6 247,2±232,8 88,1±103,6	0,002 <0,0001 <0,0001

Qeyd: ÜRD-Ürək ritminin dəyişkənliyi; PH-Pulmonar hipertenziya; ÇAT-Çox aşağı tezlik; AT-Aşağı tezlik;YT-Yüksək tezlik; ATnu-normalizə edilmiş aşağı tezlik; YTnu-Normalizə edilmiş yüksək tezlik

Ümumi olaraq PH qrupunda da kontrol qrupuna nisbətdə minimal ürək vurğusu daha yüksək, maksimal ürək vurğusunun aşağı olması aşkar edilmişdi (Cədvəl 1). Buradan da PH qrupunda ağırlaşmaların ürək vurğu sayının dalğalanma intervalının daha dar olduğu xəstələrdə inkişaf etdiyini deyə bilərik. Bundan başqa hadisə baş verən xəstələrin orta RR müddətinin daha qısa aşkar olunması da əhəmiyyətli idi. Zaman asılı və tezlik asılı parametrlərin AT/YT nisbəti xaric hamısı ağırlaşmalarla müşayiət olunan qrupda əhəmiyyətli dərəcədə aşağı idi. Gündüz və gecə saatları arasında da ÜRD parametrlərinin dəyişməsi cəhətdən fərq müşahidə olunmadı (Cədvəl 2,3). Bu parametrlərin bütün mənfi hadisələr ilə əlaqəsini qiymətləndirərkən SDNN, SDANN, SDNNİ, RMSSD, pNN50, Tİ, Total güc, ÇAT, AT,YT parametrləri ilə ağırlaşmalar arasında tərs korrelyasiya aşkar olundu. RMSDD, pNN50 və ÇAT-ın PH qrupunda kontrol qrupu ilə müqayisədə fərqli aşkar olunmamasına baxmayaraq hadisə baş verən qrupda əhəmiyyətli aşağı aşkar olunmaları və bütün hadisələr ilə əhəmiyyətli əlaqənin səbəbi növbəti tədqiqatlarla aydınlaşdırıla bilər. Buradan müddət və tezlik asılı ÜRD parametrlərinin PH xəstələrinin müşahidə müddətində arzuolunmayan ağırlaşmalar ilə əlaqəli olduğunu və bu hadisələri öncədən görə biləcəyini qeyd edə bilərik.

ƏDƏBİYYAT

1. Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. Task Force for Diagnosis and Treatment of Pulmonary Hypertension of European Society of Cardiology (ESC); European Respiratory Society (ERS); International Society of Heart and Lung Transplantation (ISHLT), Galiè N., Hoeper M.M., Humbert M., Torbicki A., Vachiery JL, Barbera J.A., Beghetti M., Corris P., Gaine S., Gibbs J.S., Gomez-Sanchez M.A., Jondeau G., Klepetko W., Opitz C., Peacock A., Rubin L., Zellweger M., Simonneau G. European Heart Journal (2009) 30, p.2493-2537.

2.Stuart Rich, Valerie V.Mc Laugghin. Pulmonary Hypertension In Braunwald E, Zipes DP, Libby P: Heart Disease A Textbook of Cardiovascular Medicine 6th Edition. Philadelphia, W.B. Saunders Company 2005, p.1807-1843.

3.Kovacs G., Berghold A., Scheidl S., Olschewski H. Pulmonary arterial pressure during rest and exercise in healthy subjects. A systematic review // Eur Respir J., 2009, v.34(4), p.888-94.

4. Simonneau G., Robbins I., Beghetti M. et al. Updated clinical classification of pulmonary hypertension //J Am Coll Cardiol., 2009, v.54, p.S43-S54.

5. Humbert M., Sitbon O., Chaouat A. et al. Pulmonary arterial hypertension in France: results from a national registry // Am J Respir Crit Care Med., 2006, v.173, p.1023-1030.

6. D'Alonzo G.E., Barst R.J., Ayres S.M. Et al. Survival in patients with primary pulmonary hypertension. Results from a national prospective registry // Ann Intern Med., 1991, v.115, p.343-349.

7.Eysmann S.B., Palevsky H.I., Reichek N.S. et al. Two-dimensional and Doppler-echocardiographic and cardiac catheterization correlates of survival in primary pulmonary hypertension // Circulation, 1989, v.80, p.353-360.

8.Raymond R.J., Hinderliter A.L., Willis P.W. et al. Echocardiographic predictors of adverse outcomes in primary pulmonary hypertension // J Am Coll Cardiol., 2002, v.39, p.1214-1219.

9.Tei C., Dujardin K.S., Hodge D.O. et al. Doppler echocardiographic index for assessment of global right ventricular function // J Am Soc Echocardiogr, 1996, v.9, p.838-847.

10.Yeo T.C., Dujardin K.S., Tei C. et al. Value of a Doppler-derived index combining systolic and diastolic time intervals in predicting outcome in primary pulmonary hypertension // Am J Cardiol., 1998, v.81, p.1157-1161.

11.Forfia P.R., Fisher M.R., Mathai S.C. et al. Tricuspid annular displacement predicts survival in pulmonary hypertension // Am J Respir Crit Care Med., 2006, v.174, p.1034-1041.

12.Kjaergaard J., Akkan D., Iversen K.K. et al. Right ventricular dysfunction as an independent predictor of short- and long-term mortality in patients with heart failure // Eur J Heart Fail., 2007, v.6-7, p.610-6

13.Miyamoto S., Nagaya N., Satoh T. et al. Clinical correlates and prognostic significance of six-minute walk test in patients with primary pulmonary hypertension. Comparison with cardiopulmonary exercise testing // Am J Respir Crit Care Med., 2000, v.161, p.487-492.

14.Sitbon O., Humbert M., Nunes H. et al. Long-term intravenous epoprostenol infusion in primary pulmonary hypertension: prognostic factors and survival // J Am Coll Cardiol., 2002, v.40, p.780-788.

15.Paciocco G., Martinez F., Bossone E. et al. Oxygen desaturation on the six-minute walk test and mortality in untreated primary pulmonary hypertension // Eur Respir J., 2001, v.17, p.647-652.

16.Nagaya N., Nishikimi T., Uematsu M. et al. Plasma brain natriuretic peptide as a prognostic indicator in patients with primary pulmonary hypertension // Circulation, 2000, v.102, p.865-870.

17.Fijalkowska A., Kurzyna M., Torbicki A. et al. Serum N-terminal brain natriuretic peptide as a prognostic parameter in patients with pulmonary hypertension // Chest, 2006, v.129, p.1313-1321.

18.Andreassen A.K., Wergeland R., Simonsen S. et al. N-terminal pro-B-type natriuretic peptide as an indicator of disease severity in a heterogeneous group of patients with chronic precapillary pulmonary hypertension // Am J Cardiol., 2006, v.98, p.525–529.

19.Williams M.H., Handler C.E., Akram R. et al. Role of N-terminal brain natriuretic peptide (N-TproBNP) in scleroderma-associated pulmonary arterial hypertension // Eur Heart J., 2006, v.27, p.1485-1494.

20.Channick R.N., Simonneau G., Sitbon O. et al. Effects of the dual endothelin-receptor antagonist bosentan in patients with pulmonary hypertension: a randomised placebo-controlled study // Lancet, 2001, v.358, p.1119-1123.

21.Rubin L.J., Badesch D.B., Barst RJ. et al. Bosentan therapy for pulmonary arterial hypertension // N Engl J Med., 2002, v.346, p.896–903.

22.Humbert M., Barst R.J., Robbins I.M. Et al. Combination of bosentan with epoprostenol in pulmonary arterial hypertension: BREATHE-2 // Eur Respir J., 2004, v.24, p.353-359.

23.Galie` N., Rubin L.J., Hoeper M. et al. Treatment of patients with mildly symptomatic pulmonary arterial hypertension with bosentan (EARLY study): a double-blind, randomised controlled trial // Lancet, 2008, v.371, p.2093-2100.

24.Galie N., Beghetti M., Gatzoulis M.A. et al. for the Bosentan Randomized Trial of Endothelin Antagonist Therapy. Bosentan therapy in patients with Eisenmenger syndrome: a multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled study // Circulation, 2006, v.114, p.48-54.

25. Zhang R., Dai L.Z., Xie W.P. et al. Survival of Chinese patients with pulmonary arterial hypertension in the modern treatment era // Chest, 2011, v.140(2), p.301-9

Резюме

Диагностическая роль параметров вариабельности ритма сердца у больных с осложненной пульмонарной гипертензией

О.Г. Мусаев, К.К.Мусаев, Ф.Н.Ибрагимов

В исследование были включены 64 больных с пульмонарной гипертензией (ПГ). Исследуемые больные были разделены на 2 группы: с осложненной ПГ - 16 больных и неосложненной ПГ-48 больных. В обеих группах изучалась вариабельность сердечного ритма (ВСР) методом временной области и методом частотной области. Показатели временной области у больных с осложненной ПГ были статистически ниже, чем у больных с неосложненной ПГ. Аналогичные изменения наблюдались при анализе показателей частотной области: тотальная сила, тотальная низкочастотная сила, тотальная очень низкочастотная сила, тотальная высокочастотная сила, отношение тотальной низкочастотной силы к высокочастотной силе.

Summary

Diagnostic role of heart rhythm variability parameters in patients pulmonary hypertension with complicated

O.G. Musayev, K.K.Musayev, F.N.İbrahimov

The study included 64 patients with pulmonary hypertension (PH). The patients were divided into 2 groups: with complicated PH - 16 patients and uncomplicated PH - 48 patients. In both groups, the heart rate variability (HRV) was studied by the time domain method and the frequency domain method. The time domain indicators in patients with complicated PH were statistically lower than in patients with uncomplicated PH. Similar changes were observed in the analysis of the frequency domain indicators: total force, total low-frequency force, total very low-frequency force, total high-frequency force, the ratio of total low-frequency force to high-frequency force.

Daxil olub: 24.08 2018

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ НАТУРАЛЬНЫХ ЭКСТРАКТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

А.М. Сафаров, А.Е.Закизаде

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Açar sözlər: gingivit, parodont, fitopreparat
Ключевые слова: гингивит, пародонт, фитопрепарат
Key words: gingivitis, types, phytopreparation

Заболевания тканей пародонта включают патологические процессы воспалительного и деструктивного характера, возникающие как в ограниченном его участке, так и поражающие все составные части пародонта – мягкие и твердые ткани. В структуре пародонтальных заболеваний, согласно принятой и широко распространенной классификации, преобладают гингивит и пародонтит, которые чаще встречаются, чем все остальные заболевания тканей пародонта и уровень распространенности которых в различных странах варьирует в пределах 40-95%. При этом удельный вес или частота встречанмости исследуемой патологии увеличивается с возрастом и при наличии общесоматической патологии некоторых органов и систем организма [1,2]. Бактериальная агрессия, вызывающая различные формы поражения околозубных тканей, степень которой зависит от характера и интенсивности спровоцированной ею ответной реакции организма, является одним из инициальных факторов в развитии глубоких патологических процессов пародонта [3,4,5,6].

Известны данные об определяющем патогенетическом значении нарушений местного кровообращения при возникновении и дальнейшем развитии воспалительного, а, впоследствии, при наличии благоприятных условий, и деструктивного процесса в тканях пародонта, что и определяет тяжесть течения патологического процесса и его хронизацию [7]. У больных с хроническим воспалительным процессом наиболее ярко выражены нарушения гемодинамики и микроциркуляции, сопровождающиеся явлениями спазма сосудов и нарушением венозного оттока в области патологического процесса на местном оральном уровне [8,9,10,11].

В результате прогрессирования заболевания нарушается реакция микроциркуляторного русла, усиливается затруднение оттока кровяной массы по венам, а артериальная гиперемия постепенно переходит в венозную.

Таким образом, ослабление окислительно-восстановительных процессов и на этом фоне снижение резистентности тканей к проникающей инфекции, уменьшение микроциркуляции в хроническом очаге воспаления, приводящей к гипоксии происходит вследствие кратковременного сужение артериол, расширения капилляров, застоя крови и лимфы в воспаленных тканях, пассивной или венозной гиперемии и остановки кровоснабжения [12].

Цель исследования. Клиническая оценка эффективности применения растительного препарата в профилактике и лечении катарального гингивита

Материалы и методы исследования. Исследования были выполнены на базе Стоматологической Клиники Аму в период с 2013 по 2017 г с участием в общей сложности 150 пациентов с хроническим катаральным гингивитом - ХКГ. Работа была проведена с соблюдением основного принципа добровольного информированного согласия. Для получения достоверных сведений было проведено проспективное рандомизированное исследование.

В соответствии с целью и задачами исследования и с процедурой рандомизации все обследуемые были разделены на 3 группы. Первая группа (группа сравнения 1, 16) получала традиционное лечение, включающее профессинальную гигиену полости рта без назначения дополнительных лекарственных средств, то есть стандартную пародонтологическую терапию. Вторая группа (группа сравнения 2 – 15 пациентов), наряду с традиционным лечением, получала курсовые назначения в виде аппликаций традиционными антисептиками. Пациентам третьей группы (основная группа - 18) кроме вышеуказанной традиционной терапии проводили курс фитотерапии, который заключался в назначении аппликаций растительного препарата- «Immunotea».

Оценку клинических и лабораторных данных проводили до лечения, непосредственно после 2-х недельного терапевтического курса, а также через 1, 3, 6 и 12 месяцев после завершения комплексных лечебно-профилактических мероприятий

Таблица 1

Этапы, направления и объем выполненных клинических исследований

№ этапа	Направления исследований	Кол-во человек	Кол-во исследований
1	Оценка клинического состояния пациентов при проведении традиционного лечения больных с ХКГ	31	93
3	Исследование влияния комплексного применения фитопрепарата на состояние десны.	18	54
4	Изучение статуса пациентов в оценке эффективности проводимой терапии.	49	49
5	Оценка отдаленных результатов лечения.	49	147

Статистический анализ полученных результатов комплексного лечения оценивали по динамике изменений субъективных ощущений пациентов и объективных индексных показателей (индекс зубного налета по Silness и Löe, индекс кровоточивости десневой борозды по Mühlemann-Cowell, папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс PMA) до начала лечения, непосредственно после его окончания, а также в более отдаленные сроки, то есть через 1, 3, 6 и 12 месяцев после лечения, а также по динамике количественных и качественных изменений микробного показателя до лечения, непосредственно после окончания лечения и через 1 месяц. Результаты исследования обработаны методом математической статистики в программе MicrosoftExcel, 2007.

Для обработки результатов исследования и определения степени их достоверности были использованы основные статистические величины: средняя арифметическая величина (M), ошибка среднего (m), среднее квадратическое отклонение (σ) и критерий достоверности (t), с помощью таблиц Стьюдента, определяли достоверность результатов изучаемого признака (p) (Урбах, 1975).

Результаты исследований. Анализ анкетных данных и историй болезни пациентов, входящих в основную группу и в группу контроля, выявил тот факт, что локализованная форма катарального гингивита встречается чаще (в 59,7% случаев). А по половому признаки данный факт чаще наблюдался у представителей мужского пола- 63,2% и сравнительно реже среди женщин, то есть в 59,1% случаев.

Что касается генерализованной формы исследуемой патологии тканей пародонта, то здесь картина получается совсем иной. Так, форма гингивита, при которой поражаются почти все околозубные мягкие ткани, в большинстве случаев выявлялась при обследовании полости рта женской половины больных. Здесь показатель по частоте встречаемости генерализованного гингивита составил по предварительным данным 40,9%, тогда как у мужчин этот показатель определялся в значении 36,8%. Данные по уровню распространенности различных по глубине поражения форм гингивита нашли отражение в таблице 2.

Таким образом, было установлено, что среди всех обследуемых возрастно-половых групп пациентов локализованная форма гингивита встречается довольно часто в 59,7% случаев, тогда как генерализованная форма заболевания только у 46,5% от общего количества больных.

Важным, с точки зрения использования оптимальных лечебно-профилактических мероприятий является изучение и выявление частоты встречаемости некоторых форм гингивита по степени тяжести (легкая, средняя) (табл.2).

Таблица 2

Частота встречаемости локализованного и генерализованного гингивита

Распространенность процесса	Пол				Итого	
	Женщины		Мужчины		Абс.	%
	Абс.	%	Абс.	%		
Локализованная форма	65	59,1	12	63,2	77	59,7
Генерализованная форма	45	40,9	7	36,8	52	40,3
Итого	110	100	19	100	129	100

Согласно результатам статистического анализа полученных клинических данных, в группе больных мужского пола чаще диагностировалась легкая форма катарального гингивита- 57,9%. У их оппонентов же противоположного пола данные регистрировались в сравнительно низких значениях. В этой группе уровень распространенности вышеуказанной формы заболевания составлял в среднем 52,7%, что нельзя сказать о более тяжелой форме исследуемой пародонтальной патологии. Потому что по данному фактору максимальные значения регистрировались у больных женского пола. Так частота встречаемости средней степени гингивита в этой группе составил 47,3%, против 42,1% случаев у лиц женского пола.

Таблиц 2

Распространенность легкой и средней степени тяжести гингивита

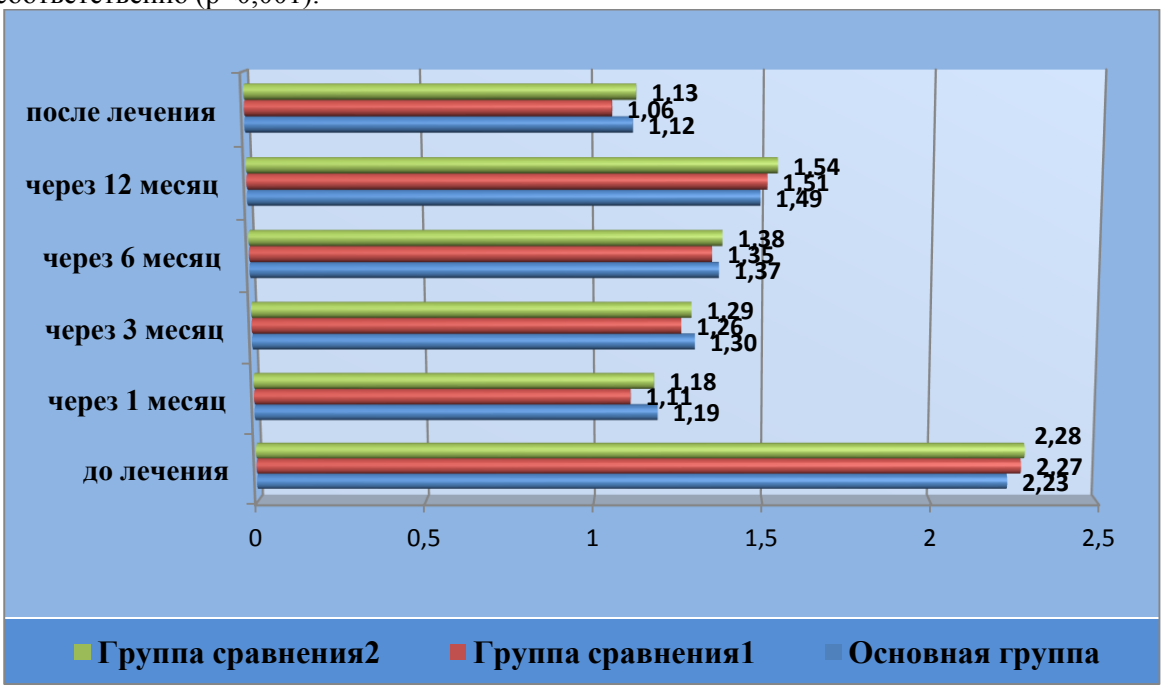
Степень тяжести	Пол				Итого	
	Женщины		Мужчины			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Легкая	58	52,7	11	57,9	69	53,5
Средняя	52	47,3	8	42,1	60	46,5
Итого	110	100	19	100	129	100

Разработанный фитопрепарат «Immunotea» в виде настойки имеет следующий состав в массовых частях: Трава эхинацеи, плоды шиповника, корень солодки голой, листья подорожника большого, цветки бузины черной, плоды аниса, цветки ромашки аптечной. Механизм действия этого комбинированного лекарственного препарата обусловлен эффектами растений, входящих в его состав. Препарат усиливает иммунитет, оказывая при этом противовирусное, бактерицидное и антитоксическое действие и обладая антиоксидантным, противовоспалительным, отхаркивающим действием и выраженно улучшает регенерацию тканей. Методика применения препарата: два фильтр-пакетика заливают 200 мл, то есть 1 стаканом кипятка, после чего настаивают 15 мин., охлаждают до комнатной температуры. Принимают в теплом виде и виде полосканий по 200 мл (1 стакан) 3-4 раза в день.

Так, трава эхинацеи имеет в своем составе комплекс биологически активных веществ (дубильные вещества, аскорбиновая кислота, каротин, флавоноиды, эфирное масло) и обеспечивает противовоспалительные, антибактериальные и анаболизирующие действие препарата. Корень солодки голой, как известно, обладает как антисептическим, так и кровоостанавливающим и ранозаживляющим действиями из-за содержания дубильных веществ, эфирных масел и витаминов; цветки ромашки аптечной, в свою очередь, помимо вышеуказанных свойств обладают и бактерицидными свойствами. В состав листьев подорожника большого входят эфирные масла, витамин С, салициловая кислота, каротин, дубильные вещества, обеспечивающие капилляроукрепляющее и вяжущее действие. Лечение катарального гингивита проводилось по традиционной и предложенной нами методике: профессиональная гигиена рта, изоляция от слюны, проведение аппликации препарата на воспаленную десну на 15-20 минут 1 раз в день, курс 14 дней.

После завершения процедуры больным рекомендовалось воздержаться от приема пищи в течение последующих 2 часов.При изучении гигиенического индекса зубного налета по Silness и Löe у пациентов всех исследуемых групп, в том числе основной и двух групп сравнения, было выявлено, что до проводимого пародонтологического лечения значения данного индексного показателя не очень различались между собой достоверно.

Непосредственно после завершения курса базовой терапии установлено максимальное снижение цифровых данных изучаемого индекса гигиены, а наилучшая, при этом, динамика была отмечена у пациентов основной группы и группы сравнения 2, где использовался фитопрепарат и традиционный антисептик и где снижение показателей произошло примерно на 40-55%. В основной группе и группе сравнения 2 в вышеуказанный срок индекс зубного налета по Silness и Löe снизился до отметки ….. и ….. соответственно (p<0,001).



Şək. 1. Показатели индекса зубного налета по Silness и Loe до и в различные сроки после лечения в основной группе и группах сравнения (M±m, баллы)

Таким образом, полученные статистические данные свидетельствуют о достоверном снижении цифровых значений гигиенического индекса зубного налета по Silness и Löe во всех исследуемых группах пародонтологических больных непосредственно после проведенного лечения, а также сохранении профилактической эффективности в течение 1 месяца, что связано с проведением на достаточном уровне профессиональной гигиены рта и мотивацией самих пациентов к улучшению состояния полости рта. Однако клинические результаты, полученные на последующих этапах, то есть через 3, 6 и 12 месяцев после проведенного лечения свидетельствуют о некотором ухудшении экологической ситуации и снижении уровня гигиены полости рта у обследованных групп лиц.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисова, Е.Н. Социальные и клинические аспекты заболеваний пародонта у людей пожилого возраста // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья, 2001, № 2, с.31-36.
2. Crossner, C.G. Unell L. A longitudinal study of dental health from the age of 14 to 41// Swed Dent J., 2007, v.31, №2, p.65-74.
3. Безрукова И.В. Микробиологические и иммунологические аспекты этиопатогенеза быстропрогрессирующего пародонтита // Пародонтология, 2000, № 3, с.3-8.
4. Aas J.A. Defining the normal bacterial flora of the oral cavity // J. Clin. Microbiol., 2005, v.43, p.5721-5732.
5. Slots, J. Selection of antimicrobial agents in periodontal therapy// J. Periodontal Res. - 2002. - Vol.37. - P.389-398.
6. Socransky S.S., Smith C., Haffajee A.D. Subgingival microbial profiles in refractory periodontal disease// Clin. Periodontal., 2002, v.29, p.260-268.
7. Wu K.-J. Cyclosporine A induces connective tissue growth factor expression in human gingival fibroblasts: Suppression by epigallocatechin-3-gallate // Journal of the Formosan Medical Association, 2014, v.6, p.254-262.
8. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. М.: Медицина, 2001, 128 с.

9. Agarwal A. Unusual gingival fibromatosis with aggressive periodontitis // Minerva Stomatol., 2013, v.62, p.89-91.

10.Cinotti E. Arthropathy, osteolysis, keloids, relapsing conjunctivalpannus and gingival overgrowth: a variant of polyfibromatosis? // Am J Med Genet A., 2013, v.161, p.1214-1220.

11.Lang N.P. Effect of interleukin 1 gene polymorphisms on gingival inflammation assessed by bluding on probing in a periodontae mainfence population // J. Periodontal Res., 2000, v.35, p.102-107.

12.Бутюгин И.А. Состояние капилляров десны у лиц- пожилого возраста с заболеваниями пародонта / Новые технологии профилактики, диагностики и лечения в клинике внутренних болезней: материалы обл. науч.-практ. конф. Челябинск, 2002, Вып.7, с.122-123

Xülasə

İltihabi periodontal xəstəlikləri olan şəxslərdə təbii ekstraktlara əsaslanan preparatların terapevtik və profilaktik effektivliyi

A.M. Səfərov, A.Ə.Zəkizadə

Əsas qrupda və nəzarət qrupundakı xəstələrin anket məlumatları və xəstəlik hallarının araşdırılması, qingivitin lokal katarral formasının daha tez-tez (59,7%) meydana gəldiyini göstərir. Cinsi xüsusiyyətlərə görə bu fakt daha tez-tez kişilərdə müşahidə olunmuşdur - 63,2%, qadınlarda isə nisbətən az, yəni 59.1% hallarda müşaidə olunmuşdur. Əsas qrupdakı xəstələr fitoterapiya ilə müalicə olunurdu, buna görə İmmunotea dərman preparatı tətbiq edilmişdir. Alınan statistik məlumatlar, müalicədən dərhal sonra xəstələrin bütün tədqiq olunmuş qruplarında Silness və Löe gigiyenik vəziyyətin statistik göstəricilərində nəzərəcarpan dərəcədə azalma ilə yanaşı, bitki əsaslı dərman preparatının profilaktik effektivliyi müəyyən edilmişdir.

Summary

Therapeutic and prophylactic efficacy of preparations based on natural extracts in patients with inflammatory periodontal diseases

A.M. Safarov, A.E. Zakizade

An analysis of the questionnaire data and case histories of patients in the main group and in the control group revealed that the localized form of catarrhal gingivitis occurs more often (in 59.7% of cases). And according to the sexual characteristics, this fact was more often observed in males - 63.2% and comparatively less often among women, that is, in 59.1% of cases. Patients of the main group were treated with phytotherapy, which consisted in the appointment of the appliqué of the herbal preparation - Immunotea. The obtained statistical data indicate a reliable decrease in the digital values of hygienic index of dental plaque in Silness and Löe in all studied groups of periodontal patients immediately after the treatment, as well as maintaining the pronounced preventive efficacy of the herbal preparation.

Daxil olub: 03.08 2018

ПАТОМОРФОЛОГИЯ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ

Г.А.Наджафова

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

Açar sözlər: cift, bətndaxili infeksiya, xlanidioz, ureamikoplazmoz, viruslu infeksiyalar, sitomeqalovisur infeksiya, II tipli sadə herpes virus infeksiyası

Ключевые слова: плацента, внутриутробная инфекция, хламидиоз, уреамикоплазмоз, вирусные инфекции, цитомегаловирусная инфекция, инфекция, вызванная вирусом простого герпеса II типа.

Key words: placenta, prenatal infection, clamidiosis, ureamycoplasmosis, viral infections, cytomegaloviral infection, herpes simplex virus I1 type infection.

Внутриутробная инфекция плода является одной из важных проблем перинатологии. Инфекция оказывает неблагоприятное воздействие на плод и плаценту [1,2]. Частота внутриутробного инфицирования плода достигает 53%. В структуре перинатальной смертности внутриутробное инфицирование составляет от 2 до 65,6%. В последние годы возросла роль возбудителей заболеваний, передаваемых половым путем (хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, цитомегаловирус,

вирус простого герпеса) [3,4]. Специфические инфекционные заболевания приводят к увеличению частоты самопроизвольных абор- Вестник Чувашского университета. 2011. № 3 . 430 тов, преждевременных родов, преждевременного излития околоплодных вод, хориоамнионита, эндометрита. Эндотелитропные вирусы активируют систему комплемента, поражают эндотелий сосудов и способствуют развитию синдрома воспаления [5,6].

Цель исследования – изучение патоморфологии плацентарного комплекса родильниц при внутриутробной инфекции.

Материал и методы. Проведено обследование 105 плацент родильниц без признаков внутриутробного инфицирования, 150 плацент у родильниц, инфицированных хламидиями, уреамикоплазмами, вирусом простого герпеса I и II типов, цитомегаловирусом. Патоморфологическое исследование плаценты проведено с помощью следующих методов: 1. Окраска гематоксилин-эозином. 2. Исследование моноаминоксидазы (МАО) с использованием нитросинего тетразолия по методу Гленнера. 3. Выявление сукцинатдегидрогеназы (СДГ) по методу Лойда. Места локализации СДГ-активности маркируются кристаллами синего цвета. 4. Окраска по методу Унна для выявления кислых мукополисахаридов. 5. Импрегнация серебром по методу Массона–Фонтаны.

Результаты и обсуждение. При изучении частоты инфекций у беременных нами выявлено, что хламидиоз наблюдается в 63% случаев, уреаплазмоз- в 59%, микоплазмоз - в 18%, ВПГ-инфекция – в 62%, ЦМВИ- в 78%. Патоморфологические изменения при внутриутробной инфекции представлены дистрофическими, циркуляторными нарушениями в сочетании с признаками незрелости плаценты. Клетки амниона уплощены, с нечеткими границами, цитоплазма базофильная с вакуольной дистрофией. Строма амниона неравномерно отечная. Строма стволовых ворсин плотная. Стенки сосудов утолщены. Эндотелий пролиферирует. Сосуды с облитерацией просвета, тромбозами. Терминальные ворсины плотно прилежат друг к другу, строма ворсин инфильтрирована фибробластами и лимфоцитами. Следует отметить, что в период внутриутробного развития на инфицирование указывают следующие ультразвуковые признаки: синдром задержки развития плода, аномальное количество околоплодных вод, нарушение микроструктуры плаценты, признаки преждевременного или запоздалого развития плаценты, изменение межворсинчатого пространства. При гистологическом исследовании плаценты родильниц с хламидиозом обнаружено, что амниоциты, синцитиотрофобласт, эндотелий сосудов и децидуальные клетки имеют вакуоли, содержащие хламидии. В межворсинчатом пространстве находятся скопления лимфоцитов. В терминальных ворсинах отмечается нарушение созревания ворсин, фиброз стромы, кровоизлияния. При окраске препаратов плаценты по методу Унна кислые мукополисахариды, участвующие в инактивации биогенных аминов, выявляются в строме ворсин, окруженных фибриноидом. При импрегнации серебром обнаружено, что происходит исчезновение основного вещества. В синцитиотрофобласте активность сукцинатдегидрогеназы и моноаминоксидазы снижена в сравнении с данными, полученными у женщин контрольной группы. Медицина. При исследовании последов при уреамикоплазменной инфекции отмечается увеличение размеров клеток с наличием в их цитоплазме участков просветления, содержащих микоплазмы. Эндотелий сосудов слущивается. В эпителии амниона отмечается вакуольная дистрофия, фиксируются скопления лимфоцитов, плазмоцитов и нейтрофилов. Наиболее тяжелые нарушения в течение беременности происходят при наличии вируса простого герпеса II типа [7]. В плаценте появляются множественные мелкие участки дистрофии и некроза с эозинофильными включениями в хорионе. Вовлечение ворсинчатого хориона в воспалительный процесс проявляется гиперхромией ядер клеток терминальных ворсин. Известно, что вирус простого герпеса II типа развивается в амнионе и децидуальной оболочке при восходящем пути инфицирования, вирус простого герпеса II типа в результате гематогенного распространения реплицируется в базальной пластинке и ворсинчатом хорионе. При патогистологическом исследовании плаценты родильниц с цитомегаловирусной инфецией выявляются цитомегалические клетки, тромбоз сосудов, ишемические инфаркты, кровоизлияния в межворсинчатом пространстве, фибриноидный некроз базальной пластинки, гипоплазия плаценты, продуктивно-пролиферативный виллузит и очаговый базальный децидуит. Выявленный комплекс патоморфологических изменений в плацентарной системе указывает на необходимость своевременного проведения противовоспалительного лечения у беременных со специфической инфекцией. При внутриутробном инфицировании развивается плацентарная недостаточность с тромбозами межворсинчатого пространства, нарушением созревания ворсин и развития сосудистого русла, хорионамнионитом и децидуитом, которая в последующем осложняется хронической гипоксией плода и синдромом

задержки внутриутробного развития. Выводы. 1. При внутриутробном инфицировании происходит поражение всех структур плаценты и амниона. 2. Активность ферментов энергетического обмена в плаценте при воздействии инфекционного агента снижена. 3. Выраженность патоморфологических изменений в плаценте зависит характера инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Игнатко И.В., Октябрьская Е.А. Применение актовегина при фетоплацентарной недостаточности у беременных группы высокого риска внутриутробного инфицирования плода // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2004, № 3, с.20-25
2. Барашнев Ю.И., Кудашев М.И. Перинатальная патология у новорожденных // Акушерство и гинекология, 2014, №6, с.28-34.
3. Боровкова Е.И. Взаимодействие возбудителей инфекции с организмом беременной как фактор риска внутриутробного инфицирования плода // Российский вестник акушерства и гинекологии, 2016, №234, с.14-22.
4. Carnier J.M. Influenza and pregnant women // Arch. Pediatr., 2006, v.7 (Suppl. 4), p.489-491.
5. Dubey J.P. Sources of Toxoplazma gondii infection in pregnancy // BMJ, 2007, v.321, p.125.
6. Hüseynova L.Ə. Azərbaycan Respublikasının bəzi rayonlarında ginekoloji xəstəliklərin və reproduktiv sisteminin pozğunluqlarının yayılması //Sağlamlıq, 2007, № 2, s.130-133.
7. Тромбогеморрагические осложнения в акушерско-гинекологической практике: Руководство для врачей / под ред. А.Д. Макацария. М.: ООО «МИА», 2011, с. 427-532.

Xülasə

Bətndaxili infeksiya zamanı ciftin patomorfologiyası

G.A.Nəcəfova

Bətndaxili infeksiyalaşma olan zahı qadınların cifti müayinə edilmişdir. Ciftdə makro- və mikroskopik dəyişikliklər qeydə alnmıışdır. Ciftin görüntülərinin vəziyyəti iltihabi, distrofik və sitkulyator pozuntular ilə yanaşı ciftin qeyri-yetişkən olması əlamətləri ilə özünü göstərmişdir.

Summary

Pathomorphology with prenatal infection

G.A.Najafova

Puerperae placentas with prenatal infection have been studied. Macro- and microscopic changes of secundines have been noticed. Pathology pattern is made up of inflammatory, dystrophic and circulatory anomalies combined with sympthoms of placenta immaturity.

Daxil olub: 14.08 2018

АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ

С.М.Гахраманова

Бакниский Оздоровительный Центр, г.Баку

Açar sözlər: keysəriyyə kəsiyi, irinli-iltihabi ağırlaşmalar, antibiotiklər ilə profilaktika, antbiotiklər, seçim preparatı

Ключевые слова: кесарево сечение, гнойно- воспалительные осложнения, антибиотикопрофилактика, антибиотики, препарат выбора.

Key words: cesarean section, purulent-inflammatory complications, antibiotic prophylaxis, antibiotics, drug of choice.

В настоящее время операция кесарево сечение (КС) является наиболее распространенной основной хирургической процедурой. Хотя по рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) число КС не должно превышать 15%, в развитых странах частота КС уже превышает 20% и продолжает расти быстрыми темпами. Например, в США частота КС выросла на 50% (с 20-30% в период с 1996 по 2006 год - 10 лет), в Австралии за такой же период возросла на 10% (с 21 до 31% в 2007 г.); в Великобритании в течение 30 лет она увеличилась с 4 до 24,6%, В Китае частота КС составляет 46%, в Чили- 40%, в некоторых провинциях Италии- 44–66%. Аналогичные

тенденции наблюдаются на всех континентах, включая Африку [1]. В случае сохранения такой тенденции, частота КС в США, скорее всего, достигнет 50% к 2020 г. [1]. В Российской Федерации, согласно официальным данным, ежегодно частота КС возрастает примерно на 1% - с 1997 по 2006 гг. она увеличилась с 10,1 до 18,4% [6]. В Азербайджане, по данным ВОЗ, частота КС в период 2011-2013 гг. на 100 живорождений составила 17% [2].

С ростом числа КС, гнойно-воспалительные осложнения после КС, скорее всего, станут растущим медицинским и экономическим бременем, и их профилактика остается приоритетом общественного здравоохранения.

Расширение показаний к кесареву сечению позволило достичь определенных положительных изменений в структуре перинатальной смертности, но в тоже время привело к росту послеродовых гнойно-септических заболеваний [3]. Кесарево сечение является самым важным фактором риска послеродовой материнской инфекции. Роженицы после КС имеют риск заражения в 5-20 раз больше, чем женщины, после вагинального родоразрешения. Такие инфекционные осложнения как эндометрит и раневая инфекция после абдоминального родоразрешения развиваются в 6–10 раз чаще, чем после самопроизвольных родов. Частота серьезных инфекционных осложнений могут быть высокими и достигать 25% [4,5].

По данным различных исследований после КС до 30 дней инфицирование было выявлено в 8,9% случаев, сразу после выписки – в 84% случаев [6,7,8]. После КС могут развиться инфекция мочевых путей, раневая инфекция, сепсис и особенно часто, эндомиометрит. У женщин с возникшим эндометритом после КС отмечается значительное повышение вирулентности ряда микроорганизмов, в частности, стафилококков, кишечной палочки [9,10]. Флора при эндометрите в большинстве случаев полимикробная. При определении видового состава аэробных микроорганизмов у 41% родильниц с эндометритом отмечен рост энтерококка, реже клебсиелы и протея, при этом доминирует кишечная палочка (41%) [9]. Тяжелым течением характеризуются заболевания, вызванные стрептококками группы В [11]. Установлено, что патогенность анаэробов повышается в присутствии факультативно-аэробных микроорганизмов, в частности, кишечной палочки. При этих ассоциациях возбудителей наблюдаются тяжелые формы послеоперационного эндометрита [9,11]. Потенциально патогенные возбудители заболеваний как грамположительные (золотистый стафилококк, стрептококки), так и грамотрицательные (кишечная палочка, протей, сальмонелла, энтеробактерии), аэробные бактерии являются частой причиной заболевания и определяются в 42-62% случаев [9]. В этиологии послеродовой инфекции в последние годы возросла роль хламидий, микоплазм, вирусов и других микроорганизмов, передающихся не только половым путем. По данным литературы микоплазмы обнаруживаются от 30 до 76% случаев, дрожжеподобные грибы в 25,8 %, хламидии от 2 до 7% [9,11].

Одной из причин повышения частоты и тяжести послеоперационных гнойно-септических заболеваний считается селекция полирезистентных штаммов микроорганизмов, которому способствует длительное, иногда бессистемное и нерациональное применение антибиотиков.

Противомикробные препараты представляют собой один из наиболее часто назначаемых агентов, на которые приходится до 50% или иногда даже больше фармацевтических расходов. Однако противомикробные препараты также наиболее злоупотребляемые агенты. Исследования показывают, что от одной трети до половины всех антибиотиков, используемых в больницах предназначены для хирургической профилактики, при этом от 30 до 90% этого использования нецелесообразно [12].

Для предупреждения послеоперационных инфекционных осложнений большое значение имеет антибиотикопрофилактика (АБП). Цель АПБ в хирургических процедурах не стерилизовать ткани, а уменьшить давление колонизации микроорганизмов, введенных во время операции до уровня, который иммунная система пациента может преодолеть. Профилактика не предотвращает инфекцию, вызванную послеоперационное заражение. Профилактическое применение антибиотиков отличается от лечения антибиотиками тем, что первый предназначен для предотвращения инфицирования, тогда как последний - для устранения установленной инфекции, обычно требующей более длительного курс терапии [13,14].

Суть АБП заключается в достижении необходимой концентрации антибиотика в тканях до момента возможной микробной контаминации и поддержании этого уровня в течение всей операции и нескольких часов после оперативного вмешательства. Другими словами – это профилактика возможной инфекции, а потому она всегда является «эмпирической».

Прежде чем использовать, препарат может быть рассмотрен для использования в качестве профилактического антибиотика, должны быть доказательства того, что он уменьшает

послеоперационное инфекционное заболевание. Он также должен быть безопасным и недорогим, и он должен быть эффективными против микроорганизмов, которые могут встречаться в хирургической процедуре.

Задачи АБП включают: сокращение частоты послеродовых инфекций; оптимизация использования антибиотиков согласно принципам, эффективность которых доказана в клинических исследованиях; сведение к минимуму влияния антибиотиков на нормальную микрофлору пациента и защитные механизмы макроорганизма; снижение развития нежелательных лекарственных реакций [13].

Проблемы с АБП происходят при отборе антибиотика, а также времени и продолжительности использования. Неправильное использование АБП приводит к возрастающей проблеме противомикробной резистентности. Дополнительные последствия злоупотребления антибиотиками включают побочные эффекты реакций, взаимодействия лекарственных средств и увеличения стоимости как для пациента, так и для системы здравоохранения.

Установлены критерии выбора антибактериальных средств, соблюдение которых является обязательным. Антибиотик должен быть эффективным в отношении основных возбудителей послеоперационной инфекции. Проводимая АБП во время операции КС должна предупреждать развитие двух типов инфекционных осложнений: 1-раневую инфекцию, в основном обусловленную возбудителем грамположительными микроорганизмами кожных покровов (преимущественно золотистый и эпидермальный стафилококк); 2-инфекцию с наличием бактериального воспаления в других органах и тканях, связанных непосредственно и не связанных с участком оперативного вмешательства. В этом случае антибактериальный препарат должен быть эффективен в отношении грамотрицательных бактерий и анаэробных микроорганизмов. Выбранный антибиотик следует вводить своевременно и в течение определенного периода времени. Так как раневой инфекции способствует в основном грамположительная микрофлора, обитающая в кожных покровах, этим критериям отвечают ампициллин и цефалоспорины (цефазолин, цефуроксим, цефтриаксон). Родовая деятельность и излитие околоплодных вод являются наиболее важными факторами, наличие которых повышает риск развития инфекционных осложнений, причем этот риск возрастает с повышением продолжительности действия каждого фактора [5,12].

Было доказано, что АБП для женщин, с КС, снижается при инфекционной заболеваемости после КС как при высоком риске (при разрыве матки), так и у пациентов с низким риском (с неповрежденной маткой) [15].

Ряд исследований показывают, что единичная доза эффективна, но для длительных процедур (> 3 часа) доза должна повторяться с интервалом 1 или 2 раза в период полувыведения препарата. Также было высказано предположение, что при большой кровопотере (> 1500 мл) требуется вторая доза [14].

Хотя руководящие принципы одобряют использование профилактических антибиотиков для женщин, проходящих КС, не существует единых рекомендаций. Этот вопрос был рассмотрен в Кокрановском обзоре, впервые опубликованного в 1995 году и обновленного в 2010 году. В Кокрановском обзоре, озаглавленным «Антибиотикопрофилактика при кесаревом сечении», представлены результаты анализа 95 исследований, в которых участвовало более 15 000 женщин. После проведенного анализа выявлено, что профилактическая антибиотикотерапия у женщин, которым проводили КС, приводила к снижению риска осложнений, связанных с инфекцией, в том числе лихорадки, эндометрита, раневой инфекции, инфекций мочевыводящих путей и тяжелых послеоперационных инфекций; небольшое снижение было также обнаружено в показателе длительности пребывания женщины в больнице. Такой эффект значительного снижения послеоперационной инфекционной заболеваемости (приблизительно на две третьих) позволили составителям обзора рекомендовать профилактическую антибиотикотерапию всем женщинам, которым выполняют КС [1]. В связи с вероятностью негативного влияния АБП на ребенка и риском развития инфекций, вызванных резистентными микроорганизмами, препарат для АБП при КС рекомендовали вводить непосредственно после пережатия пуповины. Авторы изучали влияние различных схем антибиотиков, и аналогичное снижение частоты инфекций наблюдалось для большинства антибиотиков и комбинаций. В заключении авторы приходят к выводам, которые подтверждают рекомендацию о том, что профилактические антибиотики должны регулярно вводиться всем женщинам, проходящим КС, для предотвращения инфицирования. По сравнению с плацебо или без лечения, использование профилактических антибиотиков у женщин, проходящих кесарево сечение, уменьшило заболеваемость раневой инфекцией, эндометритом и серьезными

инфекционными осложнениями на 60-70%. При этом отмечается, недостаточное количество данных о побочных эффектах и информации о влиянии антибиотиков на ребенка, что затрудняло оценку общих преимуществ и вреда. Профилактические антибиотики, предоставляемые всем женщинам, проходящим плановое и экстренное КС, полезны для женщин, но существует неопределенность в отношении последствий для ребенка [1].

Периоперационная АБП в акушерстве включает: I-предоперационную АБП (введение антибиотиков за 30 минут до первого рассечения тканей); II-интраоперационную АБП (введение антибиотиков в течение операции после пережатия пуповины); III-постоперационную АБП (введение антибиотиков в первые 24 часа послеоперационного периода). Выделяют короткую схему АБП (предоперационная или интраоперационная, показана при «чистых» и «условно чистых» операциях) и длительную (предоперационная или интраоперационная и постоперационная (в первые 24 часа после операции), показана при «загрязнённых» операциях, при наличии двух или более факторов риска) [16].

Кокрановская база данных систематических обзоров, Американский колледж акушерства и гинекологов (ACOG) и Центр по контролю и профилактике заболеваний (CDC) для АБП рекомендуют для профилактики инфекции после КС цефалоспорины первого поколения, такие как цефазолин. Это объясняется тем, что они считаются одинаково эффективными и менее дорогостоящими, чем антибиотики широкого спектра действия. Однако, несмотря на использование антибиотиков, 10% КС все еще осложняются инфекцией и 15%- лихорадкой. Назначение антибиотиков не предназначено для стерилизации тканей, а предназначено для того, чтобы действовать как дополнение к снижению внутриоперационной микробной нагрузки до уровня, который может управляться врожденными и адаптивными иммунными ответами организма. Ампициллин достигает стрептококков группы В в пуповинной крови в течение пяти минут после введения матери, цефазолин достигает минимальной ингибирующей концентрации для этой группы в крови плода в течение 30 минут после введения. Проблемы, связанные с вмешательством антибиотиков с использованием антибиотиков широкого спектра действия на инфекцию с устойчивыми организмами, такими как Clostridium difficile или метациллин-резистентный Staphylococcus aureus, маловероятно с однократной профилактикой. Кроме того, более короткое пребывание в больнице, наблюдаемое после профилактики антибиотиками, не согласуется с увеличением инфекций от резистентных организмов [8,11].

В литературе представлены данные о снижении частоты гнойно-септических осложнений в группе женщин с плановым и экстренным КС. Антибиотикопрофилактика при выполнении планового КС проведена препаратом цефазолин или ампициллин, при экстренном КС - препаратом цефриаксон. Препараты использовали однократно в дозе 1,0 г во время операции кесарево сечение сразу после пережатия пуповины, затем, через 12 часов после операции. повторное введение 1,0 г. После терапии авторы не наблюдали какие-либо признаки воспаления [17]. В тоже время они отмечают, что пока ни один антибиотик или комбинация препаратов не могут рассматриваться как идеальное профилактическое средство для всех операций. Применение антибактериальных препаратов должно быть обоснованным, а показания дифференцированы и взвешены с учетом факторов риска развития инфекционных осложнений. Однако, основываясь на предварительных клинических и фармакоэкономических данных, авторы полагают, что внедрение в широкую практику цефтриаксона (Цеф III®) для интраоперационной профилактики в группе риска обеспечит снижение послеоперационных инфекционных осложнений. Таким образом, рутинное профилактическое назначение антибиотиков может уменьшить риск развития тяжелых инфекционных осложнений. Возможное отрицательное воздействие на ребенка может быть снижено при введении используемых препаратов только после пересечения пуповины [17].

A.L. Sutton et al. [18] оценили перинатальную фармакокинетику азитромицина после единичной дозы до операции у 30 женщин с плановой КС. Женщины получили 500 мг азитромицина внутривенно, на 15, 30 или 60 минут до рассечения тканей и введено более, чем за час. Авторы выявили, что единичная доза азитромицина достигает эффекта в плазме и тканевой концентрации и быстро транспортируется по плаценте. Тканевые концентрации, которые достигаются в миометрии, превышают минимальную ингибирующую концентрацию видов уреаплазмы.

На основании проведенного исследования Е.Ю. Слугина [19] считает препаратом выбора для периоперационной АБП цефазолин в дозировке 1,0 г х 4 раза в сутки внутривенно в течение 3 дней, цефтриаксон в дозировке 1,0 г х 2 раза в сутки внутривенно в течение 3 дней, цефуроксим в

дозировке 750 мг х 2 раза в сут внутривенно в течение 3 дней, амоксициллин/клавуланат в дозировке 1,2 х 3 раза в сут внутривенно в течение 3 дней.

П.М. Самчук и С.Ф. Торубаров [16] рекомендуют препаратами выбора для АБП следующие:

- Амоксициллин/клавуланат (Амоксиклав) 1,2 г внутривенно, медленно (в течение 3-5 мин).
- Амоксициллин/сульбактам 1,5 г внутривенно, медленно.
- Ампициллин/сульбактам 1,5 г внутривенно, медленно.
- Цефазолин 1 г внутривенно, медленно.
- Цефуроксим 1,5 г внутривенно, медленно.
- При аллергических реакциях на пенициллины и/или цефалоспорины применима комбинация клиндамицина и гентамицина.
- Клиндамицин 600 мг внутримышечно, внутривенно капельно.
- Гентамицина сульфат 80-120 мг (1,5 мг/кг) внутримышечно, внутривенно капельно.
- Цефабол (цефотоксим) 1 г в/в медленно (в течение 3-5 мин.)

Поскольку необходимость и эффективность профилактических антибиотиков для предотвращения инфекции после КС являются неопровержимым доказательством, текущие дебаты сосредоточены на выборе антибиотика и сроках введения. Что касается сроков, то дискуссия заключается в предварительном разрезе или после прижатия пуповины, а выбор антибиотика лежит между узким и широким спектром. На оба эти вопроса повлияли опасения, что антибиотики широкого спектра действия с предварительным разрезом могут маскировать неонатальную инфекцию или приводить к неонатальной инфекции, при которой организм не может быть культивирован. Существуют также опасения, что неправильный выбор антибиотика может привести к тому, что новорожденный подвергнется устойчивым штаммам бактерий, что может привести к ухудшению состояния новорожденного. Это подтверждается наблюдаемым сдвигом раннего неонатального сепсиса от стрептококков группы В до Escherichia coli и других грамотрицательных микроорганизмов, а также изменения моделей резистентности, которые могут повлиять на раннюю колонизацию кишечника и могут вызвать бронхиальную астму и аллергию в раннем детстве [11].

Несмотря на наличие неопровержимым доказательств того, что антибиотикопрофилактика КС эффективна при профилактической материнской инфекционной заболеваемости, проблемы, связанные с неонатальной инфекцией, ограничивают применение АБП при назначении антибиотиков в узком диапазоне после заживления пуповины, а не в режиме предварительного разреза, антибиотика широкого спектра действия, который используется у небеременных, подвергающихся серьезной хирургической операции. Данные свидетельствуют о том, что антибиотики широкого спектра действия более эффективны в профилактике инфекций после КС, чем при применении антибиотиков с узким диапазоном после зажима, без ущерба для инфекционной заболеваемости новорожденных. Эта стратегия была принята ACOG и Американской академией педиатров, хотя национальные руководящие принципы еще не изменились. Тем не менее, комбинация антибиотиков широкого спектра / предварительного разреза для КС по сравнению с узкодиапазонным / пост-зажимом не была протестирована, и существует настоятельная необходимость в этом исследовании. Такое исследование должно было бы учитывать, как инфекционную заболеваемость матерей, так и новорожденных, а также долгосрочное наблюдение за новорожденными.

Применение для интраоперационной АБП позволит расширить возможность выбора лекарственных препаратов.

Таким образом, результаты различных исследований, существующие рекомендации свидетельствует о необходимости продолжения поиска относительно оптимального препарата или их комбинации для профилактики гнойно-септических осложнений после КС. Актуальным является проведение исследований по определению оптимального для матери и плода антибактериального препарата в целях предупреждения послеоперационных гнойно-септических осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Smaill F.M., Grivell R.M. Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section // Cochrane library. 2014, DOI: 10.1002/14651858.CD007482.pub3

2. World Health Organization. Global health observatory data repository: births by caesarean section (%). http://apps.who.int/gho/data/node.main. REPWOMEN39?lang=en. Accessed October 3, 2014

3. Smaill F., Hofmeyr G.J. Antibiotic prophylaxis for cesarean section // Cochrane Database Syst Rev, 2002, v.3

4. Costantine M.M., Rahman M., Ghulmiyah L. et al. Timing of perioperative antibiotics for cesarean delivery: a metaanalysis // Am J Obstet Gynecol., 2008, v.199(3), p.301

5. Shamna M.S., Kalaichelvan V.K., Fazil Marickar Y.M., Deepu.S. Cesarean Section and Prophylactic Antibiotics // Journal of Pharmacy and Biological Sciences, 2014, v.9(4), p.51-54

6. Chelmow D., Ruehli M.S., Huang E. Prophylactic use of antibiotics for nonlaboring patients undergoing cesarean delivery with intact membranes: a meta-analysis // Am J Obstet Gynecol., 2001, v.184, p.656–61.

7. Gordon S.M. Antibiotic prophylaxis against postoperative wound infections // Cleve Clin J Med., 2006, v.73 (Suppl 1), p.S42-5.

8. Sullivan S.A., Smith T., Chang E. et al. Administration of cefazolin prior to skin incision is superior to cefazolin at cord clamping in preventing postcesarean infectious morbidity: a randomized, controlled trial // Am J Obstet Gynecol., 2007, v.196, p.455

9. Анохова Л.И., Белокриницкая Т.Е., Патеюк А.В., Кохан С.Т. Послеродовой эндометрит и его профилактика (Обзор литературы). Научное обозрение // Медицинские науки, 2016, №4, с.6-13

10.Tita A.T., Rouse D.J., Blackwell S. et al. Emerging concepts in antibiotic prophylaxis for cesarean delivery: a systematic review // Obstet Gynecol., 2009, v.113, p.675-82.

11.Lamont R.F., Sobel J., Kusanovic J.P. et al. Current Debate on the Use of Antibiotic Prophylaxis for Cesarean Section // BJOG, 2011, v.118(2), p.193-201.

12.Martin E.K., Beckmann M.M., Barnsbee L.N. et al. Best practice perioperative strategies and surgical techniques for preventing caesarean section surgical site infections: a systematic review of reviews and meta-analyses // BJOG, 2018, v.125, p.956-964

13.Антибиотикопрофилактика при абдоминальном родоразрешении. Федеральные клинические рекомендации. М., 2013, 13 с.

14.Salah Gammouh Mohan P. Joshi Improving Antibiotic Prophylaxis in Cesarean Section in Jordanian Hospitals: SIAPS Technical Report March 2013, 146p.

15.Ronghua Liu, Lin Lin, Dujuan Wang. Antimicrobial prophylaxis in caesarean section delivery // Exp Ther Med., 2016, 12(2), p.961-964.

16.Самчук П.М., Торубаров С.Ф. Антибиотикопрофилактика при абдоминальном родоразрешении. Практические рекомендации. М., 2015, 6 с.

17.Исенова С.Ш., Исина Г.М., Дженалаев Т.Б., Сейталиева А.Е. Профилактическое назначение антибиотиков при операции кесарево сечение //Медицина, 2013, 9, с.42-45.

18.Sutton A.L., Acosta E.P., Larson K.B. et al. Perinatal pharmacokinetics of azithromycin for cesarean prophylaxis // American Journal of Obstetrics & Gynecology, 2015, v.212(6), p.812

19.Слугина Е.Ю. Периоперационная антибиотикопрофилактика при операции кесарево сечение // Медицина и экология, 2012, №1, с.88-91

20.Сухих Г, Ушкалова Е., Шифман Е. Антибиотикопрофилактика при операции кесарева сечения // Врач, 2011, №1, с.3-6.

Xülasə

Kesar kəsiyi zamanı antibiotiklər ilə profilatika

S.M.Qəhrəmanova

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı KK-in tezliyini 15% azaltmağı tövsiyə edir, lakin inkişaf etmiş ölkələrdə KK-in tezliyi 20%-dn çox olub, sürətli templər ilə artmaqda davam edir. KK-yə olan göstərişlərin genişlənməsi perinatal ölüm strukturunda müsbət dəyişiklikləri müəyyən etməyə imkan verir, lakin eyni zamanda doğuşdan sonrakı irinli-septik xəstəliklərin sayının artmasına səbəb olur. Əməliyyatdan sonrakı infeksion ağırlaşmaların qarşısının alınması üçün antibiotik profilaktikası böyük əhəmiyyət kəsb edir, bu profilatik tədbirlərin məqsədi toxumaların sterilləşdirilməsindən ibarət deyil, mikroorqanizmlərin kolonizasiyasının təzyiqinin azalmasından ibarətdir, buna da xəstənin immun sistemi müqavimət göstərə bilmir. Müxtəlif tədqiqatçıların göstəricilərinə əsasən əldə edilən tövsiyələr KK-dən sonra irinili-septik ağırlaşmaların profilaktikası üçün nisbi optimal preparatların və ya onların kombinasiyasının axtarışı zərurətinin olduğunu göstərir.

Summary

Antibiotic prophylaxis for caesarean section

S.M.Gahramanova

The World Health Organization recommends not to exceed the number of CS by 15%, however in developed countries the frequency of CS already exceeds 20% and continues to grow at a rapid pace. Expansion of indications to CS allowed to achieve certain positive changes in the structure of perinatal mortality, but at the same time led to an increase in postpartum purulent-septic diseases. To prevent postoperative infectious complications, antibiotic prophylaxis is of great importance, the goal of which is not

to sterilize tissues, but to reduce the colonization pressure of microorganisms introduced during the operation to a level that the patient's immune system can overcome. The results of various studies, existing recommendations indicate the need to continue searching for the optimal drug or a combination thereof for the prevention of purulent-septic complications after CS.

Daxil olub: 20.08 2018

HCl BUXARI İLƏ TƏNƏFFÜS FONUNDA ORQANİZMİN ANTİOKSİDANT MÜDAFİƏ SİSTEMİNİN YÜKSƏLDİLMƏSİNİN QARACİYƏRİN FUNKSİONAL VƏZİYYƏTİNƏ TƏSİRİ

H.F.Xıdırova
Azərbaycan Tibb Universitetinin Elmi-Tədqiqat Mərkəzi, Bakı

Açar sözlər: qaraciyər, limfa dövranı, mikrosirkulyator sistem, ekzotoksikoz
Ключевые слова: печень, циркуляция лимфы, микроциркуляторная система, экзотоксикоз
Keywords: liver, lymph circulation, microcirculatory system, ekzotoksikoz

Mövzunun aktuallığı. Müxtəlif endogen və ekzogen faktorların orqanizmə təsiri zamanı inteqrativ sistemlərdə baş verən dəyişikliklərin öyrənilməsi aktual problemlərdəndir [1,2,4,5]. Bu zaman orqanizmdə bir sıra stereotip reaksiyalar gedir ki, bu da hemodinamikanın pozulması, metobolik və sirkulyator asidoz problemlərinə səbəb olur. Xüsusilə, hemostaz və detoksikasiya funksiyalarını üzərinə götürən qaraciyər və regionar limfa sistemi patoloji təsirlərə məruz qalır [5,7,12,13].

Lakin oraqnizmin immunogen reaktivliyinə mühüm təsiri olan qaraciyərin müxtəlif funksiyalarının öyrənilməsinə dair geniş elmi tədqiqatlar aparılsa da [3,6,8,9,10,11] toksiki maddələrin müxtəlif müddətlərdə orqanizmə təsiri zamanı limfa və mikrosirkulyator sistemlərinin qarşılıqlı əlaqəsi kifayət qədər tədqiq edilməmişdir.

Tədqiqatın məqsədi alkoqol qəbulu ilə paralel olaraq qarın boşluğuna ridutox preparatı yeridilməsinin qaraciyərin funksional vəziyyətinə o cümlədən, limfa dövranına, damar strukturuna təsirinin öyrənilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqatlar Azərbaycan Tibb Universitetinin Elmi-Tədqiqat Mərkəzində 16 baş şinşilla cinsinə mənsub olan dovşan üzərində aparılmışdır. Təcrübəyə cəlb olunan heyvanlar hər birində 4 baş olmaqla 4 qrupa bölünmüşdür. I qrup nəzarət qrupu olub intakt vəziyyətində olan heyvanların qaraciyəri çıxarılaraq ondan homogenat hazırlanmışdır.

Qalan 12 baş dovşan xüsusi kameradan istifadə etməklə HCl turşusu buxarı ilə tənəffüs etdirməklə intoksikasiyaya məruz qalmışdır. HCl turşusu buxarı ilə tənəffüs aparılması 30 dəqiqə müddətində olmuş və 7 gün müddətində davam etdirilmişdir. 2-ci yarımqrupa daxil olan 4 baş dovşan təcrübənin 10-cu günü təcrübədən cıxarılmışdır. Qalan 8 baş dovşan isə təcrübənin 21-ci günündən başlayaraq 4 gün müddətində yenidən HCl buxarı ilə tənəffüs etdirilmişdir. Təcrübənin 30-cu günündə (3-cü yarımqrupa daxil olan) 4 baş dovşan təcrübədən çıxarılmışdır. 4-cü yarımqrupa daxil olan 4 baş dovşan isə təcrübənin 50-ci günündən başlayaraq HCl buxarı ilə tənəffüs etdirmış, 60-cı gündə heyvanlar təcrübədən çıxarılmışlar.

Tədqiqatda qanın toksikliyinin təyini (bioloji üsulla), qaraciyərdə limfa axının sürətini Feola üsulu ilə təyini, qaraciyərdə limfanın əmələ gəlmə tezliyinin Feola üsulu ilə təyini, qaraciyərdə mikrosirkulyator şəbəkənin Avtandilov metodu ilə təyini metodlardan istifadə edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri. Aparılan tədqiqatların nəticələri göstərir ki, HCl buxarı ilə tənəffüslə yanaşı qarın boşluğuna ridutox preparatı yeritdikdən 10 gün sonra 1-ci yarımqrup heyvanlarında qaraciyərdə limfanın axma sürəti intakt qrupla müqayisədə 7,2% yüksəlmişdir. Belə ki, intakt qrupda bu göstəricinin axma sürətinin orta kəmiyyət göstəricisi 127,8±6,2 san-yə, minimal həddi 112 san., maksimal həddi isə 140 saniyəyə bərabər olduğu halda, təcrübənin 10-cu günündə limfanın axın sürətinin orta kəmiyyət göstəricisi isə bir qədər ləngiyərək 137,8±8,9 saniyəyə, minimal həddi 118 saniyəyə, maksimal həddi isə 160 saniyəyə çatmışdır. Göründüyü kimi, qaraciyərdə limfanın axma sürətinin hər iki həddi normada bir qədər aşağı

olmuşdur (cədvəl 1). Qeyd edək ki, 1-ci qrupa daxil olmuş təcrübə heyvanlarının qaraciyərində limfanın axım sürəti HCl buxarı ilə tənəffüsün 10-cu günündə normadan aşağı olmuşdur. Ridutox yeridilmiş qrupda (3-cü qrup) isə qaraciyərdə limfanın axma sürəti 1-ci qrupun müvafiq yarımqrupu ilə müqayisədə 10,7% artmışdır.

Cədvəl 1
Ekzogen intoksikasiya fonunda qarın boşluğuna ridutox yeridilməsinin qaraciyərin limfa dövranına təsiri

Öyrənilən göstəricilər	Statistik göstəricilər	İntakt vəziyyət n=4	Müşahidə günləri (n=4)		
			10	30	60
LAS, san.	M±m	127.8±6.2	137±8.9	178.8±31.5	225±33.8
	Min	112	118	110	140
	Max	140	160	250	300
	P	-	>0.05	>0.05	<0.05
LƏSM, san.	M±m	317±12.8	302.5±20.6	408±33	430±31.4
	Min	296	250	352	350
	Max	352	350	500	500
	P	-	>0.05	<0.05	<0.05
QAQ, ş.v.	M±m	1.03±0.25	1.5±0.32	2.15±0.23	2.6±0.25
	Min	0.5	0.9	1.7	1.9
	Max	1.7	2.1	2.8	3.1
	P	-	>0.05	<0.05	<0.01

Təcrübənin 30-cu günü qaraciyərdə limfanın axma sürəti bir qədər də ləngiyərək 178,8±31,5 saniyəyə, (min=110 san; max=250 san) bərabər olmuşdur. Buradan göründüyü kimi təcrübə heyvanlarından bəzilərində limfa axını sürətlənmişdir. Ona görə də minimal hədd 110 saniyəyə bərabər, yəni intakt vəziyyətə yaxınlaşmışdır. Lakin, bununla yanaşı maksimal həddi intakt qrupdan 110 saniyə, 10-cu gündən isə 90 saniyə yüksək olub, limfanın axım sürətinin intakt qrupla müqayisədə 39,9% və ya 1,4 dəfə, 10-cu günlə müqayisədə isə 1,5 dəfə və ya 34,4% (P<0,05) ləngiməsini göstərir (cədvəl 1).

Təcrübənin 60-cı günündə də qaraciyərdə limfanın axma sürətinin ləngiməsi davam etmiş və bu azalma intakt qrupla müqayisədə 76,1% (P<0,05) təşkil etmişdir. Onun axma sürətinin orta kəmiyyət göstəricisi 225±33,8 saniyəyə, minimal həddi 140 saniyəyə, maksimal həddi isə 300 saniyəyə bərabər olmuşdur. 10-cu günlə müqayisədə 60-cı gün qaraciyərdə limfanın axma sürəti 1,6 dəfə və ya 64,2% (P<0,05) azalmışdır. 2-ci qrupla müqayisədə isə 1,5 dəfə və ya 31,8% azalmışdır (cədvəl 1).

Beləliklə, HCl buxarı ilə tənəffüs etdirməklə yaradılmış xroniki intoksikasiyası modeli fonunda qarın boşluğuna ridutox məhlulu yeridildikdən sonra bütün təcrübə ərzində intakt qrupa nisbətən qaraciyərdə limfanın axma sürəti get-gedə ləngisə də, 1-ci qrupla müqaysədə əhəmiyyətli dərəcədə artmışdır. Deməli, ridutox məhlulu xroniki ekzogen intoksikasiya təsirindən qaraciyərdə limfa axınının sürətini artırır, lakin onu tam normallaşdıra bilmir. Başqa sözlə xroniki ekzogen intoksikasiya fonunda inkişaf edən hepatitlər zamanı orqanizmin antioksidant müdafiə sisteminin yüksəldilməsi qaraciyərin pozulmuş limfa dövranına yaxşı təsir göstərir və onun pozulmuş funksiyasını qismən də olsa bərpa edir.

HCl buxarı ilə tənəffüs etdirməklə ekzogen mənşəli xroniki intoksikasiya modeli yaradılmış təcrübə heyvanlarının qarın boşluğuna ridutox məhlulu yeridlilməsindən sonra qaraciyərdə limfanın əmələ gəlmə müddətində aşağıdakı dəyişikliklər baş vermişdir. Təcrübənin 10-cu günü limfanın əmələ gəlmə müddəti intakt vəziyyətə nisbətən 4,6% qısalmışdır. Onun orta kəmiyyət göstəricisi 302,5±20,6 saniyə, minimal həddi 250 saniyə, maksimal həddi isə 350 saniyə çəkmişdir (cədvəl 1). Lakin 1-ci qrupla müqayisədə isə 1,7% artmışdır (cədvəl 1).

Bunun əksinə olaraq təcrübənin 30-cu günü limfanın əmələ gəlmə müddəti bir qədər də uzanaraq 408±33 saniyə, minimal həddi 352 saniyə, maksimal həddi isə 500 saniyə çəkmişdir ki, bu da limfanın əmələ gəlmə müddətinin intakt qrupla müqayisədə 28,7% (P<0,05) və ya 1,3 dəfə ləngiməsini, 1-ci qrupla müqayisədə isə 7,8% tezləşməsini göstərir. Müşahidənin müddəti uzandıqca qaraciyərdə limfanın əmələ gəlmə müddəti bir qədər də artaraq 430±31,4 saniyə, minimal həddi 350 saniyəyə, maksimal həddi isə 500 saniyəyə bərabər olmuşdur. Buradan göründüyü kimi limfanın əmələ gəlmə müddətinin maksimal həddi təcrübənin 60-cı gün 30-cu günündən fərqlənməmişdir. İntakt qrupla müqayisədə təcrübənin 60-cı günü limfanın əmələ gəlmə müddəti 35,6% (P<0,05) və ya 1,4 dəfə, 10-cu günlə müqayisədə isə 42,1% (P<0,05) və ya 1,4 dəfə

uzanmışdır. Lakin 2-ci qrupla müqayisədə isə qaraciyərdə limfanın əmələ gəlmə müddəti 22.9%, və ya 1,3 dəfə qısalmışdır (cədvəl 1).

Beləliklə, HCl buxarı ilə tənəffüs etdirməklə yaradılmış ekzogen mənşəli xroniki intoksikasiya modeli fonunda qarın boşluğuna ridutox məhlulunun yeridilməsi nəticəsində qaraciyərdə limfanın əmələ gəlmə müddəti intakt qrupa nisbətən bir qədər ləngisə də 1-ci qrupa nisbətən bütün təcrübə müddətində tezləşmişdir.

Ekzogen intoksikasiya modeli yaradılmış təcrübə heyvanlarının qarın boşluğuna ridutox məhlulu yeridildikdən 10 gün sonra qaraciyərdə QAQ-ların histokimyəvi miqdarının orta kəmiyyət göstəricisi intakt qrupa nisbətən artaraq 1,5±0,32 ş.v.-ə, minimal həddi 0,9 ş.v.-ə, maksimal həddi isə 2,1 ş.v.-ə bərabər olmuşdur. Bu kəmiyyətlər intakt heyvanlarda 1,03±0,25 ş.v.-ə, minimal həddi 0,5 ş.v.-ə, maksimal həddi isə 1,7 ş.v.-ə uyğundur. Göründüyü kimi QAQ-ların hər iki həddi təcrübə qrupunda 0,4 ş.v. çoxdur. Təcrübə və intakt qrupun orta kəmiyyət göstəricilərinin müqayisəsi göstərir ki, bu miqdar 10-cu gün 46,3% yüksəlmişdir. Lakin 1-ci qrupa nisbətən 26,8% azalmışdır (cədvəl 1).

30-cu günün nəticələri göstərir ki, qaraciyərdə QAQ-ların histokimyəvi miqdarının orta kəmiyyət göstəricisi intakt qrupa nisbətən 2,1 dəfə və ya 109,8% (P<0,05) artmış və onun miqdarı 2,15±0,23 ş.v.-ə, minimal həddi 1,7 ş.v.-ə, maksimal həddi isə 2,8 ş.v.-ə bərabər olmuşdur. 10-cu günə nisbətən bu miqdarı 43,3% (P<0,05) və ya 1,4 dəfə çox, 2-ci qrupa nisbətən isə 17,3% (P<0,05) azdır.

Təcrübənin sonuncu günü aparılan müayinənin nəticəsi göstərir ki, QAQ-ların histokimyəvi miqdarı daha da artaraq 2,6±0,25 ş.v.-ə bərabər olmuşdur ki, bu da norma ilə müqayisədə 153,7% (P<0,01) və ya 2,5 dəfə çoxdur. Lakin 1-ci qrupda olduğundan 14% azdır (cədvəl 1).

Aparılan bu tədqiqatların nəticələri göstərir ki, HCl buxarı ilə tənəffüs etdirməklə yaradılan ekzogen mənşəli xroniki intoksikasiya modeli fonunda qarın boşluğuna ridutox məhlulunun yeridilməsindən sonra qaraciyərdə QAQ-ların histokimyəvi miqdarı norma ilə müqayisədə artsa da, 1-ci qrupa nisbətən azalmışdır.

Beləliklə, HCl buxarı ilə tənəffüs etdirməklə dovşanlarda yaradılan ekzogen mənşəli xroniki intoksikasiya zamanı orqanizmin antioksidant müdafiə sisteminin yüksəldilməsi qaraciyərin limfa dövranını nəzərə çarpacaq dərəcədə yaxşılaşdırır və ödemin qismən də olsa, inkişafının qarşısını almış olur.

Təcrübələrin nəticələri göstərir ki, HCl buxarı ilə tənəffüs etdirməklə yaradılan ekzotoksikoz modeli fonunda qarın boşluğuna ridutox məhlulu yeridilməsindən 10 gün sonra qaraciyərdə 1 mm^2 sahəyə düşən funksiyaya malik hemokapilyarların sayı 500-800 ədəd arasında dəyişərək, orta kəmiyyət göstəricisi 682,5±80,5 ədədə bərabər olmuşdur. İntakt qrupda isə bu göstərici 612,5±42,7 ədəd olmuşdur. Qruplar arası müqayisə göstərir ki, 10-cu gün funksiyaya malik hemokapilyarların miqdarı intakt vəziyyətlə müqayisədə 11,4% (P>0,05) artmışdır.

Ridutox məhlulunun yeridilməsinin 30-cu günü 1 mm^2 sahəyə düşən funksiyaya malik hemokapilyarların sayı 10-cu günlə müqayisədə 2,9% azalsa da intakt qrupa nisbətən 8,2% çoxalmışdır. Beləliklə, təcrübənin 30-cü günü 3-cü qrupa aid edilmiş dovşanların qaraciyərində funksiyaya malik hemokapilyarların sayının orta kəmiyyət göstəricisi 662,5±68,8-ə, minimal həddi 500-ə, maksimal həddi isə 800-ə bərabər olmuşdur (cədvəl 6.2).

Ekzogen intoksikasiya fonunda qarın boşluğuna ridutox yeridilməsinin 60-cı günü qaraciyərdə 1 mm^2 sahəyə düşən funksiyaya malik hemokapilyarların sayı 632,5±71,1-ə, minimal həddi 450-ə, maksimal həddi isə 780-a bərabər olmuşdur. Qeyd olunan miqdar 10-cu günlə müqayisədə 7,3% azalsa da intakt qrupdan 3,3%, 1-ci qrupdan isə 78,2% (P<0,05) və ya 1,8 dəfə artıq olmuşdur.

Beləliklə, ekzogen intoksikasiya fonunda qarın boşluğuna ridutox preparatı yeridilmiş dovşanların qaraciyərində 1 mm^2 sahəyə düşən funksiyaya malik hemokapilyarların sayı intakt qrupa nisbətən 10-cu gün kəskin şəkildə artsa da, təcrübənin sonrakı günlərində tədricən azalaraq normal həddə yaxınlaşmışdır.

Orqanizmin antioksidant müdafiə sisteminin gücləndirilməsi funksiyaya malik hemokapilyarların diametrinin genişlənməsinə də səbəb olmuşdur. Belə ki, riditox məhlulu vurulmuş təcrübə heyvanlarının qaraciyərdə 1 mm^2 sahəyə düşən funksiyaya malik hemokapilyarların diametrinin orta kəmiyyət göstəricisi intakt qrupdan demək olar ki, çox az fərqlənmişdir. Belə ki, intakt qrupda funksiyaya malik hemokapilyarların mənfəzinin ölçüsünün orta kəmiyyət göstəricisi 4,18±0,72 mkm-ə, minimal hədd 2,9 mkm, maksimal həddi isə 6,2 mkm-ə bərabər olduğu halda, 3-cü qrupa daxil olan heyvanlarda təcrübənin 10-cu günü onların sayı 1,8% azalaraq 4,1±0,67 mkm–a, minimal hədd 2,9 mkm, maksimal həddi isə 6 mkm–ə bərabər olmuşdur (cədvəl 6.2). Lakin 1-ci qrupla müqayisədə funksiyaya malik hemokapilyarların mənfəzi 15,9% genişlənmişdir.

Analoji dəyişikliklər təcrübənin 30-cu günündə də müşahidə edilir. Belə ki, funksiyaya malik hemokapilyarların mənfəzinin ölçüsünün orta kəmiyyət göstəricisi 3,98±0,64 mkm-ə, minimal həddi 2,4 mkm-ə, maksimal həddi isə 5,2 mkm-ə bərabər olmuşdur. Buradan göründüyü kimi təcrübənin 30-cu

günündə qaraciyərin funksiyaya malik hemokapilyarlarının mənfəzi intakt qrupla müqayisədə 4,8%, 10-cu günlə müqayisədə 3,0% daralmışdır (cədvəl 2). Lakin 1-ci qrupla müqayisədə onların mənfəzi 28,2% genişlənmişdir.

Norma ilə müqayisədə təcrübənin 60-cı günü qaraciyərdə 1 mm^2 sahəyə düşən funksiyaya malik hemokapilyarların diametri bir qədər də daralaraq 3,78±0,51 mkm-ə bərabər olmuşdur. Onun minimal həddi artaraq 2,8 mkm-ə bərabər olsa da, maksimal həddi 30-cu gündən fərqlənməmişdir. Beləliklə, təcrübənin 60-cı günü adı çəkilən damarın mənfəzi intakt vəziyyətlə müqayisədə 9,6%, 10-cu günlə müqayisədə 7,9% daralsa da, 1-ci qrupla müqayisədə 39,8% genişlənmişdir.

Beləliklə, HCl buxarı ilə tənəffüs etdirilmiş heyvanların qarın boşluğuna ridutox preparatının yeridilməsi 1-ci qrupla müqayisədə qaraciyərdə 1 mm^2 sahəyə düşən funksiyaya malik hemokapilyarların sayının artması ilə yanaşı, mənfəzinin də genişlənməsinə səbəb olur.

Aparılan tədqiqatların nəticələri göstərmişdir ki, HCl buxarı ilə tənəffüs etdirməklə yaradılan ekzogen intoksikasiya fonunda dovşanların qarın boşluğuna ridutox preparatı yeridilməsi qaraciyərin mikrosirkulyator şəbəkənin ümumi sahəsinin ölçüsünü demək olar ki, dəyişmir və intakt vəziyyətində olan çərçivədə saxlayır. Belə ki, normada mikrosirkulyator şəbəkənin ümumi sahəsi 4750±250 mkm^2, minimal hədd 4200 mkm^2, maksimal hədd isə 5400 mkm^2 olduğu halda, təcrübənin 10-cu günü bu 4800±316,2 mkm^2-a, minimal hədd 4200 mkm^2, maksimal hədd isə 5600 mkm^2 bərabər olmuşdur ki, bu da intakt vəziyyətdən çox az, cəmi 1,1% fərqlənmişdir (cədvəl 2). Lakin 1-ci qrupla müqayisədə mikrosirkulyator şəbəkənin ümumi sahəsi 3% genişlənmişdir.

Təcrubənin 30-cu günü qaraciyərin mikrosirkulyator şəbəkəsinin ümumi sahəsinin ölçüsü normaya nisbətən 1,1% azalmış və onun orta qiyməti 4700±288,7 mkm^2 olmuşdur. Bu miqdarı 10-cu gündən alınan kəmiyyət göstəricisində cəmi 2,1% az olmuşdur (cədvəl 2). 1-ci qrup heyvanlarından alınan nəticə ilə müqayisədə isə mikrosirkulyator şəbəkənin ümumi sahəsi 19,6% genişlənmişdir.

Təcrübənin 60-cı günü qaraciyərdə mikrosirkulyator şəbəkənin ümumi sahəsinin ölçüləri norma ilə müqayisədə 17,4% azalmışdır. Onun ölçüsünün orta kəmiyyət göstəricisi 3925±381,6 mkm^2-a minimal həddi 4000 mkm^2-na, maksimal həddi isə 4800 mkm^2-na bərabər olmuşdur. Təcrübənin 10-cu günündən alınmış nəticə ilə müqayisədə mikrosirkulyator şəbəkənin ümumi sahəsi 18,2% azalsa da, 1-ci qrupa daxil olmuş heyvanları ilə müqayisədə 17,2% artmışdır.

Beləliklə, HCl buxarı ilə tənəffüs etdirməklə yaradılan ekzogen intoksikasiya fonunda qarın boşluğuna ridutox preparatı yeridilməsi qaraciyərin mikrosirkulyator şəbəkənin ümumi sahəsinin ölçüsü nəzərə çarpacaq dərəcədə artırmışdır.

Cədvəl 2

Ekzogen intoksikasiya fonunda qarın boşluğuna ridutoxun yeridilməsinin qaraciyərin damar strukturunda baş vermiş dəyişikliyə təsiri

Öyrənilən göstəricilər	Statistik göstəricilər	İntakt vəziyyət	QRUPLAR (n=4)		
			Alkoqol + ridutox (günlər)		
			10	30	60
H/kap. sayı, mkm^2	M±m Min Max P	612.5±42.7 500 700 -	682.5±80.5 500 850 >0.05	662.5±68.8 500 800 >0.05	632.5±71.1 450 780 >0.05
H/kap. diametri, mkm^2	M±m Min Max P	4.18±0.72 2.9 6.2 -	4.1±0.67 2.9 6 >0.05	3.98±0.64 2.4 5.2 >0.05	3.78±0.51 2.8 5.2 >0.05
M/s/ş sahəsi, mkm^2	M±m Min Max P	4750±250 4200 5400 -	4800±316.2 4200 5600 >0.05	4700±288.7 4000 5400 >0.05	3925±381.6 4000 4800 >0.05

Düzdür bu zaman mikrosirkulyator şəbəkənin ümumi sahəsinin ölçüləri intakt səviyyədə olan ölçülərdən az olsa da, yalnız HCl buxarı ilə tənəffüs etmiş 1-ci qrup təcrübə heyvanları ilə müqayisədə əhəmiyyətli dərəcədə artıq olmuşdur. Bütün bunlara əsaslanaraq hesab etmək olar ki, ekzogen mənşəli intoksikasiya zamanı qarın boşluğuna ridutox yeritdikdən sonra qaraciyərin damar strukturunda patoloji istiqamətdə baş vermiş dəyişikliklər qismən də olsa normal həddə doğru istiqamətlənmişdir.

Nəticələr: 1. HCl buxarı ilə tənəffüs etdirməklə yaradılmış xroniki intoksikasiyası modeli fonunda qarın boşluğuna ridutox məhlulu yeridildikdən sonra bütün təcrübə ərzində intakt qrupa nisbətən qaraciyərdə limfanın axma sürəti get-gedə ləngisə də, intakt qrupla müqaysədə əhəmiyyətli dərəcədə artmışdır.

2. HCl buxarı ilə tənəffüs etdirməklə yaradılan ekzogen mənşəli xroniki intoksikasiya modeli fonunda qarın boşluğuna ridutox məhlulunun yeridilməsindən sonra qaraciyərdə QAQ-ların histokimyəvi miqdarı norma ilə müqayisədə artsa da, intakt qrupa nisbətən azalmışdır.

3.Ekzogen intoksikasiya fonunda qarın boşluğuna ridutox preparatı yeridilmiş dovşanların qaraciyərində 1 mm^2 sahəyə düşən funksiyaya malik hemokapilyarların sayı intakt qrupa nisbətən 10-cu gün kəskin şəkildə artsa da, təcrübənin sonrakı günlərində tədricən azalaraq normal həddə yaxınlaşmışdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Cavadova C.T. Peritoneal intoksikasiya sindromu zamanı qaraciyərin fermentativ funksiyasının pozulmasının patogenezinin bəzi məsələləri. Tibb elm.nam.diss..... avtoreferatı. Bakı,2005,19s

2. Əliyev Ə.H. Peritoneal intoksikasiya zamanı qaraciyər çatmamazlığının patogenezində limfa dövranının rolu və onun tənzimlənmə yolları (eksperimental-klinik tədqiqat). Tibb elm.nam.diss..... avtoreferatı. Bakı,2007,20s

3. Kərimova R.C., Hacıyeva G.Y. Xlorid (HCl) turşusu buxarı ilə xroniki zəhərlənmə zamanı qanda lipid peroksidləşməsinin vəziyyəti // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, 2013, № 1,s.90-92

4. Qarayev Q.Ş., Vəliyeva Z.Y., İsmayılov Y.B. Toksikliyi müxtəlif olan peritoneal eksudatın müsariqə limfa düyünlərinə yeridilməsindən qanda immunoloji markerlərə təsiri // Azərbaycan Təbabətinin müasir nailiyyətləri, 2010, № 3, s.108-112

5. Qarayev Q.Ş., Nəzərəliyeva İ.İ., İsmayılov Y.B. və baş. Endotoksikoz və onun inkişaf mexanizmi haqqında // Sağlamlıq.2010,№ 8, s.175-179

6. Ахмедов Р.М. К вопросу о профилактике рецидивов эхинококкоза печени // Алманах института им. Вишневского. 2011, Т.6, №2, с.135-136

7. Белова Я. В., Алтуфьев Ю. В. Механизмы развития патологических процессов в печени // Естественные науки.2009, № 3, с.114-120

8. Жаксылыкова А.К., Аллкабаев И.А., Идрисов А.В. и др. Морфофункциональые изменения в некоторых паренхиматозных органов при экзо- и эндотаксикозе // Вестник Казанского Нацмонального Медициского Унмверситета. 2012, №3, с.76-78

9. Ксейко Д.А., Генинг Т.П. Процессы перекисного окисления липидов и защитная роль актиоксидантной системы в печени и эритроцитах в условиях острой кровопотери // Записка Ульяновский Государственный Университет, 2012, № 9, с.131-138.

10.Bathla L. Left lobe liver transplants // Surgical Climes of North America. 2013, v.13, p.109-111

11. Catalano O., Singh A., Uppot K., et al. Vascular and biliary variants in the liver: Implications for liver surgery // RadioGraphics., 2008, v.28, No2, p.359-378

12. Fernandez-Iglesias A., Gracia-Sancho J. How to face chronic liver disease: the sinusoidal perspective // Front Med (Lausanne). 2017, v.4, p.7

13.Lechowicz R., Slwertow M. Standards of the polish ultra sound society. Ultrasound examinotion of the portal system and hepatic vessels // Ultrasoun. 2015, v.16, No61, p.208-226

Резюме

Воздействие на функциональное состояние печени поднятия антиоксидантной защитной системы организма на фоне вдыхания паров HCl

Х.Ф.Хыдырова

Целью работы было изучение влияния приёма алкоголя с параллельным введением в брюшную полость препарата ridutox на функциональное состояние печени, а также лимфообращение и сосудистые структуры. Исследования проводились в Научно-исследовательском Центре Азербайджанского Медицинского Университета. Объектами исследования были 16 особей кроликов породы «шиншилла». В ходе работы применялся метод анализа токсичности крови, измерение скорости образования лимфы и лимфотока по методу Феола, определение микроциркуляторной сети по методу Автандилова. Результаты исследований показали, что введение в брюшную полость ridutox на фоне смоделированной хронической интоксикации (путём вдыхания паров HCl) вызывает замедление скорости лимфотока у опытных животных. После введения ridutox в брюшную полость (на фоне экзогенной респираторной интоксикации парами HCl) гистохимические показатели ГАГ печени оказываются выше нормы, хотя по сравнению с интактной группой они уменьшаются. У

опытных животных количество функционирующих гемокапилляров на 1 мм^2 в ткани печени бывает резко повышено на 10-ый день эксперимента, а затем постепенно падает, приближаясь к норме.

Summary

Impact on the functional state of the liver of rising the antioxidant protective system of the organism on the background of inhalation of HCl steam

Kh.F.Khydyrova

The purpose of the study was to study the effect of alcohol intake with parallel administration of the drug ridutox to the functional state of the liver, as well as lymph circulation and vascular structures. The research was conducted in the Scientific Research Center of the Azerbaijan Medical University. Subjects of the study were 16 individuals of rabbits of the "chinchilla" breed. In the course of the work, a method was used to analyze the toxicity of the blood, measure the rate of lymph and lymphatic formation by the method of Feol, and determine the microcirculatory network by the Avtandilov method. The results of the studies showed that the introduction into the abdominal cavity of ridutox against the background of simulated chronic intoxication (by inhalation of HCl vapor) causes a slowing of the lymph flow rate in the experimental animals. After the administration of ridutox into the abdominal cavity (against the background of exogenous respiratory intoxication with HCl vapors), the histochemical parameters of the GAG of the liver are higher than normal, although they decrease in comparison with the intact group. In experimental animals, the number of functioning hemocapillaries per 1 мм^2 in the liver tissue is sharply increased on the 10-th day of the experiment, and then gradually decreases, approaching the norm.

Daxil olub: 10.08 2018

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Ш.Х.Пулатова

Бухарский Государственный медицинский институт

Açar sözlər: miokard infarktı, trombolizis, fibrinolitiklər, streptokinaza, alteplaza, tenekteplaza

Ключевые слова: инфаркт миокарда, тромболизис, фибринолитики, стрептокиназа, альтеплаза, тенектеплаза

Key words: myocardial infarction, thrombolysis, fibrinolytics, streptokinase, alteplase, teneteplaza

Трансмуральный (Q-образующий) инфаркт миокарда в большинстве случаев развивается вследствие внутрикоронарного тромбоза, образующегося надповрежденной стеросклеротической бляшкой [1]. Тромболитические препараты начали применять у больных острым инфарктом миокарда более 50 лет назад [2,3]; за эти годы было показано, что экстренное восстановление коронарного кровотока приводит к уменьшению очага некроза, делает обратимым процесс его формирования, предотвращает ухудшение функции пораженного миокарда [4-6]. В целом внедрение в клиническую практику тромболитической терапии привело к снижению 30-дневной летальности больных инфарктом миокарда до 5-8% [7,8], тогда как в «дофибринолитическую эру» она достигала 17-18%. Однако очевидно, что и сейчас инфаркт миокарда остается одним из самых прогностически грозных заболеваний, причем наибольшее число летальных исходов наблюдается в первые часы болезни [9,10]. Имеются данные, что 28% больных умирают в течение первого часа заболевания, 38% – в течение 4 ч и 46% – в первые 24 ч [6,7].

Поэтому одной из основных задач лечения больного инфарктом миокарда является как можно более раннее, полное и устойчивое восстановление коронарного кровотока. Сроки тромболизиса: Тромболитическая терапия оказывает благоприятные эффекты на прогноз и качество жизни больных инфарктом миокарда при проведении ее в первые

12 ч от начала заболевания, а наилучшие результаты описаны при ее применении в первый-второй час от начала болевого приступа [3,5]. Общепризнана необходимость проведения тромболизиса в

первые 6 ч до появление клиники, а во многих странах, в том числе в США, допускается увеличение срока его проведения до 12 ч. Основанием для таких рекомендаций являются результаты исследований GISSI-1 и LATE, в первом из которых было показано улучшение прогноза больных инфарктом миокарда, леченных стрептокиназой спустя 6-12 ч с момента начала заболевания [1,2], а во втором аналогичные результаты были получены при использовании альтеплазы [4]. Альтернативные методы восстановления кровотока современной альтернативой фибринолитической терапии у больных острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST на ЭКГ являются экстренные инвазивные чрескожные вмешательства: коронароангиография с баллонной пластикой коронарных артерий и их стентированием. Отмечались преимущества экстренной пластики коронарных сосудов перед применением тромболитической терапии [15-17] Кроме того,выполнение системного тромболизиса проще, дешевле и доступнее. Даже в США экстренная пластика коронарных сосудов в настоящее время возможна лишь в 25% специализированных стационаров [8].

Тромболитическая терапия имеет и недостатки. После применения любого тромболитика у больного инфарктом миокарда восстановление коронарного кровотока в инфаркт зависимой артерии происходит не моментально, а составляет в среднем 30-45 мин. При этом реканализация достигается не у всех больных, а при самых благоприятных обстоятельствах (ранние сроки тромболизиса, соблюдение режимов совместного назначения гепаринов) в 60-80% случаев, при этом у 5-15% из них в дальнейшем наблю-дается реокклюзия [9]. Показания и противопоказания : Вопрос о назначении тромболитических препаратов должен решаться в каждом случае, когда у больного имеется характерный стенокардитический длительный (более 30 мин) приступ болей в грудной клетке. При этом на ЭКГ должно быть одно из следующих изменений: устойчивый подъем сегмента ST на 1мм и более как минимум в 2 одно направленных от-ведениях ЭКГ или регистрация впервые возникшей блокады левой ножки пучка Гиса [10].У больных инфарктом миокарда без этих изменений на ЭКГ (другими словами при остром коронарном синдроме (ОКС) без подъема сегмента ST на ЭКГ) тромболитическая терапия не проводится. Хотя исследование TIMI (Thrombolysis in Myocardial Infarction) IIIa показало, что назначение альтеплазы у больных с ОКС без подъема сегмента ST на ЭКГ привело к снижению формирования внутрикоронарного тромбоза [11], обзор всех данных по тромболизису у больных с депрессией сегмента ST на ЭКГ выявил увеличение летальных исходов заболевания [12]. Тромболитическая терапия не проводится при на-
личии абсолютных и относительных противопоказаний. Абсолютные противопоказания: геморрагический инсульт в анамнезе, ишемический инсульт в предшествующие 6 мес, хирургическое вмешательство или серьезная травма в предшествующие 3 нед, желудочно-кишечное кровотечение в предшествующий месяц, геморрагический диатез в анамнезе, расслаивающая аневризма аорты. Относительные противопоказания: преходящие нарушения мозгового кровообращения в предшествующие 6 мес, прием антикоагулянтов, длительные реанимационные мероприятия, некорригируемая гипертония, тяжелые заболевания печени (декомпенсированный цирроз печени, острый гепатит, выраженная портальная гипертензия), обострение язвенной болезни [10,12,19]. Как видно из приведенных противопоказаний, тромболизис не проводят в тех случаях, когда имеется высокая вероятность геморрагических осложнений, среди которых самым грозным считается геморрагический инсульт. Показано, что наибольший риск развития геморрагического инсульта при проведении системного тромболизиса наблюдается в возрасте старше 75 лет, у женщин, лиц с дефицитом массы тела, высокими цифрами артериального давления, цереброваскулярной патологией в анамнезе,у представителей негроидной расы [13,14]. Эффективность тромболизиса Эффективность тромболитической терапии оценивают по клиническим данным, динамике изменений ЭКГ и ферментов крови, показателям ангиографии. Эффективный тромболизис сопровождается купированием болевого синдрома, быстрой динамикой ЭКГ и кардиоспецифических ферментов, восстановлением просвета коронарной артерии по данным ангиографии. Однако даже при полном восстановлении коронарного кровотока ангиографически не всегда в зоне повреждения восстанавливается микроциркуляция [15].

Основные группы тромболитиков: Тромболитические (фибринолитические) препа-раты активизируют протеазу плазминогена, в результате чего он превращается в плазмин – главное звено системы фибринолиза. Плазмин обладает способностью разрушать фибрин, формирующий каркас тромба. Все фибринолитики можно разделить на 2 группы: фибринселективные (фибринспецифические) препараты и фибриннеселективные (фибриннеспецифические). Фибринселективные препараты в целом более эффективны, и при их назначении менее резко снижаются уровни плазминогена и фибриногена в крови, по сравнению с фибриннеселективными

препаратами; к достоинствам фибринселективных тромболитиков относится также способность разрушать устойчивые к лизису тромбы. «Расплатой» за эти преимущества является большая частота реокклюзии при применении фибрин-селективных препаратов, что обусловливает необходимость сопутствующего назначения гепарина при их применении. Среди фибринселективных тромболитиков наиболее часто применяются альтеплаза, ретеплаза, тенектеплаза, менее часто ланотеплаза, амедиплаза и др. К известным фибрин-неселективным препаратам относятся стрептокиназа, урокиназа, анистеплаза. Тромболитики с позиции доказательной медицины Стрептокиназа относится к фибринолитикам первого поколения, которые не обладают селективностью к фибрину, связанному с плазминогеном тромба. При применении стрептокиназы не требуется сопутствующего назначения гепарина. Стрептокиназа – чужеродный для человека белок, и введение ее приводит к выработке стрептококковых антител, поэтому повторно стрептокиназу нельзя вводить в течение последующих 10 лет [18]. Эффективность и безопасность стрептокиназы изучалась неоднократно, в том числе в первом клиническом исследовании по оценке системной (внутривенной) фибринолитической терапии у больных острым инфарктом миокарда (GISSI) [4]. В нем приняли участие более 11 тыс больных, поступивших в клинику не позднее 12 ч после возникновения клинических проявлений инфаркта миокарда. Больные были разделены по случайному принципу на группы, в первой из которых назначали стрептокиназу и стандартную терапию острого коронарного синдрома, а во второй проводили только стандартную терапию (контрольная группа). Внутригоспитальная летальность в контрольной группе составила 13,1%, а в группе леченных стрептокиназой –10,7%. Такая тенденция сохранилась спустя год и спустя 10 лет наблюдения [9,10]. Результаты второго Интернационального исследования по изучению выживаемости больных инфарктом миокарда (ISSIS-2) подтвердили данные GISSI-1, а также продемонстрировали необходимость включения ацетилсалициловой кислоты в комплексную терапию больных инфартом миокарда [5,6,7]. Терапия стрептокиназой и ацетилсалициловой кислотой раздельно привела к снижению смертности соответственно на 24 и 23%, а их совместное применение уменьшило летальность на 43%. Несмотря на наличие новых и теоретически эффективных препаратов, стрептокиназа остается одним из самых широко назначаемых тромболитиков в реальной клинической практике, что, в частности, обусловлено ее сравнительно невысокой стоимостью.Новые фибринолитики создавались на основе уже имеющихся препаратов либо путем модификации молекулярной структуры фермента, либо при помощи нанесения препарата на полимерную матрицу. К таким препаратам относятся ацетилированные производные стрептокиназы и комплекса стрептокиназа-плазмин. Примером комплексного тромболитика может служить анистреплаза. Результаты третьего Интернационального исследования по изучению выживаемости больных инфарктом миокарда (ISSIS-3) не выявили большей эффективности анистреплазы по сравнению со стрептокиназой, а по безопасности анистреплаза даже уступила стрептокиназе [11]. Альтеплаза-тканевой активатор плазминогена (ТАП) – была создана методом генной инженерии [12]. Данный препарат обладает коротким периодом полувыведения, что делает необходимым его продолжительное инфузионное введение. В отличие от стрептокиназы, альтеплаза не является чужеродным белком, ее можно применять повторно. Альтеплаза относится к фибринолитикам второго поколения. С 80-х годов прошлого столетия начали проводиться клинические исследования по изучению сравнительной эффективности и безопасности стрептокиназы и альтеплазы. Так, исследование TIMI показало, что улучшение кровотока в инфарктзависимой артерии отмечалось практически в 2 раза чаще при лечении тканевым активатором плазминогена, чем при лечении стрептокиназой [11,12]. Другое известное исследование – (GUSTO) продемонстрировало наибольшую эффективность альтеплазы в комбинации с гепарином внутривенно по сравнению со всеми другими вариантами тромболизиса [6]. Аналогичные данные были получены и в исследовании TIMI-4 [35], в котором альтеплазу сравнивали с антистреплазой. Альтеплаза принадлежит к числу часто назначаемых современных тромболитических препаратов, ее эффективность и безопасность изучали в ряде клинических исследований [16,17]. Создание ретеплазы – тромболитика второго поколения – было во многом обусловлено желанием получить препарат, обладающий достоинствами альтеплазы, но с более длительным периодом полувыведения [18]. Ретеплазу назначают путем двойного болюсного введения. Эффективность ретеплазы сравнивали со стрептокиназой в исследовании INJECT и с альтеплазой в исследовании GUSTO-III. В первое из них- (INJECT), было включено более 6 тыс больных острым инфарктом миокарда, у которых 35-дневная смертность составила 9% в группе больных, леченных ретеплазой, и 9,5% в группе стрептокиназы. Также сопоставимыми оказались эффективность и безопасность ретеплазы и альтеплазы [39]. В

исследовании GUSTO-III (более 15 тыс больных) 30-дневная смертность составила 7,47% в группе ретеплазы и 7,24% в группе альтеплазы, при этом в конце года наблюдения этот показатель был также сопоставим (11,2 и 11,1% соответственно).

Осложнения тромболизиса (геморрагический инсульт и др.) наблюдались с равной частотой в обеих группах [40]. Другим производным альтеплазы является тенектеплаза – препарат, обладающий высокой селективностью к фибрину и длительным периодом полувыведения [41]. Низкий клиренс из плазмы позволяет назначать тенектеплазу однократно болюсно, что является очевидным преимуществом препарата.

Заключение. Тромболитическая терапия должна быть проведена всем больным в первые часы развития острого инфаркта миокарда при наличии показаний и отсутствии противопоказаний. Альтернативой может служить экстренное чрескожное вмешательство: коронароангиография с баллонной пластикой коронарных артерий и их стентированием. Однако наилучшие результаты чрескожных вмешательств достигаются у больных, доставленных в стационар в первые 90 мин от начала болевого приступа, а также при наличии кардиогенного шока и противопоказаниях к фибринолитикам. Улучшение эффективности фибринолитической терапии может быть достигнуто путем обучения пациентов с ишемической болезнью сердца распознаванию симптомов острого коронарного синдрома и своевременного обращения к врачу, уменьшением прегоспитальных и внутригоспитальных задержек, широким назначением тромболитических препаратов, использованием новых схем и режимов терапии и комбинаций с новыми лекарственными средствами.

ЛИТЕРАТУРА

1.Davies M.J. The pathophysiology of acute coronary syndromes // Heart, 2010, v. 83, p.361-6.

2. Fletcher A.P., Alkjaersing N., Smyrniotis F.E. et al. The treatment of patients suf- fering from early MI with massive and prolonged SK therapy //Trans. Assoc. Am. Phys., 2008, v.71, p.287.

3. Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell' Infarcto Miocardico (GISSI). Effectiveness of intravenous thrombolytic treatment in acute myocardial infarction // Lancet, 2006, v.1, p.397-402.

4. ISIS-2 (Second International Study of Infarct Survival) Collaborative Group. Randomized trial of intravenous streptokinase, oral aspirin, both, or neither among 17,187 cases of suspected acute myocardial infarction: ISIS-2 // Ibid. 2008, v.2, p.349-360.

5. The GUSTO Investigators. An international randomized trial comparing four thrombolytic strategies for acute myocardial infarction // N. Engl. J. Med., 2013, v.329, p.673-682.

6. Hasai B., Begar S., Wallentin L. et al. A prospective survey of the characteristics, treatment and outcomes of patients with acute coronary syndromes in Europe and the Mediterranean basin. The Euro Heart Survey of Acute Coronary Syndromes (Euro Heart Survey ACS) // Eur. Heart J.. 2002, v.15 (1), p.1190

7. De Vreede J.J., Gorgels A.P., Verstraaten G.M. et al. Did prognosis after acute myocardial infarction change during the past 30 years? A meta-analysis // J. Am. Coll. Cardiol., 2011, v.18, p.698-706.

8. Tunstall-Pedoe H., et al. Myocardial infarction and coronary deaths in the World Health Organization MONICA Project. Registration procedures, event rates, and case-fatality rates in 38 populations from 21 countries in four continents // Circulation, 2014, v.90, p.583-612.

9. The Task Force on the Management of Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. Acute myocardial infarction: pre-hospital and in-hospital management // Eur Heart J., 2016, v. 17, p.43-63.

10. Lowel H., Lewis M., Hormann A.. Prognostic significance of the prehospital phase in acute myocardial infarction. Results of the Augsburg Infarct Registry 1985-1988 (German) // Dtsch Med Wochenschr, 2011, v.116, p.729-733.

11. Boersma E., Maas A.C., Deckers J.W., Simoons M.L. Early thrombolytic treat- ment in acute myocardial infarction: reappraiisal of the golden hour // Lancet, 2016, v.348, p.771-775.

12. Stern R, Arntz H.R. Prehospital thrombolysis in acute myocardial infarction. Eur J Emerg Med. 2012; 5:471-479.

13. Late assessment of thrombolytic efficacy (LATE) study with alteplase 6-24 hours after onset of acute myocardial infarction // Lancet, 2013, v.342, p.759-66.

14. Zijlstra F., Patel A., Jones M., et al. Clinical characteristics and outcome of patients with early (<2 h), intermediate (2-4 h) and late (> 4 h) presentation treated by primary coronary angioplasty or thrombolytic therapy for acute myocardial infarction // Eur Heart J.,. 2012, v.23, p.550-7.

15. Weaver W.D., Simes R.J., Betriu A., et al. Comparison of primary coronary angioplasty and intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative rewiew // JAMA, 2012, v.278, p.2093-2098.

16. The Global Use of Strategies to Open Occluded Coronary Arteries in Acute Coronary Syndromes (GUSTO IIb) Angioplasty Substudy Investigators. A clinical trial comparing primary coronary angioplasty with tissue plasminogen activator for acute myocardial infarction //N Engl J Med., 1997, v.336, p.1621-1628.

18. American Hospital Association. The Annual Survey of Hospitals Database: Documentation for 2000 Data. Chicago, III: American Hospital Association, 2010.

Xülasə

Kəskin miokard infarktı olan xəstələrdə trombolik müalicə

Ş.X.Pulatova

Miokard infarktından sonra birinci ay ərzində trombolitik müalicənin aparılması (fibrinolitik) klinik praktikada xəstələr arasında letallığın 17-18%-dən 5-8%-ə qədər azalmasına səbəb olur. Bu müalicənin müxtəlif aspektləri nəzərdən keçirilir: infarktın klinik təzahürlərinin başlanmasından trombolizis müddəti, koronar qan axının bərpa edilməsinin alternativ metodu, göstərişlər və əksgöstərişlər, ağırlaşmalar və yan təsirlər, tromoblizisin effektivliyinin qiymətləndirilməsi üsulu. Fibrin-selektiv və fibrin-qeyri-selektiv preparatlar haqqında təsəvvürlər təqdim edilmişdir. Müxtəlif fibirinolitiklər təsvir edilmişdir: streptokinaza, alteplaza, tenekteplaza. Miokard infarktının fibrinolitik müalicəsinə həsr edilmiş böyük randomizə olunmuş tədqiqatların nəticələrini təhlil edərək, asetilsalisil turşusu və heparin ilə kombinasiyası yolu ilə fibrinolitiklərin effektivliyi və təhlükəsizliyinin artırılması məsələləri müzakirə edilmişdir.

Summary

Thrombolytic therapy in patients with acute myocardial infarction

Sh.H.Pulatova

It is reported that the introduction of thrombolytic (fibrinolytic) therapy into clinical practice has led to a decrease in the mortality of patients in the first month after myocardial infarction from 17–18% to 5–8%. Various aspects of this therapy are considered: the timing of thrombolysis from the onset of clinical manifestations of a heart attack, alternative methods for the recovery of coronary blood flow, indications and contraindications, complications and side effects, ways to assess the effectiveness of thrombolysis. An idea of fibrin-selective and fibrin-non-selective preparations is given. Various fibrinolytics are described: streptokinase, alteplaza, teneteplaza. The results of large randomized clinical trials on fibrinolytic therapy of myocardial infarction are discussed. The possibilities of improving the efficacy and safety of fibrinolytics by combining them with acetylsalicylic acid and heparins are discussed.

Daxil olub: 12.06 2018

XRONİKİ PLASENTAR ÇATIŞMAZLIQ ZAMANI DÖLÜN FUNKSİONAL VƏZİYYƏTİNİN QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

A.A.Nuriyeva

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: xroniki plasentar çatışmazlıq, dölün patologiyası, hamiləlik

Ключевые слова: хроническая плацентарная недостаточность, патология плода, беременность

Keywords: chronic placental insufficiency, fetal pathology, pregnancy

Hamiləlik zamanı xroniki plasentar çatışmazlığın (XPÇ) inkişafı həm qadının vəziyyətinə, həm də dölün və yenidoğulmuşun həyatına və adaptasiyasına təsir göstərən hamiləliyin ağırlaşmalarının: düşüklərin, hestozun (preeklampsiyanın (PE) – XBT X yenidən baxılmasına müvafiq olaraq, 1998), dölün inkişaf ləngiməsi sindromunun (DİLS) hələ də səbəbi olaraq qalmaqdadır. XPÇ ana orqanizminin vəziyyətinin pozulması fonunda dölün hipoksiyası və onun böyümə və inkişafının pozulması ilə təzahür olunan plasentada morfoloji və funksional dəyişikliklərlə bağlı olan kliniki sindromdur [1,2].

Hal-hazırda sübut olunmuşdur ki, hamiləliyə qədər mövcud olan praktiki olaraq bütün xroniki xəstəliklər fetoplansentar qan dövranının formalaşması zamanı hemodinamika və mikrosirkulyasiyanın sistem

dəyişikliklərinə gətirib çıxarır [3,4]. Qalxan yolla yoluxma zamanı XPÇ-nin inkişafı zamanı infeksion amilin rolu da hal-hazırda şübhə doğurmur [5].

Ultrasəs müayinəsi (USM) plasentar çatışmazlığın və dölün bətndaxilində inkişafının ləngiməsi sindromunun diaqnostikasında əsas metod hesab olunur. Bu metodika döl-cift çatışmazlığının dolayı əlamətlərini aşkar etməyə, dölün funksional vəziyyətini qiymətləndirməyə, həmçinin dölün anadangəlmə inkişaf qüsurlarını diaqnostika etməyə imkan verən uşaqlıq-cift və döl-cift qan dövranının xarakterini obyektiv şəkildə əks etdirən əlçatan, qeyri-invaziv metoddur. Ultrasəs müayinəsinin yerinə yetirilməsi zamanı ana-cift-döl sisteminin arteriya və venalarında qan cərəyanının dopplerometrik müayinəsi daha çox diaqnostik əhəmiyyətə malikdir. Yüksək dərəcədə informativ, qeyri-invazivliyi, nisbətən sadəliliyi, təhlükəsizliyi və bütün hamiləlik dövründə istifadəsinin mümkünlüyü mamalıqda qan dövranının bu müayinə metodunu əvəzolunmaz edir [6].

Diaqnostik əhəmiyyətli meyarların aşkar edilməsi döl-cift qan cərəyanının və dölün orta beyin arteriyası sistemində qan cərəyanının xüsusiyyətlərindən asılı olaraq risk qrupuna daxil olan hamilələrin və doğuşların aparılmasına dair bir sıra praktiki tövsiyələr işləyib hazırlamağa imkan verir [4, 5].

Bununla əlaqədar olaraq, tədqiqatın məqsədi xroniki plasentar çatışmazlıq zamanı döl-cift qan cərəyanında və orta beyin arteriyası sistemində xüsusiyyətlərin müəyyən edilməsi əsasında dölün və döl-cift sisteminin vəziyyətinin öyrənilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. XPÇ fonunda döl-plasentar qan cərəyanında hemodinamikanın xüsusiyyətləri nəzərə alınmaqla dölün vəziyyətinin qiymətləndirilməsi əsasında mamalıq taktikasının işlənib hazırlanması məqsədilə risk qrupuna daxil olan 72 hamilə qadın üzərində prospektiv analiz aparılmışdır. Əsas qrupu (ƏQ) XPÇ olan 72 qadın təşkil etmişdir. Əsas qrupa daxil olan hamilə qadınlar 2 yarımqrupa bölünmüşdür: 1-ci yarımqrupa qan cərayanı pozulmamış qadınlar (n=29), 2-ci yarımqrupa qan cərayanı pozulmuş qadınlar (n=43) daxil edilmişdir. Hamilə qadınların yaşı 20-35 yaş arasında dəyişmişdir (orta yaş 26,5±0,6). Əlavə olaraq kontrol qrupu (KQ) kimi XPÇ olmayan 18-34 yaşlı (orta yaş 24,5±0,7) 25 hamilə qadın götürülmüşdür. Tərəfimizdən döl-plasentar qan dövranının və dölün periferik hemodinamikasının xüsusiyyətləri dinamiki şəkildə öyrənilmişdir. Tədqiqatlar hestasiyanın 36-40-cı həftələrində aparılmışdır. Ana-plasenta-döl sisteminin funksional vəziyyətinin qiymətləndirilməsi ultrasəs, dopplerometrik müayinələr və kardiotokoqrafiyadan istifadə edilməklə həyata keçirilmişdir. Ultrasəs və dopplerometrik tədqiqatlar "Aloka SSD-2000" (Yaponiya) şirkətinin istehsal etdiyi cihazda aparılmışdır. Kardiotokoqrafiyanın həyata keçirilməsi üçün biz "Unikos" (Rusiya) şirkətinin hazırladığı avtomatlaşdırılmış antenatal monitordan (AAM-04) istifadə etmişik. Qan cərəyanı hamilə qadınların qarnının yuxarı hissəsinin çəp eninə skanlaşdırılması zamanı öyrənilmişdir.

Arterial damarlar spektrində damar rezistentliyinin ümumqəbul olunmuş göstəriciləri: pulsasiya indeksi (Purselotta indeksi, Pİ), rezistentlik indeksi (Qoslinq indeksi, Rİ) və sistolo-diastolik nisbət (Q.Styuart indeksi, SDN) təyin edilmişdir

Alınmış məlumatların statistik işlənməsi Microsoft Exel kompüter proqramı vasitəsilə həyata keçirilmişdir. İki göstəricinin müqayisəli qiymətləndirilməsi zamanı Styudentin etibarlılıq meyarı hesablanmışdır. $P < 0,05$ olduqda fərq etibarlı hesab olunmuşdur.

Nəticələr və müzakirələr. Göbək ciyəsi arteriyasında və dölün orta beyin arteriyasında qan cərəyanı sürətlərinin əyrilərinin analizi bizə cift-döl qan dövranının daha tez-tez zədələndiyini müəyyən etməyə imkan vermişdir. Göbək ciyəsi arteriyalarında qan cərəyanının son diastolik sürətinin azalması ilə əlaqədar olaraq periferik damar müqaviməti indekslərinin yüksəlməsi hər iki müayinə olunan qrupda aşkar edilmişdir (1-ci və 2-ci yarımqruplarda müvafiq olaraq 54,5% və 57,6%). Yüksək riskli hər iki yarımqrupa daxil olan hamilə qadınların göbək ciyəsi arteriyalarında qan cərayanı pozğunluğunun eyni tezliyə malik olduğu halda 2-ci yarımqrupupa daxil olan (qan cərayanı pozulmuş) 58% qadında sistolo-diastolik nisbət (SDN) 2,9 və daha yüksək olmuş, birinci yarımqrupda isə bu nisbət yalnız 42% hallarda müşahidə edilmişdir. Bu, böyrək patologiyası olan analarda döl-cift qan dövranının daha çox zədələnməsindən xəbər verir (cədvəl 1).

Cədvəl 1

Hestasiyanın 36-40-cı həftələrində olan müayinə olunan hamilə qadınlarda döl-cift qan cərəyanının dopplerometrik göstəriciləri (M±m)

Döl qan cərəyanı göstəriciləri	Əsas qrup (n=72)		Kontrol qrup (n=25)
	1-ci yarımqrup - (n=29)	2-ci yarımqrup – (n=43)	
SDN	2,5±0,12	2,7±0,05*	2,3±0,10
Pİ	1,42±0,04	1,73±0,02*	1,63±0,03
Rİ	0,55±0,01	0,70±0,18*	0,51+0,03

Qeyd: * – p<0,05 Styüdentin cüt t-meyarına əsasən.

Müayinə olunan hamilə qadınlarda döl-cift qan cərəyanı patologiyasının kifayət qədər yüksək tezliyə malik olmasına baxmayaraq, A.N.Strijakov [3] tərəfindən döl- cift qan dövranının "kritik" pozulması kimi qeyd olunmuş göbək ciyəsi arteriyalarında qan cərəyanının diastolik komponentinin və ya onun mənfi qiymətinin olmaması 1-ci yarımqrupda heç bir müşahidə zamanı qeydə alınmamışdır. Yalnız 2-ci yarımqrupda anemiya fonunda hestozun ağır formasından əziyyət çəkən 2 hamilə qadında müşahidə edilmişdir. Bu zaman hər iki hamilə qadında qan cərəyanının bu cür pozulması döl aortasında da qeydə alınmışdır ki, bu da döl-cift qan dövranının daha aşkar şəkildə mərkəzləşməsindən xəbər verir.

Beyin qan cərəyanının öyrənilməsi zamanı qadınların əsas qrupunda orta beyin arteriyasında sistolo-diastolik nisbətin 5,1-ə qədər əhəmiyyətli dərəcədə yüksəlməsi qeyd olunmuşdur. Qeyd etmək lazımdır ki, SDN-nin daha yüksək göstəriciləri döl-cift qan dövranı pozğunluqları ilə birlikdə rast gəlinmişdir (72 hamilə qadının 42-nə (58,3%) müvafiq gəlmişdir). Deməli, serebral damarlarda rezistentliyin 2,5 dəfədən çox azalması döldə xroniki hipoksiyanın əlamətləri olduqda daha tez-tez hallarda qeydə alınır (cədvəl 2).

Cədvəl 2

Dölün orta beyin arteriyası hövzəsində qan cərəyanının dopplerometrik göstəriciləri (M±m)

Döl qan cərəyanı göstəriciləri	Əsas qrup (n=72)		Kontrol qrup (n=25)
	1-ci yarımqrup - (n=29)	2-ci yarımqrup - (n=43)	
SDO	4,32±0,03	4,9±0,07*	2,3±0,10
Pİ	2,34±0,01	1,55±0,22*	1,27±0,01
Rİ	0,68±0,04	0,74±0,01*	0,69+0,04

Qeyd: * – p<0,05 Styüdentin cüt t-meyarına əsasən.

Əsas və kontrol qrupa daxil olan müayinə olunmuş hamilə qadınlarda döl-cift qan cərəyanı və orta beyin arteriyası hövzəsində qan cərəyanının vəziyyəti haqqında qeydə alınmış məlumatlar somatik sağlam qadınlarla müqayisədə XPÇ olan qadınların göbək ciyəsi arteriyalarında sistolik-diastolik nisbətin yüksək göstəricilərinin daha tez-tez qeydə alınmasından xəbər verir ki, bu da dölün daha çox ziyan çəkdiyini aydın şəkildə əks etdirir. Deməli, XPÇ zamanı daha tez-tez göbək ciyəsi arteriyalarında qan cərəyanının daha aşağı son diastolik sürəti qeydə alınır ki, bu da ciftin döl hissəsinin damar yatağı tərəfində rezistentliyin yüksəldiyini və terminal xovların vaskulyarizasiyasının pozulduğunu göstərir. Hər iki qrupa daxil olan qadınlarda ciftdə pozğunluqların əmələ gəlməsi üçün eyni dərəcədə şərait və risk amillərinin olmasına baxmayaraq, bu mənzərə əsas qrupda daha aydın şəkildə təzahür olunmuşdur. Məlumdur ki, döl aortasında qan cərəyanı göstəriciləri cift perfuziyasının pozulmasına qarşı onun kompensator-uyğunlaşma reaksiyalarının vəziyyətini əks etdirir [3,4]. XPÇ zamanı döl aortasında sistolik-diastolik nisbətin daha yüksək göstəriciləri onun mərkəzi hemodinamikasının kompensator-uyğunlaşma reaksiyalarının pozulmasından xəbər verir. Bizim tədqiqatımızda bu cür iki hal müşahidə edilmişdir (anemiya fonunda ağır formalı hestozdan əziyyət çəkən hamilə qadınlarda).

Beləliklə, döl-cift qan dövranı pozğunluqlarının daha dəqiq və məlumatverici göstəricisi göbək ciyəsi arteriyalarında SDN-nin artmasıdır ki, bu göstəricinin 2,7 və daha yüksək olması XPÇ fonunda dölün yüksək dərəcədə zərər gördüyünü göstərir. Döl-cift qan dövranının pozulması nəticəsində xroniki hipoksiya şəraitində beyin qan dövranının güclənmə mexanizmini əks etdirən orta beyin arteriyasında qan cərəyanının vəziyyətini əks etdirən göstərici qiaqnostik əhəmiyyət kəsb edir. XPÇ olan hamilə qadınlarda dölün hipoksik vəziyyətlərinin diaqnostikası bətndaxili inkişaf şəraitini xarakterizə edən göstəricilər kompleksinə (USM, feto- və plasentometriya məlumatları, döl-cift qan dövranı göstəriciləri) və dölün vəziyyətini bilavasitə əks etdirən parametrlərə (dölün orta beyin arteriyası sistemində qan dövranı) əsaslanmalıdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Долгушина В.Ф., Сюндюкова Е.Г. Особенности плацентарного апоптоза и клеточной пролиферации при преэклампсии //Акушерство и гинекология, 2015, № 2, с.12-19.

2. Медведев Б.И., Сюндюкова Е.Г. Особенности маточно-плацентарного кровообращения в ранние сроки беременности, осложнившейся при дальнейшем течении преэклампсией // Российский вестник акушера-гинеколога. 2014, № 2, с. 52-56.

3. Стрижаков А.Н., Бунин А.Т., Медведев М.В. Ультразвуковая диагностика в акушерской клинике. М.: Медицина, 1990, с.80-102.

4. Чулков В.С., Синицын С.П. Клинико-анамнестические и молекулярно-генетические факторы при различных формах артериальной гипертензии и их взаимосвязь с течением и исходами беременности //Вестник Российской академии медицинских наук, 2013, № 11, с. 22-25.

5. Hui, L., Challis D. Diagnosis and management of fetal growth restriction: the role of fetal therapy // Best Pract. Res. Clin. Obstet.Gynaecol., 2008, v. 22, № 1, p.139-158.

6. Steddon S., Ashman N., Chesser A., Cunningham J. Pregnancy and the kidney. In: Oxford Handbook of Nephrology and Hypertension. Oxford University Press 2006, p.565–591.

Резюме

Оценка функционального состояния плода при хронической плацентарной недостаточности

А.А.Нуриева

Проведенными исследованиями установлено, что достаточно точным и информативным критерием нарушений в системе плодово-плацентарного кровообращения оказалось возрастание значений систоло-диастолических отношений для артерии пуповины, показатели которых имели значения 2,7 и более. Это указывает на высокую степень страдания плода при хронической плацентарной недостаточности. Диагностическим критерием является значение состояния кровотока в средней мозговой артерии, влияющий на механизм увеличения мозгового кровообращения при хронической гипоксии вследствие изменения плодово-плацентарного кровообращения. Для информативности определения у беременных гипоксических состояний плода необходимо проводить комплексное исследование для характеристики внутриутробного развития плода.

Summary

Assessment of the functional state of fruit in chronic placentary insufficiency

A.A.Nuriyeva

The conducted studies showed that an accurate and informative criterion of disturbances in the system of fetoplacental circulation was an increase in the systolic-diastolic ratio for the umbilical artery, the indices of which were 2.7 or more. This indicates a high degree of fetal suffering in chronic placental insufficiency. Diagnostic criterion is the value of the state of blood flow in the middle cerebral artery, affecting the mechanism of increased cerebral circulation in chronic hypoxia due to changes in the placental-placental circulation. For the informative determination of hypoxic fetal conditions in pregnant women, it is necessary to conduct a comprehensive study to characterize the fetal development of the fetus.

Daxil olub: 22.06 2018

İLTİHAB MARKERLƏRİ VƏ İNSULT: C-REAKTİV ZÜLALIN ƏHƏMİYYƏTİ

İ.S. Babaxanov

Daxili İşlər Nazirliyinin Respublika hospitalı, Bakı

Açar sözlər: beyin infarktı, infeksion nəzəriyyə, C-reaktiv zülal

Ключевые слова: инфаркт мозга, инфекционная теория, С-реактивный белок

Keywords: cerebral infarction, infectious theory, C-reactive protein

İnsult zamanı xəstələnmə, ölüm və əlillik göstəricilərinin yüksək olması ilə əlaqədar olaraq o, tibbin ən aktual problemlərindən biri hesab olunur. Lakin beyin qan dövranının kəskin pozğunluqlarının (BQKP) əmələ gəlməsində böyük əhəmiyyət kəsb edən baş beyin damarlarında aterosklerozunun inkişaf mexanizmi hələ sona kimi öyrənilməmişdir. Ateroskleroz- beyin infarktının (Bİ) əsas səbəblərindən biridir; insultun bu tipinin 50-75% hallarda baş beyin damarlarının aterotrombotik zədələnməsi ilə bağlı olması qeyd olunur [1,2,3]. Bundan başqa, ateroskleroz damarların zədələnməsinə gətirib çıxarmaqla və beləliklə də onların möhkəmliliyini azaltmaqla, görünür ki, hemorragik insult (Hİ) üçün də risk amili (RA) rolu oynayır.

XX əsrin əvvəlində U.Osler tərəfindən zədələnmiş damarlarda xroniki iltihab üçün xarakterik olan histololoji dəyişikliklərin aşkar edilməsinə əsaslanan aterosklerozun infeksion nəzəriyyəsi irəli sürülmüşdür. Lakin hələlik bu nəzəriyyədən aterosklerotik piləklərdən infeksion amillərin alınması və onların izolə edilməsinin mürəkkəbliyi ilə əlaqədar olaraq geniş şəkildə istifadə olunmur [4].

Son on il əzində həyata keçirilmiş epidemioloji, eksperimental və kliniki tədqiqatlar damarlarda aterosklerozunun əmələ gəlməsində və inkişafında xroniki bakterial (Chlamydia pneumonia, Helicobacter pylori) və virus (sitomeqalovirus, sadə herpes virusu) infeksiyalarının rolunun olmasını ehtimal etməyə imkan verir [3,5]. Ehtimal olunur ki, infeksion agent mexaniki yolla və ya endotoksin vasitəsilə endotelin zədələnməsinə səbəb olmaqla, lipidlərin damar divarında çökməsinə və sonradan aterosklerotik piləklərin formalaşmasına gətirib çıxarır. Bu zaman piləyin özü lokal və sistem iltihabi reaksiyaların inkişafına təkan verə bilər. Endotelial və saya əzələ hüceyrələrinin aktivləşməsi və proliferasiyası, sitokinlərin və inkişaf amillərinin əmələ gəlməsi, komplement komponentlərinin aktivləşməsi və çökməsi, aşağı sıxlıqlı oksidləşmiş lipoproteidlər kimi digər iltihabəleyhinə medatorların əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunan iltihabi proses baş beyin damarlarında aterosklerozun inkişaf etməsində və onun ağırlaşmalarının, o cümlədən insultun əmələ gəlməsində mühüm rol oynayır [6]. Yəqin ki, infeksion komponentin olması stabil aterosklerotik piləklərin qeyri-stabil vəziyyətə keçməsi prosesində böyük rol oynayır ki, bu da trombun əmələ gəlmə riskini xeyli dərəcədə artırır [3].

Həyata keçirilmiş karotid endarterektomiyadan sonra daxili yuxu arteriyasının ateromatoz piləklərinin patoloji anatomik tədqiqi göstərmişdir ki, aterosklerozun simptomsuz gedişi zamanı alınmış bioptatda fibroz və kalsifikasiya halları müşahidə edilmişdir. Piləklərdə aşkar ateromatoz və nekrozdan başqa, iltihabi proses üçün xarakterik olan hüceyrə reaksiyası qeyd olunmuşdur [3,4,7].

Beləliklə, ehtimal olunur ki, aterosklerotik piləklərin "aktivləşməsi" və sonradan trombozun əmələ gəlməsi bəzi hallarda infeksion prosesin aktivləşməsi ilə bağlıdır. Bunun dolayı yolla sübutu ilin soyuq vaxtlarında Bİ hadisələrinin sayının artması və onun bədən temperaturunun az dərəcədə artması ilə kataral hallar fonunda və ya keçirilmiş soyuqdəymə xəstəliyindən dərhal sonra inkişaf etməsi ola bilər.

İltihabi və infeksion xəstəliklərin, həmçinin toxumaların zədələnməsinə gətirib çıxaran bir çox digər infeksion proseslərin xarakter laborator əlaməti "kəskin faza zülalları" adını almış plazma zülallarının qatılığının artmasıdır. Onlar arasında C-reaktiz zülala (CRZ) böyük kliniki əhəmiyyət verilir [7].

Sağlam şəxslərin qan zərdabında CRZ olmur və ya çox aşağı qatılıqlarda (təxminən 0,8 mkq/ml) olur. Lakin iltihab və ya toxuma zədələnməsi fonunda CRZ-nin qatılığı 100 dəfə və daha çox arta, onun sintezi aktivləşdikdən sonra isə hər 6 saatdan bir ikiqat arta bilər. CRZ-nin qatılığının artması toxuma zədələndikdən artıq 4-6 saat sonra müşahidə edilir və o, maksimal səviyyəyə 24-96 saatdan sonra çatır [1]. CRZ bir neçə quruluş formalarında sirkulyasiya edə bilər. İltihab prosesində əsas rolu trombositlərin aqreqasiyasını və onların sekresiya etdiyi serotoninin aktivləşməsinə, araxidon essensial polien yağ turşusunun metabolitlərinin modifikasiyasına, respirator traktın divarında neytrofillərin, qanda sirkulyasiya edən monositlərə təsirin aktivləməsinə səbəb ola bilən CRZ-nin modifikasiya olunmuş formaları oynayırlar [2,3].

Hal-hazırda CRZ-nin əhəmiyyəti nəinki təkcə laborator marker kimi, həm də iltihabi prosesin inkişafını modulyasiya edən mühüm mediator kimi də öyrənilir. CRZ-nin klassik yolla komplement sistemini aktivləşdirməsi və işemiya zonasında komplementin lokal şəkildə aktivləşməsinə səbəb olma qabiliyyəti haqqında məlumatlar vardır. Bundan başqa, CRZ monositlərin toxuma amilinin əmələ gəlməsini stimullaşdırma, neytrofillərin membran ilə birləşmə, trombositlərin aqreqasiyasını dəf etmə, reseptorun İL-1 antaqonistinin sintezini stimullaşdırma və nəhayət, leykositlərin iltihab zonasına yapışması və transendotelial miqrasiyasında iştirak edən adheziya molekullarının çıxmasını modulllaşdırma qabiliyyətinə malikdir. Deməli, CRZ həm iltihabi, həm də iltihabəleyhinə potensiala malikdir [5, 6]. Məlumdur ki, orqanizmdə destruksiya ocaqlarının olması və əmələ gəlməsi qanda iltihab markerlərinin meydana çıxmasına səbəb olur. Lakin beyin qan dövranının keçici pozğunluqları zamanı onların məlumatlılığı Bİ zamanı olduğundan daha yüksəkdir; bu zaman birinci halda beyin toxumasının nekrozu praktiki olaraq baş vermir, ikinci halda isə o, göz qabağındadır. Həmin hal beyin toxumasının dağılmasının Bİ və və beyindaxili qansızmalar zamanı olduğundan kifayət qədər zəif təzahür olunduğu və ya ümumiyyətlə olmadığı subaraxnoidal qansızmalar zamanı da qeyd olunur [7]. Bunun əsasında güman etmək olar ki, BQKP zamanı CRZ-nin artması, hər şeydən əvvəl, beyin toxumasının nekrozunun böyüklüyündən deyil, iltihabi prosesin təzahürlülük dərəcəsindən xəbər verir. CRZ-nin təyin edilməsi ilə damarlarında aterosklerotik zədələnmələr olan xəstələrdə subklinik iltihabın aşkar edilməsi imkanları bitmir.

Müasir dövrdə tədqiqatçıların diqqəti daha çox adgeziyanın həll olan molekullarının, neopterinin, sitokinlərin və onların həll olan reseptorlarının, hemostazın pozulmasını əks etdirən müxtəlif molekulların və s. öyrənilməsinə yönəlmişdir. Lakin CRZ-nin öyrənilməsi daha aşkar üstünlüyə malikdir: zamana görə CRZ-

nin qatılığının stabilliyi, onun səviyyəsinin artması ilə iltihabın inkişafı arasında düz əlaqənin olması, digər RA-dan asılı olmayaraq ürək-damar patologiyasının inkişafı ilə korrelyasiyanın olması, damarların aterosklerotik zədələnməsinin digər amilləri ilə additiv effekt, nisbətən sadə miqdari standartlaşdırılmış (ÜST standartları) metodlardan istifadə etməklə təyin etmənin mümkünlüyü [6]. Beləliklə, insultlu xəstələrdə CRZ-nin öyrənilməsi BQKP-nin inkişafının məqsəd və mexanizmlərini öyrənməyə imkan verir.

Tədqiqatın məqsədi insultun müxtəlif tipləri qeyd olunan xəstələrin qan plazmasında CRZ-nin miqdarının dinamikada öyrənilməsi və CRZ-nin proqnostik əhəmiyyətinin müəyyən edilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqat zamanı insultun kəskin dövründə olan hüquq-mühafizə orqanlarında çalışan 40-70 yaşlı 68 pasiyentin məlumatları analiz olunmuşdur. İnsultun tipi baş beynin KT vasitəsilə verifikasiya olunmuşdur. Kontrol qrupunu anamnezində BQKP olmayan 24 pasiyent təşkil etmişdir. Tədqiqatdan çıxarılmanın meyarları pasiyentlərdə iltihabi proseslərin və onkoloji xəstəliklərin müəyyə edilməsi olmuşdur. Huşun vəziyyəti Qlazqo koması şkalasına, nevroloji çatışmazlıq NIH şkalasına, sosial dezadaptasiya Rankin şkalasına əsasən qiymətləndirilmişdir. Laborator tədqiqatlara xəstəliyin birinci və onuncu günləri "Konelab" şirkətinin istehsalı olan biokimyəvi analizator vasitəsilə qan plazmasında CRZ-nin miqdarının təyin edilməsi daxil edilmişdir.

Nəticələr və onların müzakirəsi. Aparılmış tədqiqatlar zamanı müəyyən olunmuşdur ki, insultlu xəstələrin qan plazmasında CRZ-nin miqdarı bu xəstəlik qeyd olunmayan pasiyentlərə nisbətən kifayət qədər yüksək olmuşdur. Bundan başqa, statistik etibarlı fəqrin aşkar edilməməsinə baxmayaraq, insultun işemik tipi olan şəxslərdə bu göstəricinin səviyyəsi hemorragik tipli pasiyentlərlə müqayisədə bir qədər yüksək olmuşdur. Xəstəliyin 10-cu günü əksər hallarda CRZ-nin azalması (51,5±6,1%) qeyd olunmuşdur. 1-ci cədvəldə insultun müxtəlif tipləri qeyd olunan pasiyentlərdə CRZ-nin miqdarı haqqında məlumatlar verilmişdir.

Cədvəl 1

İnsultun kəskin dövründə olan xəstələrin qan plazmasında CRZ-nin miqdarı

CRZ, mq/l	Xəstələrin sayı (n=68)			
	1-ci gün		10-cu gün	
	Mütləq.	%	Mütləq	%
<1	3	4,4	14	20,6±4,9
1-3	21	30,9±5,6	19	27,9±5,4
>3	44	64,7±5,8	35	51,5±6,1
Cəmi	68	100	68	100

2-ci cədvəldə CRZ-nin səviyyəsinin müxtəlif olduğu insultlu pasiyentlərin huşunun vəziyyəti göstərilmişdir.

Таблица 2

CRZ-nin səviyyəsinin müxtəlif olduğu pasiyentlərdə Qlazqo şkalasına görə huşun pozulma dərəcələri

Huşun pozulma dərəcəsi	CRZ mq/l					
	<1		1-3		>3	
	1-ci gün	10-cu gün	1-ci gün	10-cu gün	1- ci gün	10- cu gün
Aydın huş	8	21	18	24	29	32
Dumanlanma	3	2	12	7	12	15
Sopor	-	-	4	3	7	9
Koma	-	-	2	1	5	7
Cəmi	11	23	36	35	53	63

Cədvəldən də göründüyü kimi, CRZ-nin səviyyəsinin normal olduğu pasiyentlərdə huşun aşkar şəkildə pozulması (sopor, koma) qeyd olunmamışdır və yalnız bir pasiyentdə huşun dumanlanması müşahidə edilmişdir. Sopor və ya komada olan bütün pasiyentlərdə qan plazmasında CRZ-nin miqdarı orta dərəcədə yüksək (1-3 mq/ml) və ya yüksək (> 3 mq/ml) olmuşdur. CRZ-nin yüksək səviyyəsi və huşun aşkar dərəcədə pozulması arasında düz və aşkar asılılığın olması müəyyən edilmişdir (r=0,8). Həm də huşun proqressivləşən şəkildə pozulması qeyd olunan pasiyentlərdə əksər hallarda CRZ-nin artması qeyd olunmuşdur.

Əksər hallarda (43 pasiyent; 63,2±5,9%) CRZ-nin azalması və ya bu göstəricidə dəyişikliyin olmaması həyat fəaliyyətinin yüngül və ya orta dərəcədə pozulması ilə bağlı olmuşdur. CRZ-nin yüksək olduğu xəstələrdə isə əksinə, çox zaman həyat fəaliyyətinin aşkar və ya ciddi şəkildə pozulması qeyd olunmuşdur. Deməli, qan plazmasında CRZ-nin miqdarı vacib proqnostik amil olub, onun vasitəsilə pasiyentlərin bərpa

olunmasının mümkünlüyünü qiymətləndirmək, onların sosial adaptasiyasının perspektivlərini proqnozlaşdırmaq olar.

Beləliklə, CRZ-nin səviyyəsi işemik insultun vacib RA hesab olunur və bu damarların iltihabi dəyişikliyinin müxtəlif tipli BQKP-nin inkişafına səbəb olması haqqında fikirləri sübut edir. İnsultlu xəstələrdə əksər hallarda qan plazmasında CRZ-nin miqdarının azalması baş verir. Bu göstəricinin yüksək səviyyəsi huşun aşkar şəkildə pozulması və nevroloji çatışmazlıqla bağlı olur və beləliklə də BQKP-nin kliniki gedişinə və nəticəsinə proqnoz verməyə imkan verən amil hesab olunur. Bundan başqa, dinamikada CRZ-nin artması pasiyentlərin həyat fəaliyyətinin bərpası üçün əlverişsiz şərait hesab olunur.

Tədqiqatın nəticələri insultun etiologiya və patogenezində kəskin faza zülallarının rolunun öyrənilməsinin, baş beyin damarlarında iltihabi prosesin inkişaf etməsinə səbəb olan səbəblərin aşkar edilməsinin və yuxarıda sadalanan amillərə təsir metodlarının işlənib hazırlanmasını gələckdə də davam etdirilməsinin vacibliyini bildirir. İltihabi proses baş beyin damarlarında aterosklerozun proqressivləşməsində və onun ağırlaşmalarının, o cümlədən insultun əmələ gəlməsində mühüm rol oynayır. İltihabi proseslərin laborator əlamətləri arasında C-reaktiv zülala (CRZ) xüsusi diqqət yetirilir. Müəyyən olunmuşdur ki, CRZ həm işemik, həm də hemorragik insultun vacib risk amilidir. Bu göstəricinin yüksək səviyyəsi huşun aşkar şəkildə pozulması və nevroloji çatışmazlıqlarla bağlı olmaqla, beyin qan dövranının kəskin pozğunluğunun kliniki gedişinə və nəticəsinə proqnoz verməyə imkan verən amil hesab olunur.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов С.Ю., Тихоненко В.М., Бондаренко Б.Б. Возможность прогнозирования эффективности лечения пароксизмальной фибрилляции предсердий по динамике числа предсердных экстрасистол // Вестник аритмологии, 2011, №65, с.52-56.

2. Исакова Е.В, Рябцева А.А, Котов С.В. Состояние микроциркуляторного русла у больных, перенесших ишемический инсульт // РМЖ Актуальная проблема, 2015, №12, с. 680-682;

3. Комаров А.Л., Шахматова О.О., Илющенко Т.А., Джалилова Г.В., Деев А.Д., Панченко Е.П. Факторы, определяющие прогноз у больных со стабильной формой ишемической болезни сердца (по результатам пятилетнего проспективного наблюдения) // Кардиология, 2012, №1. с.4-14

4. Agarwal SK, Heiss G, Rautaharju PM, Shhar E, Massing MW, Simpson RJ. Premature ventricular complexes and the risk of incident stroke // Stroke, 2010, v.41, p.588-593.

5. Gladstone D.J., Dorian P., Spring M. et al. Atrial premature beats predict atrial fibrillation in cryptogenic stroke. Results from the EMBRACE trial // Stroke, 2015, v.46, p.936-941.

6. Kochhauser S., Dechering D.G., Dittrich R. et al. Supraventricular premature beats and short atrial runs predict atrial fibrillation in continuously monitored patients with cryptogenic stroke // Stroke, 2014, v.45, p.884-886

7. Dirnagl U., Simon R.P., and Hallenbeck J.M. Ischemic tolerance and endogenous neuroprotection // Trends Neurosci., 2017, v.26, p.248-254.

Резюме

Маркеры воспаления и инсульт: значение С-реактивного белка

И.С.Бабаханов

Проведенные исследования указывают на необходимость определения роли С-реактивного белка в развитии ишемического инсульта, установления причин, возникновения воспалительного процесса в кровеносной системе головного мозга. Развитие воспаления приобретает ведущее значение в прогрессировании атеросклеротических изменениях сосудов головного мозга, с приводящих к различным осложнениям, например, ишемического инсульта. Из лабораторных признаков развития воспаления актуальность приобретает изучение С-реактивного белка. С-реактивный белок является ведущим фактором риска развития ишемического инсульта. Увеличение уровня установленных показателей согласуется со степенью угнетением сознания и неврологическим проявлениями, являясь фактором для прогноза клиническое течение и исхода острого нарушения мозгового кровообращения.

Summary

Markers of inflammation and insult: the importance of C-reactable protein

I.S.Babakhanov

The conducted studies point to the need to determine the role of C-reactive protein in the development of ischemic stroke, establishing the causes, the onset of the inflammatory process in the circulatory system of the brain. The development of inflammation takes on a leading role in the progression of atherosclerotic changes in cerebral vessels, leading to various complications, for example, ischemic stroke. From the

laboratory signs of the development of inflammation, the relevance of studying the C-reactive protein. C-reactive protein is a leading risk factor for the development of ischemic stroke. The increase in the level of established indicators is consistent with the degree of oppression of consciousness and neurological manifestations, being a factor in predicting the clinical course and outcome of acute cerebrovascular accident.

Daxil olub: 11.06 2018

MÜXTƏLİF KAPPA MATERALLARININ AĞIZ BOŞLUĞU TOXUMALARININ VƏZİYYƏTİNƏ TƏSİRİ

C.Q. Hacıyev, S.İ.Əhmədov
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: ağız boşluğu, kappa materialı, eksperiment, histoloji müayinələr
Ключевые слова: ротовая полость, материалы каппа, эксперименты, гистологические исследования
Key words: oral cavity, kappa materials, experiments, histological studies

İdmançıların həyat tərzi daima fizioloji gərginlik fonunda müxtəlif yarışlarda fiziki və psixo-emosial travmalara məruz qalırlar ki, onların orqanizmlərindəki fizioloji və biokimyəvi proseslər daha intensiv xarakter daşıyır və bu hal uzun müddət davam etdiyi halda proseslər fizioloji məcradan çıxaraq, patoloji xarakter daşımağa başlayır. Professional idmancılarda uzun müddət davam edən gərgin məşqlər zamanı immun sistemi zəifləyir, əzələ və digər yumşaq toxumalarında isə baş verən oksidləşmə prosesləri intensiv olduğundan süd turşusunun yaranması prosesi da intensivləşir [1,2,3,5]. Psixo-emosianal gərginlik digər mübadilə pozulmaları yaradaraq idmançılarda bütün orqanizmdəki problemlərlə yanaşı ağız boşluğu toxumalarında da neqativ dəyişikliklərə səbəb olur ki, bunlarda öz növbəsində dişin yumşax və sərt toxumalarında müxtəlif xəstəliklərin yaranmasına səbəb olur [4]. İdmançıların məruz qaldıqları gərginlik fonunda orqanizmin reaktivliyi dəyişilir və eyni zamanda dişləri idman kappalarının istifadəsi və travmalar nəticəsində parodont xəstəlikləri meydana çıxır və diş ətinin epitel qatının hüceyrəvi mühitində iltihabi dəyişikliklər baş verir.

Tədqiqatın məqsədi: eksperimentdə ağız boşluğunun vəziyyətinə müxtəlif materialların təsirinin tədqiq olunması.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqatın məqsəd və planına uyğun olaraq müxtəlif tərkibli kappa qoruyucuların istifadəsi zamanı onların ətraf yumşaq toxumalara təsirini müəyyən etmək məqsədi ilə adi dovşanlar üzərində eksperiment modeli yaradılmışdır. Baş verən dəyişikliklərə müqayisəli şəkildə 30 və 90 gün müddətində histoloji müayinələrin köməkliyi ilə nəzarət edillmişdir.

Təcrübə modelinin yaradılması. Təcrübə məqsədi ilə 30 ədəd 2,6-3,2 kg ağırlıqda və 1-2 yaşında adi dovşanlar seçilmişdir. Dovşanlarda hər hansı bir somatik xəstəliyin olmamasına diqqət yetirilmişdir. Hər bir təcrübə heyvanının hər iki aşağı ətrafında eksperimental model yaradılaraq ümumilikdə 60 eksperimental model əldə edilmişdir. Bunun üçün ilk növbədə aşağı ətrafların əməliyyat icra olunacaq hissəsində dəri tüklərdən təmizlənmişdir. Ağrısızlaşdırma məqsədi ilə əməliyyat sahəsi 1,0 %`li novokain məhlulu tətbiq edilərək blokadaya alınmışdır. Ağrısızlaşdırma aparıldıqdan sonra dəri sadə insiziya ilə dərialtı toxuma görünənə qədər açılmışdır. Dəri kiçik bir sahədə küt üsulla aralanaraq dərialtı toxumada kiçik bir boşluq yaradılmışdır. Həmin boşluğa təcrübə üçün seçilmiş və əvvəldən hazırlanmış müxtəlif tərkibli kappa qoruyuculardan ibarət, 1.0-1.5 sm diametrdə yad hissəcik yerləşdirilmişdir. Həmin hissəciyin ətraf toxumlara bərkidilməsi üçün əlavə tikiş və ya digər vasitələr istifadə edilməmişdir. Beləliklə də ətraf toxumaların yalnız kappa qoruyucunun təsirinə məruz qalması təmin edilmiş, həmçinin əlavə vasitələrin ikincili dəyişiklik yaratmasının və histoloji görüntünü dəyişməsinin qarşısı alınmışdır. Hissəcik yerləşdirildikdən sonra dəri sintetik tikiş materialı ilə fasiləli tikiş tətbiq edilərək tikilmişdir. Cərrahi yara hər gün 70%-li spirt və 5%-li lyuqol məhlulu ilə təmizlənmişdir. Tikişlər 5-7 gün sonra çıxarılmışdır. Bütün təcrübə heyvanlarında cərrahi yara heç bir ağırlaşma olmadan birincili sağalmışdır.

Hər bir təcrübə heyvanında bir ətrafda təcrübə modeli 30 gün, digər ətrafda isə 90 gün müddətində saxlanılmışdır. Təcrübə müddəti bitdikdən sonra kappa qoruyucudan ibarət hissəcik dəri və dərialtı

toxumalar ilə birlikdə eksizyon tədbiq edilərək çıxarılmışdır. Bunun üçün yenə ağrısızlaşdırma məqsədi ilə əməliyyat sahəsi 1,0 %`li novokain məhlulu tətbiq edilərək blokadaya alınmışdır. Sadə insizyon ilə əməliyyat çapığının ətrafından dəridə elips şəklində kəsik aparılmışdır. Həmin kəsik dərialtı toxumaya qədər dərinləşdirilmişdir və beləliklə dəri və dərialtı toxuma kappa qoruyucudan ibarət hissəcik ilə birlikdə konus şəklində çıxarılmışdır. Dəri və dərialtı toxuma çıxarıldıqdan sonra yara kənarları yaxınlaşdırılaraq cərrahi tikiş ilə tikilmişdir. İlk əməliyyatda olduğu kimi burada da dəri sintetik tikiş materialı ilə fasiləli tikiş tətbiq edilərək tikilmişdir. Cərrahi yaranın təmizlənməsi üçün hər gün 70%-li spirt və 5%-li lyuqol məhlulu istifadə edilmişdir. Tikişlər 5-7 gün sonra çıxarılmışdır. Bütün təcrübə heyvanlarında cərrahi yara heç bir ağırlaşma olmadan birincili sağalmışdır.Təcrübə müddətində tələf olan və ya hər hansı bir digər səbəbdən təcrübədən kənarlaşdırılan heyvan olmamışdır.

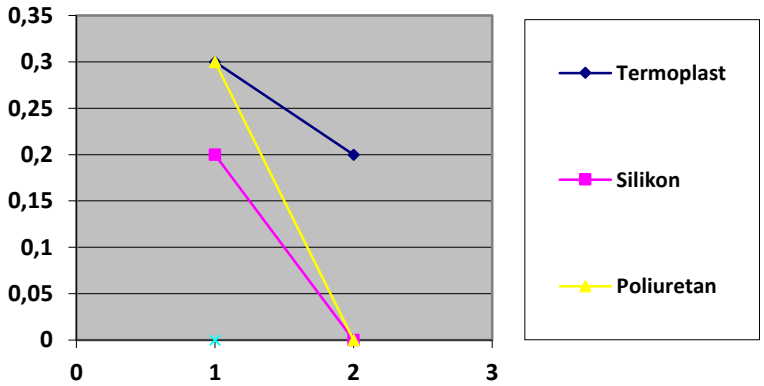
Təcrübəyə cəlb edilən dovşanlar kappa qoruyucunun tərkibindən asılı olaraq hər birində 10 dovşan olan 3 qrupa bölünmüşdür: I qrup (I nəzarət qrupu) – hər iki aşağı ətrafında dərialtına termoplast tərkibli hissəcik yerləşdirilən 10 dovşandan ibarətdir; II qrup (II nəzarət qrupu) – hər iki aşağı ətrafında dərialtına silikon tərkibli hissəcik yerləşdirilən 10 dovşandan ibarətdir; III qrup (əsas qrupu) – hər iki aşağı ətrafında dərialtına poliuretan tərkibli (ticari adı valplast®) hissəcik yerləşdirilən 10 dovşandan ibarətdir.

Histoloji nəzarət. Təcrübənin aparıldığı 30 və 90 gün müddətində təcrübəyə daxil edilən dovşanların bud nahiyyəsindən kappa qoruyucu materialı ilə birlikdə çıxarılan dəri və dərialtı yumşaq toxumalar ilk növbədə 10%`li formalin məhlulunda 1 sutka fiksə edilmişdir. Növbəti gün nümunə makroskopik müayinəyə alınmışdır. Bu zaman kappa qoruyucu materialı yumşaq toxumalardan ayrılaraq uzaqlaşdırılmışdır. Qalan nümunə üzərində dəri və dərialtı toxumanı eyni zamanda görə biləcəyimiz şəkildə 0,3-0,4 sm qalınlıqda paralel kəsiklər aparılmışdır. Alınan nümunələr təkrar 1 sutka 10 %`li formalin məhlulunda saxlanılmışdır. Sonrakı günlərdə biopsiyalar susuzlaşdırma məqsədi ilə müxtəlif qatılıqlı (75%, 85%, 95% və 99,9%) spirt məhlullarından keçirilmişdir. Ondan sonra nümunələr ksilol məhlulunda şəffaflaşdırılmış və parafinləşdirilmişdir. Təqib prosesindən sonra nümunələr parafində qəliblənmiş və histoloji bloklar hazırlanmışdır. Əldə edilən bloklardan mikrotom (Leica RM 2125 RTS, Almaniya) vasitəsilə 3-5 mikronluq kəsiklər hazırlanmışdır. Kəsiklər standart olaraq hematoksilin və eozin boyaları (Merck, Almaniya) ilə boyanmışdır. Hazırlanmış mikropreparatlar işıq mikroskopu (Leica DM 750, Almaniya) ilə müayinədən keçirilmişdir. Mikroskopik müayinə zamanı müşahidə edilən bütün dəyişikliklər mikroskopa əlavə olunmuş kamera (Leica ICC 50, Almaniya) ilə qeydə alınmışdır.

Cədvəl 1
Nekrozun təcrübənin 30 və 90-cı günündə müxtəlif qruplardakı intensivliyi.

Qruplar / Təcrübə müddəti	I	II	III
30 gün	0,3±0,483	0,2±0,421	0,3±0,483
90 gün	0,2±0,421	0	0

Qeyd: I – termoplast tərkibli qoruyucu maddə tətbiq edilən qrup; II – silikon tərkibli qoruyucu maddə tətbiq edilən qrup; III – poliuretan tərkibli qoruyucu maddə (valplast®) tətbiq edilən qrup.



Şək.1. Təcrübənin 30-cu günü nəticələri

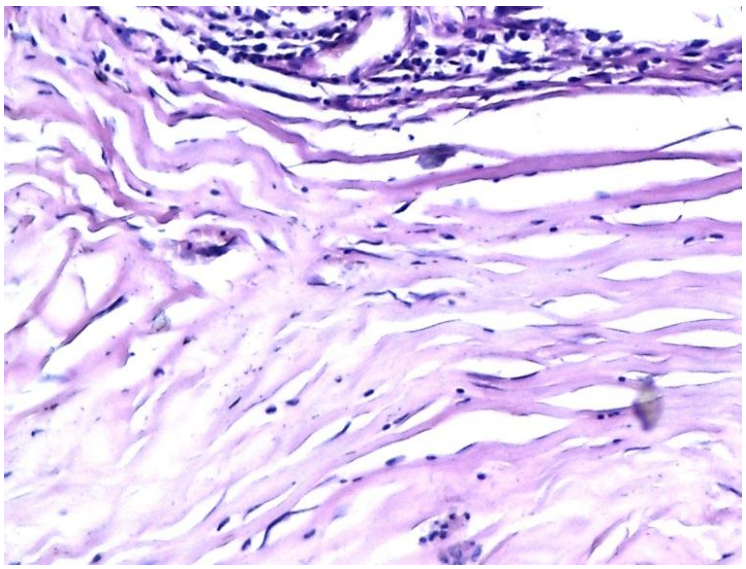
Kappa qoruyucu materialını bilavasitə əhatə edən toxumalar- dərialtı piy toxuması, skelet əzələsi, damarlar, fassiyalar və s. ayrı ayrılıqda nəzərdən keçirilmişdir. Aşkarlanan hər bir parametr öz növbəsində

intensivliyinə görə 4 dərəcə ilə qiymətləndirilmişdir. Nəzərdən keçirilən parametrin ümumiyyətlə qeydə alınmaması sıfır (0), zəif dərəcədə görünməsi bir (1), orta dərəcədə görünməsi iki (2), əhəmiyyətli dərəcədə nəzərə çarpması üç (3) bal ilə qiymətləndirilmişdir. Bu şəkildə dəyərləndirmə aparıldıqdan sonra əldə edilən rəqəmlər üzərində statistik hesablamalar aparılmışdır. Statistik hesablamalarda, müxtəlif parametrlərin orta ölçüsü (M), onların orta standart xəta göstəricisi (m), müxtəlif qruplara və fərqli təcrübə həftəsinə aid göstəricilər arasında statistik dürüst fərq (p) təyin edilmişdir. Aparılan statistik hesablamalar "sosial elmlər üçün statistika paketi"nin 15.0 versiyası (SPSS 15.0) ilə həyata keçirilmişdir.

Təcrübə müddətində müxtəlif qruplarda nekrotik dəyişikliklərin intensivliyi cədvəl 7-də göstərilmişdir.

Təcrübə müddətində ən yüksək həddə qeydə alınan histoloji parametrlərdən biri fibrotik dəyişikliklər olmuşdur. Nümunələrdə fibroz toxumanın inkişafı və kollagen proliferasiyası əsasən kappa qoruyucu materialı bilavasitə əhatə edən toxumalarda intensiv olmuşdur. Periferik sahələrdə doğru bu dəyişikliklərin tədircən azaldığı, bəzən də tamamilə itdiyi görünmüşdür. Limfosit və plazma hüceyrə infiltrasiyası olan nümunələrdə fibroz toxumanın da intensivliyi daha yüksək olmuşdur. Bununla yanaşı histiosit və giqant çoxnüvəli hüceyrələrin müşayət etdiyi iltihabi-rekativ proseslərdə isə fibroz toxumanın ən yüksək həddə olduğu müşahidə edilmişdir.

Təcrübənin 30-cu günü termoplast tərkibli qoruyucunun tətbiq edildiyi I qrupda fibroz dəyişikliklər daha intensiv olmuşdur (Şək.2). Belə ki, bu qrupa aid nümunələrdə termoplast maddəsinin bilavasitə ətrafında, nümunənin böyük hissəsini əhatə edən fibroz toxuma sahəsi və kollagen liflərin proliferasiyası görünmüşdür. Nisbətən daha az dəyişikliklər silikon maddə tətbiq edilən qrupda qeydə alınmışdır. Poliuretan maddə tətbiq edilən digər qrupda isə bu kimi dəyişikliklər digərlərindən minimal fərqlə daha az olmuşdur.

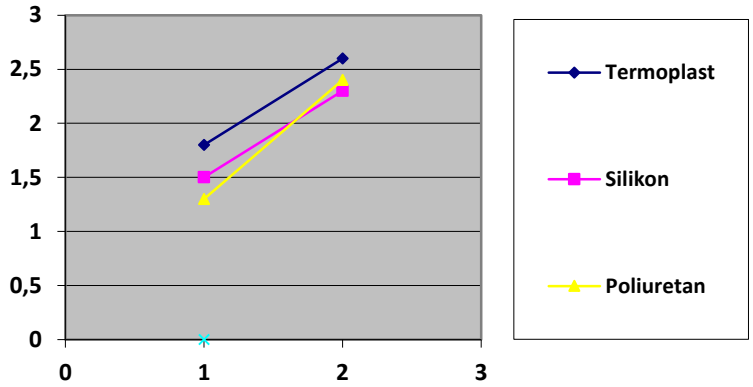


Şək.2.Termoplast tətbiq edilən qrupda yumşaq toxumalarda iltihab ilə yanşı fibroz toxuma proliferasiyası, təcrübənin 30-cu günü (boyaq: hematoksilin-eozin, böyütmə: x40).

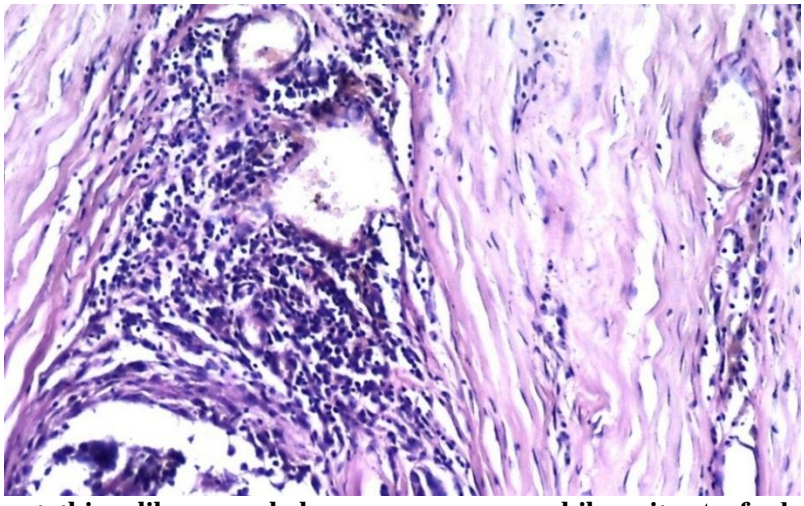
Cədvəl 2
Fibroz toxuma proliferasiyasının təcrübənin 30 və 90-cı günündə müxtəlif qruplardakı intensivliyi

Qruplar / Təcrübə müddəti	I	II	III
30 gün	1,8±0,788	1,5±0,707	1,3±0,483
90 gün	2,6±0,516	2,3±0,674	2,4±0,699

Qeyd: I – termoplast tərkibli qoruyucu maddə tətbiq edilən qrup; II – silikon tərkibli qoruyucu maddə tətbiq edilən qrup; III – poliuretan tərkibli qoruyucu maddə (valplast®) tətbiq edilən qrup.



Şək.3.Müayinələrin nəticələri



Şək.4. Poliuretan tətbiq edilən qrupda kappa qoruyucunun bilavasitə ətrafında fibroz toxuma proliferasiyası və iltihab ilə yanaşı zəif dərəcəli venoz hiperemiya (az sayda genişlənmiş və doluqanlı venoz damarlar), təcrübənin 30-cu günü (boyaq: hematoksilin-eozin, böyütmə: x100).

Təcrübənin 90-cı günündə bütün qruplarda fibroz toxumanın intensivliyi kəskin şəkildə artmışdır. Bu dövrdə alınan nümunələrdə yenə ən intensiv fibroz toxuma proliferasiyası termoplast tətbiq edilən qrupda, nisbətən az poliuretan qoruyucu tətbiq edilən qrupda, ən az isə silikon maddə tətbiq edilən qrupda görülmüşdür. Statistik təhlil zamanı qruplar arasında fibroz toxuma proliferasiyası baxımdan əhəmiyyətli fərq aşkarlanmamışdır. Təcrübə müddətində müxtəlif qruplarda fibroz toxumanın intensivliyi cədvəl 8-də göstərilmişdir.

Toxumalarda təcrübə modelinin təsirinə bağlı olaraq qan dövranında yaranmış pozğunluqlar termoplast tətbiq edilən nümunələrdə daha qabarıq şəkildə qeydə alınmışdır. Təcrübənin 30-cu günü termoplast ətrafında, onu bilavasitə əhatə edən toxumalarda venoz damarlarda şiddətli doluqanlılıq, damar mənfəzində genişlənmələr, damarətrafı sahələrdə qansızmalar, siderofaqlar və hemosiderin toplantıları qeydə alınmışdır. Silikon və poliuretan maddə tətbiq edilən qruplarda qan dövranı pozğunluqları daha zəif dərəcədə inkişaf etmişdir. Bu qruplardan alınan nümunələrdə dəyişikliklər əsasən zəif və orta dərəcəli venoz hiperemiya şəklində təzahür etmişdir (şək.4). Təcrübənin 90-cı günündə qruplarda venoz doluqanlılıq bir qədər zəifləmişdir. Bu zaman alınan nümunələrdə venoz doluqanlılıq təkcə kappa qoruyucu materialını bilavasitə əhatə edən toxumalarda deyil daha periferik hissədə yerləşən toxumalarda da görünmüşdür. Termoplast tətbiq edilən qrupda yumşaq toxumalarda damarətrafı qansızmalar, hemosiderin toplantılarının əhəmiyyətli dərəcədə azaldığı müəyyən edilmişdir. Silikon və poliuretan tətbiq edilən qruplarda isə yalnız bir neçə nümunədə sporadik olaraq zəif dərəcəli venoz hiperemiya görünmüşdür.

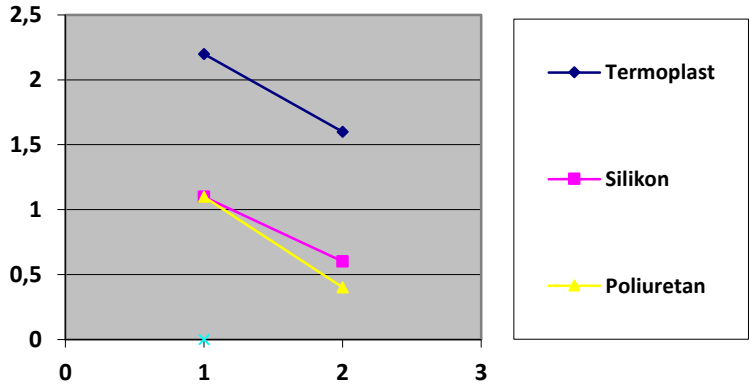
Qan dövranı pozğunluqlarının orta göstəricisinə əsasən aparılan müqayisəli təhlil zamanı təcrübənin 30-cu və 90-cı günü termoplast və poliuretan tətbiq edilən qruplar arasında yüksək dərəcəli (p=0,000) statistik dürüst fərq aşkarlanmışdır. Termoplast və silikon tətbiq edilən qruplar arasında isə təcrübənin 30-cu günü orta dərəcəli (p=0,001), təcrübənin 90-cı günü isə yüksək dərəcəli (p=0,000) statistik dürüst fərq qeydə

alınmışdır. Bu nəticəyə əsasən demək olar ki, tətbiq edilən kappa qoruyucu materiallarının növündən asılı olaraq qan dövranı pozğunluqları müxtəlif dərəcədə təzahür edə bilər. Uzunmüddətli tətbiq zamanı poliuretan və silikon maddənin termoplasta nisbətən daha az qan dövranı pozğunluğu yaratdığı görünmüşdür. Təcrübə müddətində müxtəlif qruplarda qan dövranı pozğunluqlarının intensivliyi cədvəl 3-də göstərilmişdir.

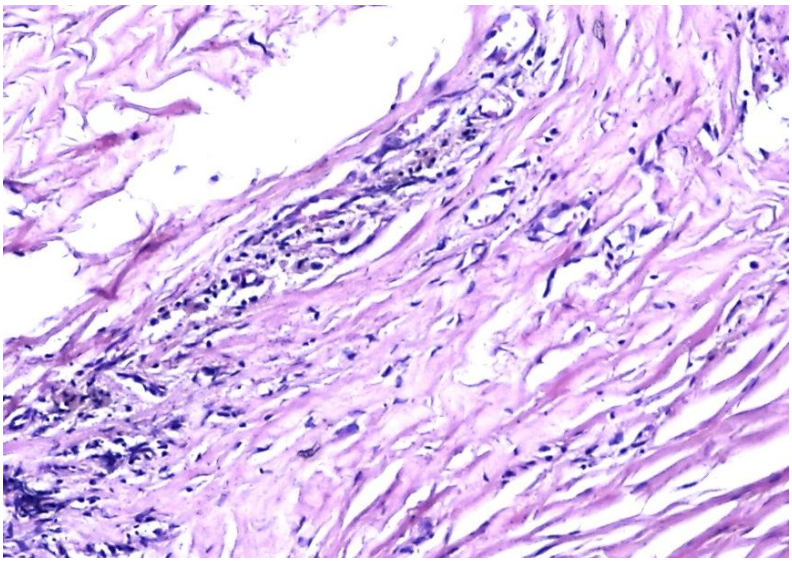
Cədvəl 3
Qan dövranı pozğunluqlarının təcrübənin 30 və 90-cı günündə müxtəlif qruplardakı intensivliyi

Qruplar / Təcrübə müddəti	I	II	III
30 gün	2,2±0,632	1,1±0,567	1,1±0,316
90 gün	1,6±0,516	0,6±0,516	0,4±0,516

Qeyd: I- termoplast tərkibli qoruyucu maddə tətbiq edilən qrup; II- silikon tərkibli qoruyucu maddə tətbiq edilən qrup; III- poliuretan tərkibli qoruyucu maddə (valplast®) tətbiq edilən qrup.



Şək.5. Müayinələrin nəticələri



Şək.6. Silikon tətbiq edilən qrupda qoruyucu maddənin bilavasitə ətrafında yaranan, incə haşiyə şəklində qranulyasiya toxuması, təcrübənin 90-cı günü (boyaq: hematoksilin-eozin, böyütmə: x100). Təcrübənin 90-cı günü nümunələrdə qranulyasiya toxumasının intensivliyi azalmışdır. Ən ciddi dəyişiklik silikon tətbiq edilən qrupda görülmüşdür; bu qrupda 90-cı gündə alınan nümunələrin bəzilərində incə haşiyə şəklində silikonu əhatə edən qranulyasiya toxuması müəyyən edilmişdir. Termoplast tətbiq edilən qrupda isə qranulyasiya toxuması təcrübənin 90-cı günü də əhəmiyyətli dərəcədə saxlanmışdır. Termoplast sərt material olduğu üçün daha çox mexaniki zədələnmələr yaratmış və beləliklə də hətta müşahidənin gec dövründə qranulyasiya toxumasının inkişaf etməsinə səbəb olmuşdur.

Təcrübənin 30-cu günündə alınan nümunələrin demək olar ki, hamısında kappa qoruyucu materialın bilavasitə ətrafında qranulasiya toxuması müəyyən edilmişdir. Qranulyasiya toxuması bütün qruplarda intensiv olub minimal fərqlə bir-birindən seçilmişdir. Əsasən fibroz toxuma proliferasiyasının daha zəif olduğu nümunələrdə rast gəlinən qranulasiya toxuması çox sayda kiçik kalibrli, doluqanlı kapilyarlardan ibarətdir. Bəzi nümunələrdə qranulasiya toxumasının ətraf birləşdirici toxuma ilə birlikdə hipertrofik böyüməyə səbəb olduğu, kappa qoruyucunun yerləşdiyi boşluğa doğru polipoid uzantılar əmələ gətirdiyi müəyyən edilmişdir. Həmin nahiyyədə eləcə də ödem və degenerativ dəyişikliklər qeydə alınmışdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Гаврилова Е. А. Стрессорный иммунодефицит у спортсменов. М.: Сов. спорт, 2009, 192 с.
2. Гладков В.Н. Некоторые особенности заболеваний, травм, перенапряжений и их профилактика в спорте высших достижений. М.: Сов. спорт, 2007, 152 с.
3. Житнухин Ю.Л. Влияние высокого уровня кортизола на функцию Т- и В-лимфоцитов у спортсменов // Медицинская иммунология, 2007, № 2/3, с. 298-299.
4. Halson S.L., GI Lancaster, AE Jeukendrup, et al. Immunological responses to overreaching in cyclists // Med. Sci. Sports. Exerc., 2013, v. 35, p.854-861.
5. Hooper S.A., West N.X.,.Sharif N, Smith S.A. comparison of enamel erosion by a new sports drink compared to two proprietary products: a controlled, crossover study in situ // J Dent., 2004, v.32, p. 5.

Резюме

Влияние различных материалов для капп на состояние тканей полости рта

Д.Н. Гаджиев, С.И.Ахмедов

Эксперименты были проведены на 30 кроликах весом 1,4-2,6 кг и возрастом в 1-2 года. Экспериментальная модель пародонтита была создана на 30 кроликах. Для получения модели было проведено местное обезболивание раствором новокаина. После этого десна отделили от шейки зубов и наложили лигатуру из синтетической ткани в форме «8» таким образом, чтобы она окружала одновременно шейки нижних передних резцовых зубов. После наложения лигатуры десневая ткань также фиксировалась к лигатуре в нескольких участках. На 90-й день в группе с термопластами все еще сохранялась грануляционная ткань. По причине твердости термопласт привел к механическим повреждениям и приводил к развитию грануляционной ткани в поздние сроки исследования.

Summary

Influence of various materials for kappas on the state of tissues of the oral cavity

D.N. Hajiyev, S.I.Ahmedov

Experiments were carried out on 30 rabbits weighing 1.4-2.6 kg and age 1-2 years. The experimental model of periodontitis was created on 30 rabbits. To obtain the model, local anesthesia with a solution of novocaine was performed. After that, the gum was separated from the neck of the teeth and a ligature of synthetic tissue in the shape of "8" was placed in such a way that it would simultaneously surround the necks of the lower anterior incisive teeth. After the ligation, the gingival tissue was also fixed to the ligature in several areas. On the 90th day in the group with thermoplastics, granulation tissue was still preserved. Due to the hardness, the thermoplastic resulted in mechanical damage and led to the development of granulation tissue in the later periods of the study.

Daxil olub: 20.06 2018

ATOPİK FORMA BRONXİAL ASTMA OLAN UŞAQLARDA VİTAMIN D-NİN SƏVİYYƏSİ VƏ ONUN KORREKSİYASI

A.O. Cəfərova
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: uşaqlar, atopik forma bronxial astma, vitamin D, tridrop
Ключевые слова: дети, атопическая бронхиальная астма, витамин D, Тридроп
Key words: children, atopic bronchial asthma, vitamin D, Tridrop

Son onillikdə orqanizmdə D vitamininin rolunun geniş olması ona qarşı elmi maraqların artmasına səbəb olmuşdur. Belə ki, D vitamininin çatışmazlığı bütün dünyada epidemik xarakter daşıyır [1,2]. D vitamini çatışmazlığı problemi ilk növbədə planetin əhalisinin təxminən 50%-nin müəyyən dərəcədə əziyyət çəkməsilə aktualdır [3]. Son illərdə pediatrik təcrübədə D vitamini çatışmazlığının yayılmasına dair daha çox tədqiqatlar mövcuddur [4, 5].

Eyni zamanda allergik xəstəliklərin yayılması problemi də pediatriya üçün aktual olaraq qalır. Hər il müxtəlif yaşlarda olan uşaqlar arasında atopik dermatit, bronxial astma və allergik rinitlə xəstələnmə səviyyəsi daim artır [6,7,8].

Çoxsaylı araşdırmaların nəticələrinə görə, D vitamini nəinki mineral mübadilənin tənzimləyicisi kimi, həmçinin müxtəlif sümükdən kənar təsirlərə malikdir [9,5]. Son illərdə qanda allergik xəstəliklərin inkişafında D vitamini çatışmazlığının təsir mexanizmləri öyrənilmişdir. Araşdırmaların nəticələrinə görə, bu təsir immun proseslərdə D vitamininin iştirakı ilə bağlıdır [10]. Meta-analizlərin mövcud nəzəriyyələri uşaqların qan zərdabında vitamin D-nin aşağı səviyyəsi ilə atopik forma bronxial astmanın inkişaf riskinin artması arasında əlaqə olduğunu göstərir [3,4,7].

Beləliklə, uşaqlarda D vitamini çatışmazlığı və atopik forma bronxial astmanın birgə gedişi probleminin aktuallığı, ilk növbədə, bu patoloji vəziyyətin yayılmasına səbəb olur.

Tədqiqatın məqsədi bronxial astma olan uşaqların qan zərdabında vitamin D-nin səviyyəsini öyrənmək və onun çatışmazlığının korreksiya edilməsindən ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodları. Bu problemi həll etmək üçün persistə edən atopik forma bronxial astmalı yüngül və orta ağır gedişli 63 uşaq (əsas qrup) müayinəyə cəlb edilmişdir. Müayinə olunan uşaqlar 3-17 yaş arası olmuşdur. Diaqnoz allerqoloji anamnez, klinik-funksional və immunoloji tədqiqatların nəticələri əsasında təsdiq edilmişdir. Xəstəliyin müddəti 2 ildən 5 ilədək olmuşdur. Nəzarət qrupu olaraq, anamnezində allergik təzahür göstəriciləri və irsi meyllilik olmayan, 3 – 17 yaşlı 20 praktiki olaraq sağlam uşaq müayinə olunmuşdur.

Tədqiqata daxil edilən xəstələr 2 qrupda cəmləşdirilmişdir: I qrupu bazis müalicəsi alan, II qrupu isə bazis müalicə ilə yanaşı vitamin D tərkibli Tridrop preparatı qəbul edən xəstələr təşkil etmişdir. Tədqiqata götürülən uşaqlarda əsas meyar kimi 1 il ərzində atopik forma bronxial astmanın diaqnozu təsdiqlənmiş xəstələr təşkil etmişdir. İstisna meyarlarını isə tədqiqatdan öncə 1 il ərzində sümük sınıqlarının olması, son 6 ay ərzində vitamin D3 və multivitamin komplekslərinin qəbulu təşkil etmişdir. Bizim tərəfimizdən müayinə edilən uşaqlarda qaraciyərdə vitamin D - nin aralıq formasının sintezinin pozulması olan xəstəlik (qaraciyər funksiyasının pozulması ilə kəskin və xroniki xəstəliklər) müşahidə edilməmişdir. Qanda D vitamininin səviyyəsi Almaniya istehsalı olan Roche Diaggnostics firmasının analizatorunda ELISA metodu ilə müəyyən edilmişdir.

D vitamini statusunun qiymətləndirilməsi M.F.Holick təsnifatına uyğun olaraq həyata keçirilmişdir. [11, 12]. Vitamin D dəyərləri aşağıdakı meyarlara əsasən qiymətləndirilmişdir: 25(OH)D-nin normal səviyyəsi 30-85 ng/ml, çatışmazlığı 20-29 ng/ml, defisiti 10-19 ng/ml və 10 ng/ml-dən aşağı ağır defisiti hesab edilmişdir [11, 12]

Bütün xəstələr bronxial astmanın ağırlıq dərəcəsinə uyğun olaraq, iltihab əleyhinə bazis müalicə almışdır. Hipovitaminozun farmakoloji korreksiyası məqsədi ilə, 30 uşaq 1 ay müddətində gündə 3 damcı vitamin D tərkibli Tridrop preparatı qəbul etmişdir. D vitamininin səviyyəsi müalicə kursundan əvvəl və sonra müəyyən edilmişdir.

Məlumatların statistik nəticələri Microsoft Office 2000 paketinin Microsoft Excell və Statistika 60 for Windows proqramından istifadə edərək Vilkokson -Manna -Uitninin qeyri-parametrik metodu ilə hesablanmışdır.

Nəticələrin müzakirəsi. Obyektiv və instrumental müayinədən sonra 4 nəfər (6,3%) uşağa ağırlıq dərəcəsinə görə yüngül, 59 nəfər (93,7%) uşağa orta ağır persistə edən bronxial astma diaqnozu qoyulmuşdur. Əsas qrupdakı bütün uşaqlar, həm ata və həm də ana xəttindən fərqli allergopatologiyalara

görə anamnezdə irsi meylliyə malikdirlər. Valideynlərin uşaqlarının qidalanması ilə bağlı sorğusu zamanı tərkibi D vitamini ilə zəngin olan yağlı növ balıqların qida rasionunda nadir olması müəyyən edilmişdir.

Orta ağır gedişli persistə edən bronxial astmalı uşaqların əksəriyyətində (41 nəfər, 69.5%) fiziki və zehni fəaliyyətin azalması, tez yorulma və zəiflik, baş ağrısı epizodlarının meydana çıxması və baş gicəllənmə, iştahasızlıq və yuxusuzluq ilə özünü göstərən intoksikasiya sindromu müşahidə olunmuşdur. Qeyd olunan simptomlar, ehtimal ki, bronxial astma üçün səciyyəvi olan hipoksiya ilə əlaqəli idi. Bu uşaqlarda çətin ifraz olunan bəlğəmlə müşayiət olunan quru öskürək və ekspirator tip təngnəfəslik şikayətləri üstünlük təşkil edirdi.

Xəstələrin cinsi, yaşı, xəstəliyin müddəti, diaqnozun qoyulduğu yaş faktorları ilə bağlı məlumatları təhlil edərkən 25(OH)D konsentrasiyası səviyyəsində əhəmiyyətli fərqlər qeydə alınmamışdır ($p>0.05$).

Əsas qrupdakı bütün uşaqlarda 25(OH)D-nin çatışmazlığı aşkarlanmışdır: qan zərdabında D vitamininin orta göstəricisi 24.6±1.7 ng/ml təşkil etmişdir ($p<0.05$). Nəzarət qrupu olan uşaqlarda qan zərdabında D vitaminin səviyyəsi norma daxilində olmuşdur və orta hesabla 45,3±2,2 ng/ml təşkil etmişdir. Bu, onun göstəricisidir ki, allergik xəstəlikləri olan uşaqların orqanizmi D hypovitaminozunun inkişafına daha çox meyllidir və aydındır ki, orqanizmə bu vitaminin geniş təsirini nəzərə alaraq bu qrup xəstələrin qan zərdabında vitamin D-nin aralıq formasının təyini üçün skrininq aparmaq lazımdır.

Xəstələrin qan zərdabında D vitamininin səviyyəsini təhlil edərkən, aparılan müalicənin xarakterinə uyğun olaraq aşağıdakılar aşkar olunmuşdur. I qrup bazis müalicəsi alan bronxial astmalı uşaqlarda 25(OH)D-nin səviyyəsində azalma qeyd olunmuşdur. Beləliklə, müalicədən əvvəl qan serumunda D vitamininin səviyyəsi 17.2±1.2 ng/ml təşkil edirdisə ($p<0,001$), müalicədən 3 ay sonra orta hesabla 15,8±2,0 ng/ml-ə ($p<0,001$) qədər azalması nəzərə çarpmışdır ki, bu da 25(OH)D-nin defisitini göstərir (cədvəl)

Cədvəl

Müayinə olunmuş uşaqların qan zərdabında D vitamininin səviyyəsi

Göstərici	Bazis müalicə (n=33)		Bazis müalicə + Tridrop (n=30)		Nəzarət (n=20)
	Müalicədən əvvəl (n=33)	Müalicədən sonra (n=8)	Müalicədən əvvəl (n=30)	Müalicədən sonra (n=6)	
D vitaminin səviyyəsi, ng/ml	17,2±1,2*	15,8±2,0*	18,4±2,2*	21,8±2,5*	45,3±2,2

Qeyd * - $p<0.001$

Bazis müalicə fonunda D vitaminin farmakoloji korreksiyası məqsədilə Tridrop preparatı qəbul edən uşaqların qrupunda aşağıdakı göstəricilər müşahidə edilmişdir. Belə ki, müalicədən əvvəl qan zərdabında D vitamininin səviyyəsi 18,4 ± 2,2 ng/ml təşkil etmişdir, bu da qəbul olunmuş təsnifata əsasən onun ciddi çatışmazlığını göstərir ($p<0,001$). 3 ay sonra təkrari müayinə zamanı qan zərdabında 25(OH)D-nin səviyyəsində 18 % (21,8 ± 2,5 ng/ml) ümumi artım qeyd olunmuşdur. Qeyd etmək lazımdır ki, D vitamini preparatı qəbul etmə müddətində kəskinləşmə epizodları olan uşaqlarda D vitamininin artımı aşağı olmuşdur.

Atopik forma bronxial astmalı uşaqlarda qan zərdabında 25(OH)D-nin səviyyəsinin kifayət qədər olmamasına baxmayaraq, biz hipervitaminozun baş verməsindən ehtiyat etdiyimiz üçün kompleks müalicədə yay fəslində D vitamininin qəbulunu dayandırdıq. Anamnezdən aydın oldu ki, yay müddətində heç bir uşaqda xəstəliyin kəskinləşməsi epizodu qeydə alınmamışdı.

Tridrop preparatı təyin olunan atopik forma bronxial astmalı uşaqlarda qan zərdabında 25(OH)D-nin normal səviyyəyə çatmasına tam nail olunmamasına baxmayaraq, onların ümumi vəziyyətində yaxşılaşma qeyd edilmişdir. Müalicə fonunda klinik olaraq, fiziki və əqli fəaliyyətin artması, tez yorulma və zəiflik əlamətlərinin azalması, baş ağrısı epizodlarının azalması, iştaha və yuxunun yaxşılaşması müşahidə edilmişdir.

Daha sonra 1 illik müşahidə müddətində bu xəstələrdə məlum olduğu kimi bronxial astmanın kəskinləşməsinin inkişafında təkan verici faktor olan kəskin respirator virus infeksiyasının epizodlarının azalması müşahidə edilmişdir. Xəstə uşaqlar və onların valideynləri ilə sorğu zamanı aydın olmuşdur ki, Tridrop preparatının istifadəsi fonunda bronxial astmanın kəskinləşmələrinin sayı və müddəti azalmışdır, eyni zamanda əhəmiyyətli dərəcədə yüngül keçmişdir.

D vitamini preparatı qəbul etməyən uşaqların ümumi vəziyyətində yaxşılaşma müşahidə olunmamışdır və xəstəliyin əsas gedişi dəyişməz olaraq qalmışdır.

Belliklə, araşdırmanın nəticələrinə görə, atopik forma bronxial astma olan uşaqların müayinəsi zamanı qan zərdabında D vitaminin səviyyəsi orta hesabla normaya uyğun olan nəzarət qrupu ilə müqayisədə vitamin D-nin defisiti aşkarlanmışdır. Buna görə də, uşaqlarda allergik proseslərin yaranmasına və gedişinə təsir göstərən amillər içərisində qan zərdabında D vitamini səviyyəsinin qeyri-kafi olmasını da ehtimal

etmək olar. Bu baxımdan, allergik xəstəlikləri olan uşaqlara, xəstəliyin kəskinləşməsinin qarşısını almaq və onun gedişini yüngülləşdirmək üçün bazis müalicəsi ilə yanaşı D vitamini preparatlarının istifadəsi tövsiyə edilməlidir.

Gələcəkdə, bronxial astmalı xəstələrin qan zərdabında D vitaminini normal səviyyəyə çatdırmaq məqsədilə xəstəliyin gedişinin ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq, uşaqlara D vitamini preparatının dozasını təyin etmək üçün geniş elmi tədqiqatların aparılması məsləhətdir. Müalicə müəssisələrində mümkün olduqda, allergik xəstəlikləri olan uşaqların qan zərdabında D vitaminin səviyyəsini təyin etmək üçün skrininq testlərin aparılması tövsiyyə olunur.

ƏDƏBİYYAT

1. Громова О.А. Витамин D -смена парадигмы. М.: ТОРУС Пресс, 2015, 464 с.
2. Долбня С.В., Курьянинова В.А., Абрамская Л.М. Витамин D и его биологическая роль в организме // Вестник молодого ученого. 2015. Т. 11, № 4. С. 24–34.
3. Autier P., Mullie P., Macacu A. et al. Effect of vitamin D supplementation on non-skeletal disorders: a systematic review of meta-analyses and randomised trials // The Lancet Diabetes & Endocrinology, 2017, v.5, p.986–1004.
4. Campbell D.E., Boyle R.J., Thornton C.A. et al. Mechanisms of allergic disease–environmental and genetic determinants for the development of allergy // Clinical & Experimental Allergy, 2015, v. 45, p. 844–858.
5. Wacker M., Holick M.F. Vitamin D-effects on skeletal and extra skeletal health and the need for supplementation // Nutrients, 2013, № 5 (1), p.111-148.
6. Купаев В.И. Бронхиальная астма и витамин D: современный взгляд на проблему // Астма и Аллергия, 2015, №4, с.5-8.
7. Chinellato I., Piazza M. Vitamin D serum levels and markers of asthma control in Italian children // J. Pediatr., 2011, v. (3), p.437-441.
8. Global Strategy for Asthma Management and Prevention / Global Initiative for Asthma (GINA), 2016. URL:www.ginasthma.com
9. Gupta V. Vitamin D: Extra-skeletal effects // J. Med. Nutr. Nutraceut, 2012, № 1, p.17-26.
10. Пигарова Е.А., Плещеев А. В., Дзеранова Л.К. Влияние витамина D на иммунную систему // Иммунология, 2015, Т. 36, № 1, с. 62–66.
11. Holick M.F. Evalution, treatment and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline // J. Clin. Endocrinol. Metab.,2011, v. 96 (7), p. 1911-1919.
12. Holick M.F. Vitamin D deficiency: a worldwide problem with health consequences // Am. J. Clin. Nutr., 2008, v. 87, p. 1080-1086.

Резюме

Уровень витамина D у детей с атопической бронхиальной астмой и коррекция его дефицита

А.О. Джафарова

В статье представлены результаты изучения уровня витамина D в сыворотке крови 63 детей с атопической бронхиальной астмой (основная группа) и 20 здоровых детей (контрольная группа). У всех детей основной группы выявлена недостаточность 25 (OH) D: средний показатель витамина D в сыворотке крови составил 24,6±1,7 нг/мл ($p<0,05$). У детей контрольной группы уровень витамина D в сыворотке крови соответствовал средней норме и составил 45,3±2,2 нг/мл. У детей на фоне базисного лечения бронхиальной астмы было отмечено дальнейшее снижение уровня 25(OH)D, что соответствовало дефициту 25(OH)D. В группе детей, получавших на фоне базисного лечения фармакокоррекцию гиповитаминоза D препаратом Тридроп, через 3 месяца отмечался общий прирост 25(OH)D в сыворотке крови в среднем на 18% (21,8±2,5 нг/мл), что соответствовало его недостаточности согласно принятой классификации ($p<0,001$ по отношению к контролю). По результатам исследования, у обследованных детей с атопической бронхиальной астмой был выявлен дефицит витамина D по сравнению с контрольной группой, в которой показатели содержания витамина D в сыворотке крови соответствовали средней норме. В связи с этим детям с атопической бронхиальной астмой следует рекомендовать прием препаратов витамина D с целью предупреждения обострений болезни и для облегчения ее течения.

Summary

The level of vitamin D in children with atopic bronchial asthma and correction of its deficit

A.O. Jafarova

The article presents the results of studying the vitamin D level in the blood serum of 63 children with atopic bronchial asthma (main group) and 20 healthy children (control group). All the children of the main group were found with a deficiency of 25(OH)D: the average vitamin D in the serum was 24.6±1.7 ng/ml ($p<0.05$). In children of the control group, the level of vitamin D in the blood serum corresponded to the norm and amounted average to 45.3±2.2 ng/ml. In children on the basic treatment of bronchial asthma, was observed a further decrease in the level of 25(OH)D. In the group of children who received pharmacocorrection of hypovitaminosis D with Tridrop along with basic treatment, after three months a total increase of 25 (OH) D in the blood serum was observed on average by 18% (21.8±2.5 ng/ml), which considered a deficiency according to the accepted classification ($p<0.001$). According to the results of the research, the children with atopic bronchial asthma was detected vitamin D deficiency in comparison with the control group, in which the vitamin D levels in the blood serum corresponded to the average norm. From this point of view, it is recommended to take vitamin D preparations that children with atopic bronchial asthma in order to prevent exacerbations and to reduce progression of the disease.

Daxil olub: 22.06 2018

BİRLƏŞDİRİCİ TOXUMANIN DİSPLAZİYASI SİNDROMU OLAN UŞAQLARDA ULTRASƏS DENSİTOMETRİYASI ZAMANI YARANAN DƏYİŞİKLİKLƏR

K.N.Əhmədli, M.S.Pənahova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: uşaqlarda osteoporoz, kalsium, vitamin D, densitometriya, uşaqlarda displaziya

Ключевые слова: остеопороз у детей, кальций, витамин Д, денситометрия,дисплазия у детей

Key words: osteoporosis in children , calcium, vitamin D, densitometry,dysplasia in children

Osteoparoz- müasir təbabətin tibbi və sosial əhəmiyyətə malik problemlərindən biri olub polietioloji xarakterə malikdir.Yaranma səbəbləri kimi, genetik amilləri, həyat tərzini, fiziki avtivliyi, endokrin xəstəliklərin olmasını, hər hansı dərman qəbulunu və s.göstərmək olar.

Sümük toxuması uşaq və yeniyetmə vaxtlarında sürətli inkişaf etsə də, 20-30 yaşında inkişafı tamamlanır [1,2].

Osteoparoz-sümük sisteminin proqressivləşən metabolik xəstəliyidir.Sümük sıxlığının azalması səbəbilə tez-tez sınıq və çıxıqlar olur.Bu isə gələcəkdə həyat keyfiyyətinin azalmasına,erkən əlilliyə səbəb ola bilər.

Osteoparoz tibbi-sosial əhəmiyyətli problem olub ildən-ilə çox sürətlə inkişaf edir. Bu gün dünyada osteoparotik sınıqların müalicə və reabilitasiyasına ayrılan vəsaitin miqdarının ildən ilə artması onun çox rast gəlinən xəstəliklər qrupuna daxil olmasına şərait yaradır. Osteoparoz- statistik məlumatlara əsasən –ürək-damar, onkopatologiya, şəkərli diabet xəstəliyindən sonra dünyada 4-cü yeri tutur [3,4]

Hesab edilir ki, osteoparoz və sınıqlarda əsas göstərici sümük toxumasının fizioloji itkisi meydana çıxana qədər topladığı sümük sıxlığı- " pik sümük kütləsi " dir (Peak Bone Mass). Bu kütlə nə qədər yüksəkdirsə osteoparozun yaranma riski də bir o qədər azdır.Elmi tədqiqatlar sübut edirki, "pik sümük kütləsi"-nin aşağı olması pis qidalanma , orqanizmdən kalsium itirilməsi, D vitamin çatışmazlığı zamanı yaranır. Elə bu səbəbdəndirki ,uşaqlarda yaranan osteoparoz- kalsium çatışmazlığı xəstəliyi də adlanır. Ağır hallarda sümük toxumasının miqdarı 40-50 % azalır [3,5].

Tibb sahəsinin sürətli inkişafı nəticəsində, hazırda sümük sıxlığını dəqiqliklə ölçməyə və osteoparozun hansı səviyyədə olduğunu müəyyən etməyə imkan verən ultrasəs densitometriyası ilə yanaşı,sümük toxumasının formalaşmasını həyata keçirən markerlərin, o cümlədən mineral mübadilə göstəricilərinin və osteoparozla birbaşa əlaqəli hormonların tədqiq edilməsi vasitəsilə öyrənmək olar.

Bundan əlavə DoBTD olan şəxslərdə sərbəst hidroksiprolinin səviyyəsi kollagenin destruksiya prosesinin markeri rolunu oynayır, peptiddən asılı hidroksiprolin kollagenin həm dağılma, həm də biosintezini həyata keçirir. Sümük rezorbsiyası markerlərinin artan ekskresiyası sümük toxumasının destruksiyası və onun katabolizminin intensivlik səviyyəsi ilə korrelyasiya olunur [6,7].

Differensə olunmamış birləşdirici toxuma displaziyası zamanı sümük sıxlığının , o cümlədən sümük metabolizminin öyrənilməsi pediatriyada demək olarki, ətraflı öyrənilməmişdir. Baxmayaraq ki, ölkəmizdə uşaq və yeniyetmələr arasında DoBTD və bunun nəticəsində yaranan osteoparoz geniş yayılsa da ,bu problem hələ də tam tədqiq edilməmiş qalmaqdadır. Qeyd olunanlar problemin aktuallığını təsdiqləmiş və tədqiqatın aparılmasına əsas vermişdir

Uzun müddət ərzində, xüsusilə də əlverişsiz həyat şərtlərində,mineral defisiti korreksiya edilmədikdə displastik əlamətlərin miqdarı və ağırlığı proqrediyent olaraq artır,nəticədə homeostazda dəyişikliklər meydana çıxır.İlk olaraq Maqnezium (Mg), Kalsium (Ca) Fosfor (P), kimi makroelement çatızmazlıqları və D vitamini əksikliyi yaranır.Bildiyimiz kimi bu elementlər kollagen liflərin əmələgəlmə və formalaşması proseslərini tənzimləyir,skeletin quruluşunun normal inkişafına nəzarət edir [6,10,11,12].

Tədqiqatın məqsədinə müvafiq olaraq differensə olunmamış birləşdirici toxuma displaziyası zamanı sümük sistemində baş verən dəyişiklikləri təyin etmək üçün tədqiqata ATU-nun tədris terapevtik klinikasının III Pediatriya şöbəsinə müraciət edən 6 yaşdan 16 yaşadək diferensə olunmamış birləşdirici toxuma displaziyalı 30 uşaq (17 oğlan və 13 qız) seçilmişdir. Bu uşaqlar ümumi qəbul olunmuş diaqnostik alqoritmə əsasən seçilmişdir.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqata cəlb olunmuş diferensasiya olunmayan birləşdirici toxuma displaziyası olan uşaqlar displaziya dərəcəsinə (I dərəcəli- yüngül, II dərəcəli-orta və III dərəcəli- ağır displaziya, cins (oğlan və qız) tərkibinə əsasən qruplaşdırılmışdır. Alınan nəticələr cədvəl 1-də göstərilmişdir**.**

Cədvəl 1

Tədqiqata cəlb olunan uşaqların birləşdirici toxuma displaziyasının ağırlıq dərəcəsinə görə bölüşdürülməsi

Oğlan	Yüngül dərəcə	Orta ağır dərəcə	Ağır dərəcə	Cəmi
Qız	8 (61,5%)	7 (53,.8%)	2 (50,0%)	17 (56,7%)
Cəmi	5 (38,5%)	6 (46,2 %)	2 (50,0%)	13 (43,3%)

Cədvələ nəzər salsaq görərik ki, yüngül dərəcəli displaziyalı uşaqlar olan qrupda oğlanların sayı 61,5 % (8 nəfər) təşkil etdiyi halda həmin qrupda qızların sayı 38,5 % (5 nəfər) olmuşdur. Orta ağır dərəcəli displaziyalı uşaqlar olan qrupda da oğlanların sayı üstünlük təşkil edərək 7 nəfər (53,8), qızların sayı isə 6 nəfərlə (46,2 %) nisbətən az olmuşdur. Tədqiqata cəlb olunmuş uşaqların fizikal müayinəsi zamanı oynaq-dayaq sisteminin funksional vəziyyəti oynaqların hərəkətliliyi,əzələlərin simmetrikliyi və tonusu,onurğa sütununun əyrilikləri,döş qəfəsinin quruluşu ilə qiymətləndirilirdi. Sümük kütləsinin azalmasının patoloji səbəblərini öyrənmək və sümük metabolizmini qiymətləndirmək məqsədilə metabolik biomarkerlərlə yanaşı ultrasəs densitometriyası müayinəsi aparılmışdır. Müayinə 6-16 yaşlı uşaqlarda aşağı ətrafların periferik hissəsinə tətbiq edilmişdir. Sümük sistemində yaranan metabolik pozulmaların, metobolik biomakerlərə necə təsir etdiyini müəyyənləşdirmək üçün qanın tərkibində kalsium, fosfor, qələvi-fosfataza ,Vit D miqdarı təyin edilərək densitometriya zamanı alınan nəticələrlə korrelyasiya əlaqəsi qurulmuşdur.

Cədvəl 2

BTDS zamanı metabolik biomarkerlərdə yaranan dəyişikliklər

Displaziya dərəcəsi	Ca	İonlaşmış Ca	P	Vit D	Z-score
Yüngül dərəcə	9,11±0,14 8,2-9,9	0,958±0,008 0,90-1,00	1,76±0,21 1,1-3,6	36,0±5,7 8,1-75,0	-0,35 -1,8-2
Orta ağır dərəcə	8,70±0,22 7,4-10,6	0,938±0,12 0,85-1,02	2,25±0,36 1,3-5,3	17,8±1,5 10,3-28,4	-1,12 -2,9-0,1
Ağır dərəcə	7,95±0,31 7,1-8,6	0,870±0,57 0,80-0,94	4,00±0,67 2,6-5,2	10,1±2,0 7,6-16,2	-1,73 -1,73-0,5

Cədvəldəki nəticələr təhlil edildikdə məlum olur ki, birləşdirici toxumanın displaziya dərəcəsinin ağırlığı artdıqca sümük toxumasında gedən metobolik dəyişikliklər də daha da ağırlaşır. Belə ki, qanda kalsium və ionlaşmış kalsiumun (uyğun olaraq $p<0,017$ və $p<0,002$), Vitamin D-nin miqdarında azalma ($p<0,002$), fosforun miqdarı $p>0,006$) artmışdır. Klasium miqdarının orta statistik göstəricisi yüngül dərəcə üzrə 9,11±0,14 (8,2-9,9), orta ağır dərəcədə 8,70±0,22 (7,4-10,6), ağır dərəcədə isə 7,95±0,31 (7,1-8,6) olaraq

miqdarın azaldığını göstərmişdir. İonlaşmış kalsiumun miqdarının orta statistik dəyişməsi özünü yüngül dərəcə üzrə 0,958±0,008 (0,90-1,00), orta ağır dərəcə üzrə 0,938±0,12 (0,85-1,02), ağır dərəcədə isə 0,870±0,57 (0,80-0,94) olaraq azalmışdır.

Alınmış nəticələrin təhlili-BTDS zamanı sümük metabolizminin sistemli tənziminin pozulduğunu sübut edir.Əsas biomarkerlərin miqdarında yaranmış mənfi sümük balansı istiqamətində baş verən pozulmalar ,skeletin aşağı ətrafında periferik hissəsində sümük toxumasının kütləsinin azalmasına və osteopeniya və osteoparoz inkişafına səbəb olur. Bu özünü ultrasəs densitometriyası zamanı alınan nətəcələrdə əks etdirmişdir.

Orqanizmin əsas quruluş hissəsi olan birləşdirici toxumanın morfoloji dəyişməsi toxumanın distrofik, destruktiv və daha sonra funksional proqrediyent pozulması orqanizmin adaptasiya imkanlarını məhdudlaşdırır və çoxsaylı xəstəliklərin inkişafına yol açır. Birləşdirici toxumanın daha çox sümük sistemində olduğunu nəzərə alsaq, birləşdirici toxumanın displaziyası zamanı sümük sistemində yaranan dəyişikliklərin meydana çıxması gözlənilməndir.

Qeyd edilən dəyişikliklər - sümük toxumasında mineral mübadilənin mühüm amillərinin- kalsium və inlaşmış kalsium, vitamin D-in miqdarının dürüst azalması, densitometriya zamanı displaziyanın dərəcəsindən asılı olaraq Z-score-ağrı olan ayaqda alınan nəticələrin dürüst azalması (osteopeniya yaxud osteoparoz) skeletin aşağı hissəsinin periferin nahiyyəsində sümük toxumasının mineral tərkibinin ,mineral sıxlığının,nəticə etibarilə sümük toxumasının kütləsinin azalması aşkarlamışdır. Aparılan tədqiqat işi bir daha sübut edir ki, kiçik yaşlarda birləşdirici toxumanın displaziyası nəzərə çarpırsa həmin uşaqlar həkim nəzarətində olmalı və ehtiyac olduğu hallarda qanda mineral tərkibin yoxlanılması aparılmalıdır. Bu gələcəkdə yaranan mineral çatışmalığının qarşısın almaqda mühüm rol oynayır.

ƏDƏBİYYAT

1.Евстигнеева Л.П., Солодовников А.Г., Ершова О.Б. и др. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение. Клинические рекомендации. Второе издание, переработанное и дополненное. М., 2010

2. Camacho PM, Petak SM, Binkley N. et al. American association of clinical endocrinologists and American college of endocrinology clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis-2016 // EndocrPract. 2016, v.22(Suppl 4), p.1-42.

3. Kanis J.A., Burlet N., Cooper C. et al. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women // Osteoporos Int., 2008, v.19(4), p.399-428.

4. Cosman F., de Beur S.J., LeBoff M.S. et al. Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis // Osteoporos Int., 2014, v.25(10), p.2359–2381

5. Актуальные проблемы остеопороза / Под ред. В.И. Струкова. Пенза: Ростра, 2009, 342с.

6.Наследственные нарушения соединительной ткани. Российские рекомендации. Всероссийское научное общество кардиологов // Росс. кардиологическийжурнал, 2012, № 4, Прил. 1, 32 с.

7. Эверт Л.С., Бороздун С.В., Боброва Е.И. и др. Диагностика дисплазии соединительной ткани с использованием биомаркеров// Журнал Сибирского федерального университета. Серия «Химия», 2009, № 4, с. 385-390.

Резюме

Изменения при ультразвуковой денситометрии у детей с дисплазией соеденительной ткани

К.Н.Ахмедли, М.С.Панахова

Статья посвящена одной из актуальных проблем современной медицины – остеопороза у детей. Остеопороз у детей становится все более актуальной проблемой в практике педиатра, развиваясь вследствие влияния ряда факторов – в виде как первичной, так и вторичной формы при воздействии различных заболеванийи /или их лечения. Остеопороз у детей встречается в разные возрастные периоды, являясь важной актуальной проблемой. Известны экзогенные и эндогенные, модифицируемые и немодифицируемые факторы риска и причины развития остеопороза у детей. Выделяются возрастные критические периоды детства, характеризующиеся высокой степенью. Приведены результаты и зучения снижения минеральной плотности кости в детском возрасте, данные по обеспеченности детей витамином D в различные возрастныепериоды.

Summary

Changes in ultrasonic densitometry in children with connective tissue dysplasia

K.N. Akhmedli, M.S.Panahova

The article is dedicated to one of the urgent problems of modern medicine – osteoporosis in children. Osteoporosis is found in children at different ages, being a topical problem, there are exogenous and endogenous, modifiable and non-modifiable risk factors. The critical age periods can be allocated, which are characterized by a high risk of reducing the mineral density of bones and high probability of fractures. The article presents biological effects of calcium, vitamin D. The results of studying the reduction of the mineral density of bones in children are presented, as well as the data on provision of different age children with vitamin D. the modern directions and recommendations for treating osteoporosis in children are described.

Daxil olub: 14.06 2018

DÜZƏNLİK VƏ DAĞLIQ REGİONLARDA YERLƏŞƏN İLKİN TİBBİ YARDIM MÜƏSSİSƏLƏRİNDƏ APARILAN VƏRƏM ƏLEYHİNƏ TƏDBİRLƏRİN KLİNİK-EPİDEMİOLOJI XÜSUSİYYƏTLƏRİ

V.N.Hüseynəliyeva, Y.Ş.Şıxəliyev, İ.Ə.Qasımov, M.A.Şıxlinskaya

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu,

Bakı 1 nömrəli Vərəm Əleyhinə Dispanser, Bakı

Açar sözlər: vərəmin dərmana davamlı formaları, coğrafi regionlar, ilkin tibbi yardım müəssisələri, ilkin fəal vərəm xəstələri arasında ağ ciyər və ağ ciyərdən kənar üzvlərin vərəminin xüsusi çəkisi, kliniki formaların rastgəlmə tezliyi, müalicənin nəticələri.

Ключевые слова: устойчивость к лекарственным препаратам, географические регионы, учреждения первичной медицинской помощи, удельный вес лёгочных и внелёгочных форм туберкулёза среди первичных активных больных, частота встречаемости клинических форм, результаты лечения.

Key words: Drug-resistant forms of tuberculosis, geographic regions, enterprises of the first medical aid, tuberculosis of the infected people with lung and lung side parts of body, frequency of detection of the clinical forms, result of treatment

Son illər vərəm əleyhinə tədbirlərin intensiv həyata keçirilməsinə baxmayaraq xəstəliyin epidemoloji gərginliyi müşahidə olunur [1].

Xəstəliyin epidemik vəziyyəti müşahidəyə alınan dərmanlara davamlı-multirezistent (Rifampisinə və Rifampisin, İzoniazidə) formaların səviyyəsi ilə qiymətləndirilir [2,3,4]. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatına (ÜST) görə dünyada belə xəstələrin yüksək səviyyəsi 30 ölkədə qeyd olunur ki, onlardan 9 ölkə Avropa regionundadır (Azərbaycan, Belarusiya, Qazaxıstan, Qırğızıstan, Moldaviya, Rusiya Federasiyası, Tacikistan, Özbəkistan və Ukrayna). Avropa regionuna 18 ölkə daxildir ki, bu regionlarda 2008-ci ilin nəticələrinə əsasən multirezistent formaların xüsusi çəkisi 99 % təşkil edir [5,6,7,8]. Lakin Azərbaycanda son illərdə aparılan vərəm əleyhinə tədbirlərin nəticələrinin təhlili ÜST-ın 2008-ci ilə aid olan hesabatının nəticələrini təstiq etmir. Belə ki, ÜST-na görə 2008-ci ildə Azərbaycanda multirezistent xəstələrin fəal ilkin və contingent arasında səviyyəsi uyğun olaraq 22-25% və 50-55% təşkil edir. Lakin son 5 ildə (2011-2015) epidemioloji göstəricilər üzrə aparılan təhlilin nəticəsi göstərir ki, ilkin xəstələr arasında bu göstəricinin səviyyəsi uyğun olaraq 11-13% və 35-40%-dan çox deyil. Baxmayaraq ki, sonuncu göstəricilər də epidomoloji gərginliyi göstərir, lakin Avropanın vərəmə görə ağır epidemik situasiyaya daxil olan ölkələri siyahısına Azərbaycanın daxil edilməsi əsassızdır və öz təstiqini tapmır [9].

Bütün bunlara baxmayaraq ölkədə vərəm xəstəliyinə görə baş vermiş epidemioloji vəziyyətin gərginləşməsinin səbəblərini araşdırılması mühüm məsələ olaraq öz aktuallığını saxlayır [10,11,12]. Bu vəziyyət bir neçə səbəbdən yarana bilər ki, bunlara: xəstələrin erkən aşkar edilməsində mövcud olan çatmamazlıqlar; ilkin aşkar olunmuş vərəm xəstələrinin müalicəsinin təşkilində olan çatmamazlıqlar; vərəm ocaqlarında əks epidemik tədbirlərin mövcud metodik təlimatlara uyğun aparılmaması aiddir.

Bu tədbirlər əsasən ilkin tibbi yardım müəssisələri (İTYM) və vərəm əleyhinə müəssisələr tərəfindən birlikdə yerinə yetirilir. Sözsüz, tədbirlərin yerinə yetirilməsində bir sıra amillər o cümlədən müəssisələrin coğrafi mövqeyi, kadr potensialı, diaqnostik imkanları, əhalinin vərəm xəstəliyinə dair maariflənmə səviyyəsi (sanitar maariflənmə) və s. mühüm rol oynayır.

Tədqiqatın məqsədi. Müxtəlif coğrafi regionlarda - düzənlik və dağlıq şəraitdə yerləşən Nəsimi-Yasamal və Qobustan rayonlarında İTYM-də vərəm əleyhinə tədbirlərin həyata keçirilməsi səviyyəsinin öyrənilməsi və əldə olunan nəticələrin epidemioloji göstəricilərə təsirinin qiymətləndirilməsidir.

Bu məqsədə nail olmaq üçün qarşıya aşağıdakı vəzifələr qoyulmuşdur:

-son 5 ildə (2011-2015-ci illərdə) düzənlik coğrafi regionda yerləşən Nəsimi-Yasamal və dağlıq regionda yerləşən Qobustan rayonunda vərəmin erkən aşkarı məqsədi ilə aparılan məqsədli müayinələrin müqayisəli təhlili;

-ilkin aşkar edilmiş fəal vərəm xəstələrinin uşaq, yeniyetmə və yaşlı qruplar arasında intensiv səviyyəsinin müqayisəli təhlili;

-ilkin aşkar edilən fəal vərəm xəstələri arasında ağ ciyər və ağ ciyərdən kənar üzvlərin vərəminin və buna müvafiq kliniki formaların rast gəlmə tezliyinin müqayisəli təhlili;

-hər iki zonada müalicənin nəticələrinin UST-nın kriteriyalarına uyğun dəyərləndirilməsi.

Tədqiqatın material və metodları. Son 5 ildə müxtəlif coğrafi mövqeyə malik- düzənlikdə yerləşən Yasamal-Nəsimi, dağlıqda yerləşən Qobustan rayonlarında İTYM-də vərəmin aşkarlanması məqsədi ilə aparılan müayinələrin səviyyəsi və müayinələrin tərkibi müqayisəli təhlil edilmişdir. Müayinələrin vərəmin aşkarına təsiri, ilkin hadisələrin yaşlı, uşaq və yeniyetmələr arasında intensiv və ekstensiv səviyyəsi, ilkin aşkar olunmuş fəal vərəm xəstələrinin kliniki struktur üzrə müalicənin effektliliyi müəyyənləşdirilmişdir. Son nəticədə müayinələrin effektliyi ÜST-nın kriteriyalarına uyğun (uğurlu müalicə, müalicədən yayınanlar, başqa müəssisəyə köçürülənlər, uğursuz müalicə və ölüm) müqayisəli təhlil edilmişdir.

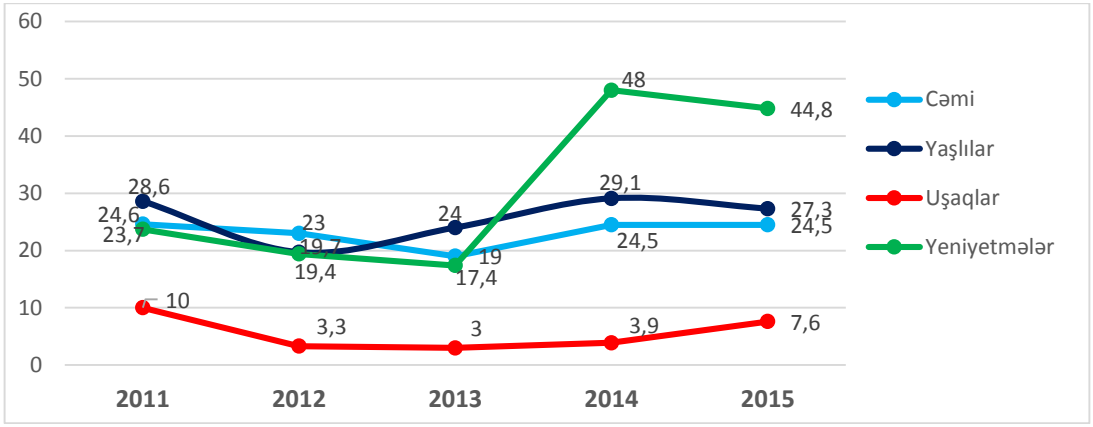
Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Aparılan təhlil göstərir ki, son 5 ildə coğrafi yüksəkliyinə görə düzənlik zonada yerləşən Bakı şəhərinin Yasamal və Nəsimi, dağlıq zonada yerləşən Qobustan rayonlarında vərəm xəstəliyinin epidemioloji göstəriciləri biri-birindən kəskin fərqlənir. Bu birinci növbədə hər iki coğrafi zonada ilkin tibbi yardım müəssisələrində (İTYM) aparılan vərəm əleyhinə tədbirlərin səviyyəsindən asılıdır. İTYM-də vərəm əleyhinə tədbirlərin əsasını əhali arasında vərəmin erkən aşkarı məqsədi ilə aparılan məqsədli müayinələrin (şüa diaqnostikası, immunodiaqnostika və bəlğəmin sadə mikroskopiyası) səviyyəsi təşkil edir. Aktiv və passiv aşkarlanma adı ilə aparılan bu müayinələrə əhalinin yüksək səviyyədə cəlb olunması müayinələrin effektliyini yüksəldir. Cədvəl 1-də son 5 ildə şəhər (Yasamal və Nəsimi) İTYM-də vərəmin erkən aşkarı məqsədi ilə əhalinin müayinələrə cəlbinin səviyyəsi göstərilir.

Cədvəl 1

Bakı şəhərinin Yasamal və Nəsimi rayonlarında 2011-2015-ci illərdə əhali arasında vərəmin erkən aşkarlanması məqsədi ilə aparılan müayinələrin xüsusi çəkisi

İllər	Əhalinin sayı	Əhalinin müayinəyə cəlbi (%)	O cümlədən		
			Şüa diaqnostikası (%)	İmmunodiaqnostika (%)	Sadə mikroskopiya (%)
2011	443300	48.2	26	17.1	5.1
2012	451400	49.6	26.5	19.3	3.8
2013	453602	37.3	28.6	5.5	3.2
2014	453474	42.4	32.9	6.2	3.3
2015	461000	40.4	27.3	9.6	3.5

Cədvəl 1-dən görünür ki, müayinələr içərisində 2015-ci ildə şüa diaqnostikası 27.3%, immunodiaqnostika isə 2011-ci ilə nisbətən 1.8 dəfə azalaraq 9.6%, sadə mikroskopiya isə 1.5 dəfə azalaraq 3.5% təşkil edir. Aparılan məqsədli müayinələrin nəticəsində son 5 ildə Yasamal və Nəsimi rayonlarında vərəmlə xəstələnmənin səviyyəsi çox da fərqlənmədiyi halda uşaqlar, yeniyetmələr və yaşlılar arasında bu səviyyə kəskin fərqlənir və nəticələr şəkil 1-də göstərilmişdir.



Şək. 1. Düzənlik coğrafi zonada yerləşən Yasamal, Nəsimi rayonlarında 2011-2015-ci illərdə vərəmlə xəstələnmənin intensiv səviyyəsi

Diaqrammadan görünür ki, son 5 ildə vərəmlə xəstələnmənin intensiv səviyyəsi eyni olaraq qalsa da, yeniyetmələr arasında müvafiq göstərici 1.9 dəfə və ya 47% artmış, uşaqlar arasında isə müvafiq göstərici 1.3 dəfə və ya 24% azalmışdır. Təhlildən aydın olur ki, uşaqlar və yeniyetmələr arasında xəstələnmənin 2012-2013-cü illərdə kəskin aşağı düşməsi birbaşa vərəmin aşkarlanması istiqamətində aparılan profilaktik müayinələrin səviyyəsindən asılıdır. Anoloji olaraq vərəmin erkən aşkarı məqsədi ilə dağlıq regionda yerləşən kənd rayonu sayılan Qobustanda son 5 ildə aparılan məqsədli müayinələrə əhalinin cəlb olunması təhlil edilmiş və aparılan müayinələrin səviyyəsi cədvəl 2-də verilmişdir.

Cədvəl 2

Qobustan rayonunda 2011-2015-ci illərdə əhali arasında vərəmin aşkar edilməsi məqsədi ilə aparılan müayinələrin xüsusi çəkisi

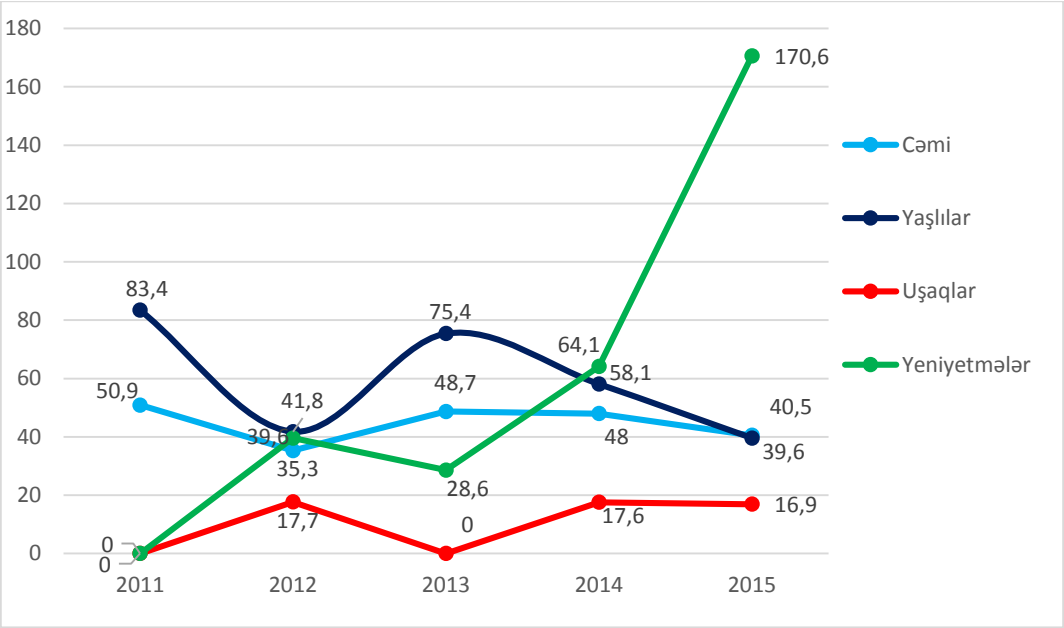
İllər	Əhalinin sayı	Əhalinin müayinələrə cəlbi (%)	O cümlədən		
			Şüa diaqnostika (%)	İmmunodiaqnostika (%)	Sadə mikroskopiya (%)
2011	41216	7.3	-	7.3	0.01
2012	42539	0.3	0.3	-	-
2013	43082	0.04	0.04	-	-
2014	43740	-	-	-	-
2015	44458	2.9	2.9	-	-

Cədvəl 2-dən görünür ki, əhali arasında vərəmin aşkarı məqsədi ilə 2011-2015-ci illərdə aparılan müayinələrinin səviyyəsi çox aşağıdır. Belə ki, 2011-2014-cü illərdə şüa diaqnostikası aparılmadığı halda 2012, 2013 və 2015-ci illərdə müvafiq göstərici 0.3%, 0.04% və 2.9% təşkil etmişdir. Immunodiaqnostika və sadə mikroskopiya yalnız 2011-ci ildə aparılmış, uyğun olaraq 7.3% və 0.01% təşkil etmişdir. Son nəticədə əhalinin məqsədli müayinələrə cəlbi 2011-2015-ci illərdə uyğun olaraq 7.3% və 2.9% səviyyəsində olmuşdur. Bütün sadalanan çatmamazlıqlar vərəmlə xəstələnmənin səviyyəsinə ciddi təsir etmişdir və son 5 ildə (2011-2015) vərəmlə xəstələnmənin intensiv səviyyəsi diaqram 2-də verilmişdir. Şəkil 2-dən görünür ki, son 5 ildə əhali arasında vərəmlə xəstələnmə 20.4% azalmışdır.

Yaşlılar arasında xəstələnmənin intensiv səviyyəsi 52.5% aşağı düşdüyü halda uşaqlar və yeniyetmələr arasında 2011-ci ildə yeni vərəm hadisələri aşkar edilməmiş, 2012-ci illə müqayisədə 2015-ci ildə uşaqlar arasında xəstələnmə 4.5% azaldığı halda yeniyetmələr arasında müvafiq göstərici 76.8% artmışdır. Nəticədə yeniyetmələr arasında xəstələnmənin intensiv səviyyəsi 2015-ci ildə uşaqlara nisbətən 10.1 dəfə, yaşlılara nisbətən isə 4.3 dəfə yüksək olmuşdur.

İlkin aşkar olunmuş ağ ciyər və ağ ciyərdən kənar üzvlərin vərəm hadisələrinin kliniki strukturası təhlil edilmişdir. Aydın olur ki, son 5 ildə şəhər İTYM-də ilkin olaraq 523 fəal xəstə müşahidəyə götürülmüşdür.

Onlardan ağ ciyər vərəmi 74.6% (390 xəstə) ağ ciyərdən kənar üzvlərin vərəmi isə 25.4% (133 xəstə) təşkil edir. Müvafiq göstərici kənd İTYM-də uyğun olaraq 77.1% (74 xəstə) 22.9% (22 xəstə) təşkil edir. Ayrı-ayrı kliniki formaların ilkin xəstələr arasında xüsusi çəkisinin səviyyəsinin təhlili göstərir ki, ilkin vərəm hadisələri arasında ocaqlı vərəmin xüsusi çəkisi (optimal səviyyə 40-60%) 2011-2015-ci illərdə şəhər İTYM-də eyni səviyyədə qalaraq 12% təşkil etdiyi halda kənd İTYM-də müvafiq kliniki forma 2011-ci ildə 11.8% səviyyəsində olsa da 2015-ci ildə müşahidə olunmur.



Şək. 2. Dağlıq Qobustan rayonunda 2011-2015-ci illərdə vərəmlə xəstələnmənin intensiv səviyyəsinin qrafik təsviri

Beləliklə, şəhər İTYM-də vərəmin ocaqlı formasının aşkarı son 5 ildə optimal həddən 3-4.6 dəfə geri qalmışdır (orta göstərici 13.1%). İlkin xəstələr arasında üstünlük infiltrativ vərəmin payına düşür və orta səviyyə 86.1% (336 xəstə) təşkil edir. Səpələnmiş vərəm 3 hadisə şəklində qeyd olunur. Ağ ciyərin və ağ ciyərdən kənar üzvlərin vərəminin ağır kliniki formalarından sayılan kavernoz, fibroz-kavernoz və meninqoensofalomielit formaları müşahidə olunmamışdır. Son 5 ildə ilkin ağ ciyər vərəm xəstələri arasında mikobakteriyanın tapılmasının və dağılma mərhələsinin orta səviyyəsi uyğun olaraq 63.1% və 32.8% təşkil etmişdir. Son iki göstəricinin nisbət indeksi 2.0 səviyyəsində olaraq optimal həddən 0.8 artıqdır. Sadə mikroskopiyanın nəticələrinin kifayətləndirici olduğu halda (63.1%) indeksin bu səviyyəsi İTYM-də rentgenoloji hipodiaqnostikanın baş verdiyinin göstəricisidir. Kənd İTYM-də ağ ciyər vərəm hadisələri arasında da üstünlük infiltrativ vərəmdə qeyd olunmuş və orta səviyyə 91.9% təşkil etmişdir. Səpələnmiş vərəm isə 2011-ci ildə 5.9% (1 xəstə) olmuşdur. Kənd İTYM-də də vərəmin ağır kliniki formaları sayılan kavernoz və fibroz-kavernoz kliniki formaların qeydiyyatı olmamışdır. İlkin ağ ciyər vərəm xəstələri arasında mikobakteriya ifraz edənlərin xüsusi çəkisinin orta səviyyəsi 48.6% (36 xəstə) olmuşdur. Dağılma mərhələsində qeydiyyata alınanların xüsusi çəkisinin orta səviyyəsi 31.1% (23 xəstə) olmuşdur. Son iki göstəricinin nisbət indeksinin orta səviyyəsi 1.6 təşkil edir. Göstəricinin 2011-ci ildə yol verilən həddən 0.3-dən aşağı olması mikroskopiya müayinəsinin zəif təşkilinin nəticəsidir. Bu özünü 2015-ci ilin göstəricisində də təsdiqləyir. Belə ki, 2015-ci ildə mikobakteriyanın tapılma səviyyəsi 2011-ci ildən 22.6% aşağı olmuşdur. Aparılan təhlil göstərir ki, ağ ciyərdən kənar üzvlərin vərəmi son 5 ildə 54.2% artmışdır (2011-ci ildə 19.0% (4 xəstə), 2015-ci ildə 38.9% (7 xəstə), orta səviyyə 22.9%-22 xəstə)). Vərəmin ağır kliniki forması sayılan meninqoensofalomielit 9.1% (2 hadisə) müşahidə olunmuşdur. Bütün bunlar kənd İTYM-də vərəmin epidemioloji vəziyyətində gərginliyin baş verməsində məqsədli müayinələrin təşkilində baş vermiş çatmamazlıqlara dəlalət edir. Sözsüz, epidemioloji vəziyyətə təsir edən amillərin biri də ilkin xəstələrin effektli müalicəsinin təşkilidir. Cədvəl 3-də son 5 ildə ilkin qeydiyyata alınan xəstələrin müalicəsinin kliniki formalar üzrə nəticələri göstərilmişdir.

Cədvəldən görünür ki, son 5 ildə ağ ciyər vərəmi üzrə şəhər İTYM-də ilkin aşkar edilmiş 390 xəstədən sağalma 57.1% (223 xəstə) halda, ağ ciyərdən kənar ilkin 133 fəal vərəm xəstələri arasında isə müvafiq göstərici 37.6% (50 xəstə) halda müşahidə olunmuşdur. Ümumilikdə şəhər İTYM-i tərəfindən ilkin aşkar olunmuş 523 fəal vərəm xəstələri arasında sağalma 52.2% (273 xəstə) təşkil edir. Kənd İTYM-i tərəfindən aşkar edilmiş 74 ilkin ağ ciyər vərəm xəstəsi arasında sağalma 55.4% (41 xəstə) halda, ağ ciyərdən kənar üzvlərin vərəmi ilə ilkin qeydiyyata alınan 22 xəstədən 18.2% (4 xəstə) halda baş vermişdir. Ümumilikdə kənd İTYM-i tərəfindən 5 il ərzində ilkin qeydiyyata alınan 96 xəstənin 46.9% (45 xəstə) hissəsində sağalma baş vermişdir ($p \leq 0.05$). Anoloji təhlil "müalicənin başa çatdırılması" şəhər İTYM tərəfindən qeydiyyata alınan ilkin xəstələr üzrə apardıqda məlum olur ki, ağ ciyər və ağ ciyərdən kənar üzvlərin vərəmi olan xəstələr arasında müvafiq göstərici uyğun olaraq 8.2% (32 xəstə) və 22.6% (30 xəstə) təşkil edir.

Cədvəl 3

Son 5 ildə (2011-2015) şəhər və kənd İTYM-də ilkin aşkar olunmuş fəal vərəm xəstələrinin kliniki formalar üzrə müalicəsinin nəticələri

	Kliniki formalar	Cəmi	Sağalma		Müalicə başa çatıb		Müalicə yarım qalıb (müşahidədən kənarda qalan)	
			müt	%	müt	%	müt	%
Yasamal – Nəsimi İTYM-ləri	Ağ ciyər vərəmi	390	223	57.1	32	8.2	25	6.4
	O cümlədən: Ocaqlı vərəm	51	51	100	-	-	-	-
	Infiltrativ vərəm	336	170	50.6	32	9.5	25	7.4
	Səpələnmiş vərəm	3	2	66.7				
	Ağ ciyərdən kənar üzvlərin vərəmi	133	50	37.6	30	22.6	38	28.6
	O cümlədən: Vərəm meninqoensefalomieliti	-	-	-	-	-	-	-
	Cəmi	523	273	52.2	62	11.9	63	12.0
Qobustan İTYM-ləri	Ağ ciyər vərəmi	74	4	55.4	6	8.1	12	16.2
	O cümlədən: Ocaqlı vərəm	5	5	100				
	Infiltrativ vərəm	68	36	52.9	6	8.8	12	17.7
	Səpələnmiş vərəm	1						
	Ağ ciyərdən kənar üzvlərin vərəmi	22	4	18.2	6	27.3	8	36.4
	O cümlədən: Vərəm meninqoensefalomieliti	2	1	50.0	-	-	-	-
	Cəmi	96	45	46.9	12	12.5	20	20.8
	±m	0.8	0.8		0.8		0.7	

Cədvəl 3-ün davamı

	Kliniki formalar	Başqa müəssisəyə köçürülüb		Uğursuz müalicə		Ölüb	
		müt.	%	müt.	%	müt	%
Yasamal – Nəsimi İTYM-	Ağ ciyər vərəmi	49	12.6	42	10.8	19	4.9
	O cümlədən: Ocaqlı vərəm	-	-	-	-	-	-
	Infiltrativ vərəm	49	14.6	41	12.2	19	5.7
	Səpələnmiş vərəm			1	33.3		
	Ağ ciyərdən kənar üzvlərin vərəmi	10	7.5	1	0.7	4	3.0
	O cümlədən: Vərəm meninqoensefalomieliti	-	-	-	-	-	-
	Cəmi	59	11.3	43	8.2	23	4.4
Qobustan İTYM-ləri	Ağ ciyər vərəmi	4	5.4	10	13.5	1	1.4
	O cümlədən: Ocaqlı vərəm						
	Infiltrativ vərəm	4	5.9	10	14.7	-	-
	Səpələnmiş vərəm					1	100
	Ağ ciyərdən kənar üzvlərin vərəmi	-	-	-	-	4	18.1
	O cümlədən: Vərəm meninqoensefalomieliti	-	-	-	-	1	50.0
	Cəmi	4	4.2	10	10.4	5	5.2
	±m	0.9		0.7		0.8	

Kənd İTYM-i tərəfindən aşkar edilmiş fəal ağ ciyər və ağ ciyərdən kənar üzvlərin vərəm xəstələri arasında müalicənin başa çatdırılması uyğun olaraq 8.1% (6 xəstə) və 27.3% (6 xəstə) səviyyəsində olmuşdur. Ümumilikdə şəhər və kənd İTYM-i tərəfindən qeydiyyata alınan ilkin fəal vərəm xəstəsi arasında müalicəni başa çatdıran xəstələrin səviyyəsi uyğun olaraq 11.9% (62 xəstə) və 12.5% (12 xəstə) təşkil edir ($p \leq 0.05$). Şəhər və kənd İTYM-i tərəfindən ilkin qeydiyyata götürülmüş fəal vərəm xəstəsi arasında

müalicəni yarımçıq qoyan (müşahidədən kənarda qalanlar) uyğun olaraq 12% (63 xəstə) və 20.8% (20 xəstə) olmuşdur.

Cədvəl 3-dən görünür ki, xəstələr arasında şəhər və kənd İTYM-də aşkar olunan ağ ciyər və ağ ciyərdən kənar üzvlərin vərəmi ilə müşahidədə olanlarda müalicəni yarımçıq qoyanlar uyğun olaraq 6.4% (25 xəstə), 28.6% (38 xəstə) və 16.2% (12 xəstə), 36.4% (8 xəstə) səviyyəsində olmuşdur ($p \leq 0.05$). Şəhər İTYM-də müalicə zamanı başqa müəssisəyə köçürülənlər ağ ciyər vərəmi üzrə 12.6% (49 xəstə) və ağ ciyərdən kənar üzvlərin vərəminə görə 7.5% (10 xəstə) olmuşdur. Kənd İTYM-dən başqa müəssisəyə köçənlər ağ ciyər vərəmi üzrə 5.4% (4 xəstə) təşkil etmişdir ($p \leq 0.05$). Müalicəni uğursuz başa vuranlar arasında şəhər İTYM-də qeydiyyata alınan ilkin fəal vərəm xəstələri 10.8% (42 xəstə), ağ ciyərdən kənar üzvlərin vərəminə görə 0.7% (1 xəstə) təşkil edir. Müvafiq göstərici kənd İTYM-də müşahidəyə alınan ilkin ağ ciyər vərəm xəstələri arasında 13.5% (10 xəstə), ağ ciyərdən kənar üzvlərin vərəminə görə isə uğursuz müalicə qeyd olunmur. Ümumilikdə şəhər İTYM xəstələri arasında uğursuz müalicə 8.2% (43 xəstə), kənd İTYM-də isə 10.4% (10 xəstə) halda müşahidə olunmuşdur ($p \leq 0.05$). Ölüm göstəricisi şəhər İTYM-də ağ ciyər vərəm xəstələri üzrə 4.9% (19 xəstə), ağ ciyərdən kənar üzvlərin vərəminə görə 3.0% (4 xəstə) müşahidə olunmuşdur. Ümumilikdə şəhər İTYM-i xəstələri arasında ölüm göstəricisi 4.4% (23 xəstə) təşkil etmişdir. Kənd İTYM-də ölüm göstəricisi ağ ciyər və ağ ciyərdən kənar üzvlərin vərəm xəstələri arasında uyğun olaraq 1.4% (1 xəstə) və 18.1% (4 xəstə) təşkil etmişdir. Ümumilikdə kənd İTYM –i xəstələri arasında ölüm göstəricisi 5.2% (5 xəstə) halda qeyd olunur ($p \leq 0.05$). Ayrı-ayrı kliniki formalar üzrə şəhər İTYM-də ilkin qeydiyyata götürülən fəal ağ ciyər vərəm xəstələrindən ocaqlı vərəm xəstələri arasında sağalma 100% (51 xəstə), infiltrativ vərəm xəstələri arasında sağalma 50.6% (170 xəstə), müalicənin başa çatdıranlar 9.5% (32 xəstə), müalicəni yarımçıq qoyanlar 7.4% (25 xəstə), başqa müəssisəyə köçürülənlər 14.6% (49 xəstə), uğursuz müalicə olanlar 12.2% (41 xəstə), ölüm ilə nəticələnənlər 5.7% (19 xəstə) baş vermişdir. Səpələnmiş vərəmlə 3 xəstə qeydə alınmışdır ki, onunda ikisində (66.7%) sağalma, birində (33.3%) uğursuz müalicə baş vermişdir. Kənd İTYM-də ilkin ağ ciyər vərəm xəstələri arasında ocaqlı vərəmlə qeydiyyatda olan xəstələr 100 % (5 xəstə) sağalmış, infiltrativ vərəmlə xəstələnmələr arasında sağalma 52.9% (36 xəstə), müalicənin başa çatması 8.8% (6 xəstə), müalicənin yarımçıq qalması 17.7% (12 xəstə), başqa müəssisəyə köçürülmə 5.9% (4 xəstə), uğursuz müalicə 14.7% (10 xəstə) baş vermişdir. Səpələnmiş vərəmlə qeydiyyata alınan bir nəfər xəstədə isə müalicə letallıqla nəticələnmişdir. Ağ ciyərdən kənar üzvlərin vərəmi ilə xəstələnən 22 xəstənin 18.2% (4 xəstə) hissəsində sağalma, 27.3% (6 xəstə) hissəsində müalicə başa çatmış, 36.4% (8 xəstə) hissəsi müalicə yarımçıq qalmış, 18.1% (4 xəstə) hissəsində isə ölüm baş vermişdir. Ağ ciyərdən kənar üzvlərin vərəmi olan iki vərəm meninqoensefalomielit hadisəsi olmuşdur ki, onlardan biri sağalma ilə, biri isə ölüm ilə nəticələnmişdir.

Beləliklə, şəhər İTYM –də ilkin qeydiyyata alınan 523 fəal vərəm xəstələri arsında uğurlu müalicə (sağalma və müalicənin başa çatdıran cəmi) 64.1%, müalicəni yarımçıq qoyanlar (müşahidədən kənar xəstələr) 12%, başqa müəssisəyə köçürülənlər 11.3%, uğursuz müalicə olunanlar 8.2%, müalicənin nəticəsi letallıqla bitən 4.4% olmuşdur. Anoloji olaraq kənd İTYM-də ilkin qeydiyyata götürülən 96 ilkin fəal vərəm xəstələri uğurlu müalicə olunanlar 59.4%, müalicəni yarımçıq qoyanlar 20.8%, başqa müəssisəyə köçürülənlər 4.2%, uğursuz müalicə olunanlar 10.4%, müalicənin sonu letallıqla nəticələnən 5.2% təşkil etmişdir. Ağ ciyər vərəmin kliniki formaları arasında şəhər və kənd İTYM-də infiltrativ vərəm uyğun olaraq 86.2% və 91.9% təşkil edərək digər kliniki formaları üstələyir. Kənd İTYM-in xəstələri arasında bu kliniki formalardan olan uğursuz müalicə olanlar şəhər İTYM-in xəstələrinə nisbətən üstünlük təşkil edir və uyğun olaraq 10.4% və 8.2% təşkil edir. Anoloji göstərici müalicənin nəticəsində letallıqla bitənlər arasında da qeyd olunur və uyğun olaraq 5.2% və 4.4% təşkil edir. Anoloji vəziyyət müalicəni yarımçıq qoyanlar arasında uyğun olaraq 17.7% və 7.4% təşkil edir. Başqa sözlə infiltrativ vərəmlə xəstələnənlər arasında müalicənin effektlilik səviyyəsi ocaqlı vərəmdən geridə qalır.

Şəhər İTYM-in xəstələri arasında müalicəni yarımçıq qoyanlar və uğursuz müalicə olanlar kənd İTYM-in xəstələrinə nisbəti 1.2-2.4 dəfə geri qalır ki, bu da müalicənin effektliyinə müsbət təsir edir. Son nəticədə uğurlu müalicə olunanların səviyyəsi kənd İTYM-in xəstələrinə nisbətindən 1.1 dəfə yüksək olur.

ƏDƏBİYYAT

1. Mark Danzon. План "Остановить ТБ" для 18 наиболее приоритетных стран Европейского региона ВОЗ, 2007-2015 г г. Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения, 2007. Алгоритм лабораторной диагностики и мониторинга лечение туберкулез легких и туберкулеза с лекарственной устойчивостью применяя современные быстрые молекулярные методы, 2018

2. Зиновьев И.П, Эсаулова Н.А., Новиков В.Г. Коковихина И.А. Первичная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза у больных с впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких // Медицина, 2009, с.37-38

3. Богородская Е. М, Стерликов С. А. Результаты основного курса лечения больных туберкулезом лёгких, заругисгрированных в 2007 г. // Жур. Туберкулёз и болезни лёгких, 2010, № 11, с. 30-38
4. Коломиец В.М., Дрёмова Н.Б., Абрамов А.В., Рублева Н.В. Эффективность и экономичность основного курса лечения туберкулёза в условиях стационара // Жур. Туберкулёз и болезни лёгких, 2010, № 12, с. 44-48
5. Аксёнова В.А., Мохирева Л.В., Келасова Н.В. Туберкулёз у лиц подросткового возраста // Жур. Туберкулёз и болезни лёгких, 2010, № 11, с.24-29
6. Челнокова О.Г, Кибрик Б.С. Отдалённые результаты лечения больных остропрогрессирующим деструктивным туберкулёзом // Жур. Туберкулёз и болезни лёгких, 2010, № 12, с. 49-55
7. Global Tuberculosls Report 2016 Geneva World Health Organization; 2016 Алгоритм лабораторной диагностики и мониторинга лечения туберкулеза легких и туберкулеза с лекарственной устойчивостью, применяя современные быстрые молекулярные методы, 2018
8. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2016. Stockholm: European Centre for Disease Prevention an Control. Алгоритм лабораторной диагностики и мониторинга лечение туберкулез легких и туберкулеза с лекарственной устойчивостью применяя современные быстрые молекулярные методы, 2018
9. Şıxəliyev Y.Ş. Epidemioloji gərgin rayonlarda vərəm əleyhinə tədbirlərin intensiv şəkildə aparılma metodları. Monoqrafiya. Bakı, 2003, s.14-36
10.Морозова Т.И., Поролина Л.Е, Н.Р. Докторова. Социальные технологии при оказании противотуберкулезной помощи // Жур. Туберкулёз и болезни лёгких, 2011, № 7, с.11-15
11.Повленок И.В., Ревякина О.В., Алексеева Т.В., Оценка организации противотуберкулезной помощи детям и подросткам в Сибирском федеральном округе в 2010-2012 гг.// Жур. Туберкулёз и болезни лёгких, 2014, № 5, с. 36-41
12.Гуревич Г.Л. Скрягина И.Г. Залуцкая О.И. Диагностика и дифференциальная диагностика туберкулеза легких на различных уровнях оказания медицинской помощи в Республике Беларусь // Жур. Туберкулёз и болезни лёгких, 2014, № 1, с.14-19

Резюме

Клинико-эпидемиологические особенности противотуберкулёзных мероприятий, проводимых в учреждениях первичной медицинской помощи, расположенных в горном и низменном регионах

В.Н. Гусейналиева, Я.Ш. Шыхалиев, И.А. Гасымов, М.А. Шыхлинская

Основной причиной эпидемиологического напряжения туберкулёза во всем мире является повышение уровня мультирезистентных форм туберкулёза. По уровню этих форм Азербайджан среди европейских стран занимает важное место. В выявлении туберкулёза особую роль играют целенаправленные обследования. Проведение этих обследований зависит от географического расположения учреждений первичной медицинской помощи (УПМП). Исследование путей выявления первичных активных туберкулёзных больных и анализ клинической структуры заболевания показало, что уровень лёгочных форм туберкулёза превалирует над уровнем внелёгочных форм. Данная тенденция сохраняется как в низменно расположенном Ясамальско-Насиминском районе, так и в горном Гобустанском районе. В обеих регионах среди первичных больных инфильтративная форма туберкулёза является превалирующей. Несоответствие индекса больных с выделением микобактерий туберкулёза к фазе распада с оптимальным уровнем указывает на рентгенологическую гиподиагностику в зоне, расположенной в низменности и низким уровнем организации микроскопического исследования в высокогорных условиях. Уровень эффективности лечения в обеих зонах тоже резко различаются. Таким образом, за последние 5 лет (2011-2015гг) среди больных, выявленных в УПМП города и села к концу проведенного лечения выздоровевшие составляли соответственно 64.1% и 59.4%, прервавшие лечение соответственно 12% и 20.8%, переведенные в другие учреждения 11.3% и 4.2%, неудачно леченные 8.2% и 10.4%, умершие 4.4% и 5.2%. Результаты лечения зависят от уровня целенаправленных обследований. С этой точки зрения в повышении уровня раннего выявления туберкулёзных больных в районе горной местности важную роль может сыграть анализ частоты встречаемости больных среди различных слоев населения и проведение среди определенной группы населения санитарно-просветительной работы. Во время проведения целенаправленных обследований соответственно географическим регионам активные и пассивные методы выявления должны иметь превосходство.

Summary

The clinical epidemiological specialties of enactment against tuberculosis implemented in enterprises of the first medical aid situated mountainous and lowland regions

V.N. Huseynaliyeva, Y.S. Shikhaliyev, I.A. Gasymov, M.A.Shiklinskaya

The main reason of epidemiological tension of tuberculosis the world is closed with the increase of the level of multi resistant forms of tuberculosis. Azerbaijan gets an important place among the European countries because of this form. Purpose of the investigation of tuberculosis plays an important role. The implementation of examinations depend on geographical position of course in (EFMA) enterprises of the first medical aid. The analysis and clinic structure and ways of detection of the tuberculosis which were implemented during the last 5 years displays that lung tuberculosis takes an upper hand than tuberculosis of the lung side parts of body among the newly infected people. The tendency is still followed in Yasamal-Nesimi lowland region and Gobustan-mountainous region. The infiltrative form of early tuberculosis takes an upper hand in both regions. Among the ill whose mycobacterium secretive are in the level of destruction and whose positive index don't watch the optimal level shows the poor organization of the examination of X-ray hypo diagnostics in lowland and microscopic examination in mountainous regions. The effectiveness of the treatment differs considerably in both arias. Thus in the last 5 years (2011-2015) among the infected people including urban people and villagers the result of treatment includes 64.1% and 59.4%, people un finishing the treatment 12% and 20.8%, unsuccessful treatment 8.2% and 10.4%, transforming to another entity 11.3% and 4.2%, mortal data has become 4.4% and 5.2%. The result of treatment depends on purposeful examination. From this point of with the purpose of increasing the level of detection of early tuberculosis among the infected people at the mountainous areas the investigation of frequency detecting tuberculosis among separate groups of people, organization of medical education among the inhabitants can play an important role through the detection of early events. During the purposeful examinations relevant to geographic areas active and passive methods must be preferred.

Daxil olub: 23.07 2018

BALDIR DİLİMİ NÖVÜNÜN DONOR SAHƏNİN HƏYAT QABİLİYYƏTİNƏ TƏSİRİ

E.N.Abdullayev

Hacettepe Universiteti, Tibb Fakültəsi, Ankara

Açar sözlər: baldir dilimi, donor, pkastik əməliyyat

Ключевые слова: части голени, донор, пластическая операция

Key words: parts of the leg, donor, plastic surgery

Akyürek və əməkdaşları 2004-cü ildə təqdim etdikləri tədqiqatda nevral ada dilimi konsepsiyasını təklif edərək laboratoriya siçanları üzərində apardıqları eksperimental tədqiqatlarda lateral femoral kutanal sinirin vaskulyar anatomiyasını və sinirin daxili damarlanmasının üzərindəki dəri adasının qan dövranını təmin etdiyin qeyd etmişlər [1]. Eyni tədqiqat zamanı müəlliflər delay prosedurası zamanı siniri müşayiət edən arteriya, vena, fassiya, subkutanal toxuma olmayan, sinirin daxili qan dövranından qidalanan baldır nevral ada diliminin kliniki tətbiqini nümayiş etdirmişlər. Sönmez və əməkdaşları laboratoriya siçanları üzərində apardıqları eksperimental tədqiqatlarda sinirin daxili qan dövranı vasitəsilə böyük sağrı əzələsi dilimi; lateral femoral kutanal siniri aralayaraq hər bir fassiya qrupu üzərindən 2x3 sm ölçülərdə dəri dilimini uğurla qaldırmışlar [2,3]. Bu tədqiqatların nəticələrini nəzərə aldıqda daha əvvəl elmi ədəbiyyatda nevrokutanal dilim adladırılan dilimlərdə sinir olmalarına baxmayaraq, qan dövranları izolə edilmiş sinirin daxili damarlanmasının mövcud olmadığı açıq şəkildə görünür.

Birincili qapadılmaya imkan yaratmayacaq qədər geniş olan yaralar dəri transplantatı yaxud da dəri dilimi ilə qapadıla bilər. Dəri transplantatı dəri dilimi ilə müqayisədə daha sadə olduğu üçün ilk olaraq, ona üstünlük verilir. Buna baxmayaraq, dəri dilimi ilə rekonstruksiyanın lazım gəldiyi, hətta daha üstün olduğu hallar da mövcuddur. Dəri transplantlarından fərqli olaraq, dəri dilimlərinin öz qan dövranları vardır. Dəri dilimləri bədənin müxtəlif sahələrində tam qat qüsurlarının aradan qaldırılmasında, həyati vacib orqanların örtülməsində, resipient sahədə qeyri-qənaətbəxş damarlanmış sahələrin qapadılmasında, sümük çıxıntılarına

yumşaq toxuma dəstəyi təşkil etmək üçün lazım gəlir. Bundan başqa, dəri dilimləri qulaq, burun, dodaq, göz qapaqları və yanaqların rekonstruksiyasında mükəmməl nəticə verir. Dəri dilimlərinin bəzi çatışmayan cəhətləri də vardır. Belə ki, dəri dilimləri tüksüz sahəyə özləri ilə tük "apara", kobud görünüşə malik ola, uzunmüddətli hospitalizasiya və bir sıra əməliyyatlar tələb edə bilir. Dəri dilimləri vaskulyar ayaqcıq yaxud da bədənə bir tərəfdən bitişik olması ilə bərabər, bədənin bir hissəsindən digər hissəsinə transfer edilən dəri və dərialtı toxumadan ibarətdir. Vaskulyar ayaqcıq ya dilimin transferi zamanı mühaifəz olunur, ya da sərbəst dilimlərdə olduğu kimi mikrovaskulyar anastomoz ilə yenidən təşkil edilir. Dəri dilimləri anatomik qan təminatı, dilimin transfer edildiyi anatomik nahiyə, dilimin qüsura yaxın yaxud da uzaq olmasına görə kompozit dilim növlərinə görə təsnif edilir [7,8,10].

Random dilimlər ən çox istifadə edilən dəri dilimi tipidir. Dilimin qidalanmasını seqmental yaxud da aksial arteriyaların dilimin "dibinə" düz şəkildə verdiyi dəlici şaxələrin təşkil etdiyi dermal və subdermal kələflər təşkil edir. Bu dilimlərin venoz drenajları isə həm səthi, həm dərin venalar vasitəsilə təmin edilir. "Random" Random təsadüfi, ixtiyari mənasında işlədilir. Bədənin hər hansı bir yerindən yerləşmə sıxıntısı olmadan hazırlana bilir. Bu dilimdə tək sıxıntı ölçüləri ilə əlaqədardır. Aşağı ətrafda, nisbətən zəif qan dövranından ötrü bu tip dilimlərin maksimal uzunluq/en nisbəti 1:1-dir. Üz nahiyyəsində isə yaxşı qan dövranı səbəbindən bu nisbət 1:6 yüksəldilir. Delal mərhələsi ilə bu tip dilimlərin uzunluğu 50-100% artırıla bilir [5, 9].

Aksial dilimlərin dərialtı toxumada uzanan arteriyaları vardır ki, onlar birbaşa dərinin arterial sistemilə vaskulyarizasiya olunurlar. Bu tip dəri dilimləri adətən arteriyanı ortalayacaq şəkildə təşkil edilirlər. Ən əhəmiyyətli xüsusiyyəti uzunluğunun eni ilə müqayisədə 5-6 dəfə daha çox omasıdır və bu xüsusiyyət sayəsində daha uzaq nahiyyələrə transfer olunmaları mümkündür. Venoz drenajı həm səthi, həm də dərin venalar vasitəsilə həyata keçirilir. Bu tip dilimlərdə "delay" proseduru tətbiq edilə bilər. Ada dilimlər aksial nümunə kimi təşkil edilib, dilimin sapını təşkil edən dəri əlaqəsinin də kəsilməsilə hazırlanır. Yalnızca, dilimi qidalandıran damar və sinirlər saxlanılır. Adaşəkilli dəri dilimləri lokal olmaqla bərabər, sərbəst dilim kimi də hazırlana bilir. Fasiokutanal və muskulokutanal dilimlər aksial tipli qan dövranına malikdirlər və aksial dilim formasındadırlar [1,12].

Lokal dilimlər qüsura bitişik şəkildə planlanırlar. Adətən resipient sahənin rəngi, strukturu, qalınlığı və s. xüsusiyyətləri ilə eyni xüsusiyyətlərə malik olurlar. Uzaq dilimlərlə müqayisə edildikdə daha az əməliyyat müddəti və daha qısa hospitalizasiya dövrü əsas üstünlüklərdir. 2 qrupa təsnif edilirlər: bir ox (dayaq nöqtəsi) ətrafında hərlənən dilimlər (rotasion, transpozosion, interpolasion dilimlər) və irəliləmə dilimləri (tək ayaqcıqla irəliləmə, V-Y irəliləmə və cütayaqcıqlı irəliləmə dilimləri) [4,30].

Rotasiya dilimi qüsurun qapadılması məqsədilə dayaq nöqtəsi ətrafında fırlanan yarımdairəvi dəri və dərialtı toxumadır. Donor sahədə adətən ikincili toxuma qüsuru meydana gəlmir. Dilimdə radial istiqamətdə gərginlik meydana gələrsə, dilimin dayaq nöqtəsindən bir qədər "back cut" ilə gərginliyin qarşısı alına bilər. Bu kəsiyin dilimin qidalanmasını azalda biləcəyi nəzərə alınmalıdır.

Transpozision dilimi dördbucaqlı formadakı dəri və dərialtı toxumadan ibarətdir. Bu dilim ona bitişik qüsuru qapatmaq üçün lateral istiqamətdə hərəkət edir. Bu tip dilimlər dayaq nöqtələri ətrafında nə qədər çox rotasiya edərlərsə, effektiv uzunluqları o qədər azalır. Dilimin donor sahəsi dəri transplantatı, birbaşa tikiş və ya birincili dilimə perpendikulyar olmaqla en kövşək dəridən ibarət sahədən planlanacaq ikincili dilimlə qapadılır. Son olaraq, bəhs edilən texnikaya misal kimi bilobal (ikipaylı) dilimdir [9,13].

İnterpolasion dilimi dördbucaqlı şəklində planlanan dilimə yaxın ancaq bitişik olmayan qüsura çatmaq üçün rotasiya etdirilir. Bu tip dilimlərin ayaqcıqları ona bitşik toxumanın altından yaxud üstündən keçir. Adaşəkilli dilimlər bu qrupa daxil edilir, onların neyrovaskulyar ayaqcıqları dərinin altında tüneldən keçir.

Tək ayaqcıqlı irəliləmə dilimi dördbucaqlı və ya kvadratşəkilli olub, qüsur sahəsinin kənarından 2 paralel kəsik aparılmaqla qüsura distal ayaqcıqlı dilim düzəldilir. Dilim qüsurun qarşı kənarına doğru irəlilədilərək tikilir. İrəliləmə toxumanın elastikliyi və dilimin aşağısındakı "Burrow" üçbucaqlarının mövcudluğu sayəsində təmin edilir. Bu üçbucaq kəsiklər yara kənarları ilə dilim kənarları arasındakı uzunluq fərqlərini aradan qaldırır [13,19].

İki ayaqcıqlı irəliləmə dilimi qüsurun uzununa oxu paralel kəsik aparılaraq qüsur və kəsik arasındakı toxuma altdan sərbəstləşdirilərək düzəldilir. Dilimin lateral tərəfə hərəkətilə qüsur qapadıldıqdan sonra donor sahəyə dəri transplantatı qoyulur.

V-Y irəliləmə dilimi, dəridə V formasında kəsik aparılır, V hər iki kənarından irəliləyir və kəsik Y formasında qapadılaraq hazırlanır. Burun arakəsməsinin dəri hissəsinin (kolumella) uzadılmasında, sakral dekubital xoraların qapadılmasında, barmağın amputasiyası zamanı onun kötüyünün qapadılmasında geniş istifadə edilir.

Uzaq dilimlər qüsurdan uzaqda planlaşdırılır. Bu dilimlərə birbaşa (direkt), indirekt (dolayı) və sərbəst dilimlər aid edilirlər.

Direkt dilimlər, dilimin donor sahəsi qüsur olan yerə yaxınlaşdırıla bildiyi vəziyyətlərdə istifadə edilir. Bir mərhələdə tez-tez ətrafın hərəkətliliyinin üstünlüyü ilə əlaqədar olaraq, bir ətrafdan digər ətrafa nəql edilirlər. Çarpaz barmaq və çarpaz ayaq dilimləri, ovuc dilimi və qasıq dilimi bu qrupa daxildir [18, 20].

Dolayı dilimlər nadir hallarda istifadə edilən dilimlərdir. Bu dilimlər ya vasitəçi (bilək), ya da miqrasiya ilə nəql edilirlər.

Sərbəst dilimlərdə dəri və dərialtı toxuma, lazım gələrsə digər toxumalar da spesifik arteriovenoz sistemləri ilə birlikdə qaldırılaraq resipient sahəyə transfer edilir. Daha sonra dilimin arteriya və venaları resipient sahənin arteriya və venalarına mikrovaskulyar texnika ilə tikilir.

Baldır nevral ada diliminin baldır fasiokutanal dilimlərlə müqayisə edildikdə 2 əsas üstünlüyü vardır. Birincisi, baldır sinirinin xarici vaskulyar sistemdən damar qidalanmasının olmaması və qonşu fasiokutanal sistemdən perforatorlar olan subkutanal toxuma baxımından kasad olması, ayaqcığını nazik tutmaqla daxil edilməsini asanlaşdırır. İkincisi, bütün sinir boyunca mövcud olan daxili damarlanma səbəbindən, dilimin transpozisiyasında dayaq nöqtəsilə əlaqədar çatışmazlığın olmamasıdır [4,5]. Distal əsaslı baldır fasiokutanal dilimlərdə müəlliflər dayaq nöqtəsinin lateral malleola əz azı 5 sm proksimal yerləşməli olduğunu müdafiə etdikləri halda, bəzi müəlliflər isə dilimin həyat qabiliyyətinin saxlanılması üçün bu məsafənin 10-11 sm olmalı olduğunu iddia edirlər [6,7,8,9]. Zhang və əməkdaşları icra etdikləri tədqiqatda gənc sağlam xəstələrdə əgər lateral malleolar arteriya və lateral kalkaneal arteriya mövcuddursa bu dayaq nöqtəsi lateral malleola 1,5 sm proksimal yerləşdirilə biləcəyini qeyd etmişlər [10]. Bu damarları və dayaq nöqtəsinin müəyyən edilməsində Doppler USM cihazı yardımçı ola bilər. Baldır nevral ada dilimində toxuma defektinin vəziyyətinə görə dayaq nöqtəsi hər hansı bir lokalizasiyada ola bilər. Bizim tədqiqatımızda bu nöqtə lateral malleolun posterior nahiyyəsində yerləşmişdir.

Sərbəst toxuma transferi ilə müqayisə edildikdə baldır nevraı ada diliminin üstünlükləri: dilimin rahat qaldırılması, əsas arteriyaların itirilməməsi, mikrocərrah heyəti və əməliyyatlarına ehtiyacın olmaması, əməliyyat müddətinin qısa olması və bununla da əlaqədar olaraq, qan itirilməsinin minimal olması, dilim donor sahəsində ciddi problemlərin qeydə alınmamasıdır. Üsulun çatışmayan cəhəti isə icra ediləcək rekonstruksiyanın 2 mərhələdə icra edilməsidir.

Distal əsaslı baldır fasiokutanal dilimlərdə əsas problemlərdən biri dilimin ayaqcığının subkutanal tüneldən keçirilərkən təzyiqlə əlaqədar olaraq, periferik arterial çatışmazlıq və venoz hiperemiyanın inkişafıdır. Bizim tədqiqatımızda da əgər dilimin ayaqcığına təzyiq amili qeydə alındısa ayaqcığın tüneldən keçirilməsindən çox açıq saxlanılaraq transplantasiya edilməsinə üstünlük verilmişdir. Bu məqsədlə istifadə edilən transplantların ölçüsü 6-8 sm olmuşdur [15].

Baldır nevral ada dilimi distal baldır əsaslı fasiokutanal dilimlərdə olduğu kimi hissiz dilimdir və baldır sinirinin zədələnməsi ayağın lateral hissəsində hissiyatsızlıqla nəticələnir. Buna baxmayaraq, cərrahi prosedurun ilk mərhələsində proksimala doğru bir neçə sm disseksiya edilərək dəstələnən baldır sinirinin kranial ucu cərrahi proseduranın ikinci mərhələsində medial plantar sinirin bir şaxəsilə koaptasiya olunaraq bu problemin həll edilməsini təmin edə bilir. Aparılmış bəzi tədqiqatlar digər sinirlərin salamat olduğu halda sinirin koaptasiya olunmadan da hissiyat göstərdiyini göstərmişdir [11].

Bəzi müəlliflər dilim donor sahəsinin transplantasiya şərti ilə dilim uzunluğu 12-23 sm, eni 8-16 sm olacaq şəkildə distal əsaslı baldır fasiokutanal dilim qaldırıla biləcəyini qeyd etmişlər [9,13,14,12,15,16]. Transplantasiyadan sonra dilim donor sahəsində əməliyyatdan sonra erkən dövrdə minimal depressiya müşahidə olunur, zaman keçdikcə bu kontur deformasiyası daha az nəzərəçarpan olur. Bəzi hallarda xüsusilə qadın xəstələrdə donor sahədə arzuedilməz şırımlara rast gəlinmişdir [11,13]. Cho və əməkdaşları v.saphena parva üzərində təşkil etdikləri proksimal yerləşmiş baldır dilimlərində, dilimin eni 5 sm-dən aşağıdırsa dilim donor sahəsinin birincili qapadıla bilinəcəyini qeyd etmişlər [17]. Tədqiqata daxil olan xəstələrin ortalama dilim ölçüləri 4,33x11 sm olmuşdur, 13 xəstədən 12-sində dilim donor sahəsi birincili qapadılmışdır, bir xəstədə dilin eni 7 sm olduğu üçün donor sahəsi transplantlanmışdır. Ədəbiyyata nəzər yetirdikdə aparılmış müxtəlif tədqiqatlarda transplantasiyadan sonra transplantatın itirilməsinin müəyyən edilməsində fərqli üsullar zamanı ağırlaşma göstəriciləri 2%-30% arasında dəyişdiyi müşahidə edilir [18,19,20,21,22,23]. Henderson və əməkdaşları aşağı ətraflarda toxuma qüsurlarını aradan qaldırmaq üçün 74 xəstəyə 85 dəri transplantatı tətbiq etmişlər və əməliyyatdan sonra 1, 2 və 6-cı həftənin sonunda transplanatın tutma dərəcəsi də daxil olmaqla transplantasiyadan sonra nəticələri qiymətləndirmişlər. Müəlliflər 20% transplantat itirilməsinin kliniki olaraq əhəmiyyətli olmadığını nəzərə alaraq, tutan transplantat miqdarının 80% və ondan yüksək olması müvəffəqiyyət kimi qiymətləndirilmişdir. Transplantasiya ilə əlaqədar ağırlaşma dərəcəsi bu tədqiqatda 24,7% (85 transplantatdan 22-sində) olduğu müşahidə edilmişdir. 22 xəstədən 17-sində 20%-dən

çox transplantat itirilməsi müşahidə edilmişdir. Transplantatın nekrozu müşahidə edilən xəstələrin 13-ündə səbəb infeksiya olduğu halda, 4 xəstədə səbəbkar amil aşkar edilməmişdir. 22 xəstədən 5-ində transplantatın itirilməsi müşahidə edilmədiyi halda, 4 xəstədə infeksiya, 1 xəstədə hiperqranulyasiya kimi ağırlaşmalar qeydə alınmışdır. Qrup 2-dəki xəstələrin ortalama dilim ölçüləri 8x8,66 sm olub, dilim donor sahəsi 6 xəstənin hamısında toxuma genişləndiricisinin tətbiq edilməsindən sonra birincili qapadılmışdır. Casanov və əməkdaşları aşağı ətrafda toxuma genişləndiricisinin tətbiq edilməsilə əlaqədar olaraq 47%-ə çatan ağırlaşma göstəricisinin müşahidə edilməsini qeyd etsələr də, 4 həftəlik şişirdilmə müddəti boyunca bu xəstələrin heç birində toxuma genişləndiricisi ilə əlaqədar infeksiya, toxuma genişləndiricisinin ekspozisiyası, dilimdə işemiya və qan dövranı pozğunluğu, seroma kimi hallara rast gəlinməmişdir. Gec dövrdə həyata keçirilən müayinələr zamanı isə bu qrupdakı xəstələrin hamısı dilim və donor sahədəki toxuma relyefindən məmnun olmuşdur [4,17].

ƏDƏBİYYAT

1. Akyurek M, Safak T, Sonmez E, Ozkan O, Kecik A. A new flap design: neural-island flap // Plast Reconstr Surg., 2004, v.114, p.1467-77.
2. Sonmez E, Safak T, Kecik A. Gluteus maximus neural-island flap model in the rat // Ann Plast Surg., 2008, v.61, p.325-9.
3. Sonmez E., Ozdemir H., Safak T., Kecik A. A modification of the neural-island flap: 'split neural-island flap // J Plast Reconstr Aesthet Surg., 2009, v.62, p.85-92.
4. Nakajima H., Imanishi N., Fukuzumi S. et al. Accompanying arteries of the cutaneous veins and cutaneous nerves in the extremities: anatomical study and a concept of the venoadipofascial and/or neuroadipofascial pedicled fasciocutaneous flap // Plast Reconstr Surg, 1998, v.102, p.779-91.
5. Yang D., Morris S.F. Reversed sural island flap supplied by the lower septocutaneous perforator of the peroneal artery // Ann Plast Surg., 2002, v.49, p.375-8.
6. Hasegawa M., Torii S., Katoh H., Esaki S. The distally based superficial sural artery flap // Plast Reconstr Surg., 1994, v.93, p.1012-20.
7. Hollier L., Sharma S., Babigumira E., Klebuc M. Versatility of the sural fasciocutaneous flap in the coverage of lower extremity wounds // Plast Reconstr Surg., 2002, v.110, p.1673-9.
8. Jeng S.F., Hsieh C.H., Kuo Y.R. et al. Distally based sural island flap // Plast Reconstr Surg., 2003, v.111, p.840-1.
9. Bocchi A., Merelli S., Morellini A. et al. Reverse fasciosubcutaneous flap versus distally pedicled sural island flap: two elective methods for distal-third leg reconstruction // Ann Plast Surg., 2000, v.45, p.284-91.
10. Zhang F.H., Chang S.M., Lin S.Q. et al. Modified distally based sural neuro-veno-fasciocutaneous flap: anatomical study and clinical applications // Microsurgery, 2005, v.25, p.543-50.
11. Rashid M., Masood T., Hameed S., Sarwar S.R. Superficial sural artery flap: a simple solution for difficult heel defects //JCPSP, 2001, v.11, p.319-23.
12. Noever G., Bruser P., Kohler L. Reconstruction of heel and sole defects by free flaps // Plast Reconstr Surg., 1986, v.78, p.345-52.
13. Yilmaz M., Karatas O., Barutcu A. The distally based superficial sural artery island flap: clinical experiences and modifications // Plast Reconstr Surg., 1998, v.102, p.2358-67.
14. Rajacic N., Darweesh M., Jayakrishnan K. et al. The distally based superficial sural flap for reconstruction of the lower leg and foot // Br J Plast Surg., 1996, v.49, p.383-9.
15. Ayyappan T., Chadha A. Super sural neurofasciocutaneous flaps in acute traumatic heel reconstructions // Plast Reconstr Surg., 2002, v.109, p.2307-13.
16. Jeng S.F., Wei F.C., Kuo Y.R. Salvage of the distal foot using the distally based sural island flap // Ann Plast Surg. 1999, v.43, p.499-505.
17. Cho A.B., Pohl P.H., Ruggiero G.M. et al. The proximally designed sural flap based on the accompanying artery of the lesser saphenous vein. // J Reconstr Microsurg., 2010, v.26, p.501-8.
18. Moisidis E., Heath T., Boorer C.A. prospective, blinded, randomized, controlled clinical trial of topical negative pressure use in skin grafting // Plast Reconstr Surg., 2004, v.114, p.917-22.
19. Hynes P.J., Earley M.J., Lawlor D. Split-thickness skin grafts and negative-pressure dressings in the treatment of axillary hidradenitis suppurativa // Br J Plast Surg., 2002, v.55, p.507-9
20. Llanos S., Danilla S., Barraza C. et al. Effectiveness of negative pressure closure in the integration of split thickness skin grafts: a randomized, double-masked, controlled trial //Ann Surg., 2006, v.244, p.700-5.
21. Penington A.J., Morrison W.A. Skin graft failure is predicted by waist-hip ratio: a marker for metabolic syndrome // ANZ J Surg., 2007, v.77, p.118-20.

22.Davey R.B., Sparnon A.L., Lodge M. Technique of split skin graft fixation using hypafix: a 15-year review // ANZ J Surg., 2003, v.73, p.958-62.

23.Unal S., Ersoz G., Demirkan F. et al. Analysis of skin-graft loss due to infection: infection-related graft loss // Ann Plast Surg., 2005, v.55, p.102-6.

Summary

Влияние типа части голени на жизнеспособность донорской области

Э.Н.Абдуллаев

В исследовании, представленном в 2004 году, была предложена концепция островной части. В экспериментальных исследованиях на лабораторных крысах были определены васкулярная анатомия латерального феморального кутанального нерва и обеспечение кровообращения кожного острова на внутрисосудистом нерве. Из научных исследований большинства авторов стало известно, что тип части голени оказывает действие на жизнеспособность донорской области. Работа автора представляет собой обзор, посвященный изучению данной проблемы.

Summary

Influence of the type of part of the temon on the viability of the donor area

E.N.Abdullayev

In a study presented in 2004, the concept of the island part was proposed. In experimental studies on laboratory rats, the vascular anatomy of the lateral femoral cutin nerve and the provision of blood circulation of the skin island on the intravascular nerve were determined. From the research of most authors, it became known that the type of part of the leg has an effect on the viability of the donor area. The work of the author is a review dedicated to the study of this problem.

Daxil olub: 24.07 2018

UŞAQLARDA ÇƏNƏ SINIQLARI

[1]Ç.R. Rəhimov, [2]E.M. Abdullayev, [1]E.T.Əhmədov

[1]Azərbaycan Tibb Universiteti, [2]Kliniki Tibbi Mərkəz, Bakı

Açar sözlər: çənə, sımıqlar, uşaqlar

Ключевые слова: челюсти, переломы, дети

Keywords: jaws, fractures, children

Üz-çənə nahiyəsinin travmalarının müalicəsi müasir stomatologiyanın və üz-çənə cərrahiyyəsinin aktual problemlərindən biri olaraq qalır [1,2]. Üz-çənə nahiyəsinin zədələnmələri içərisində çənə sınığı xəstələrdə psixoemosional gərginlik və mənəvi sarsıntı yaradır [3]. Əlavə olaraq çənə sınıqlarının vaxtında diaqnostikası və düzgün müalicəsinin vacibliyi müxtəlif araşdırmaların tədqiqat obyekti olmuşdur [2].

Böyüklərdən fərqli olaraq uşaqlarda travmalar nəticəsində çənənin sınması daha da böyük çətinliklər yaradır, çünki böyüyən orqanizmdə çənənin inkişafına travma neqativ patoloji təsir göstərir, həm də çənənin böyümə zonalarına birbaşa təsiri inkişaf pozğunluqları ilə nəticələnir [4].

Üz-çənə nahiyəsində çənə sınıqları digərlərinə nisbətən üstünlük təşkil edir. Bu zədələnmələr müxtəlif səbəblərdən baş verə bilər. Bu zədələnmələr böyüklərlə yanaşı uşaq yaşlarında da olduqca geniş yayılmışdır. Böyüklərdə və uşaqlarda çənə sınıqlarının müalicəsi prinsipcə eyni olsa da, uşaqlarda aparılacaq müalicə zamanı bir sıra faktorları nəzərə almaq lazımdır. Anatomik və fizioloji prinsipləri nəzərə almaq müayinə və müalicədə önəmli bir faktordur [5].

Uşaqlarda üz skeletinin sümükləri daha elastik olduğundan, çənələrdə çıxmamış dişlərin olması və havalı sümüklərin zəif pnevmatizasiyası onları sınıqlara qarşı daha davamlı edir. Çənədə kondilyar, subkondilyar və bucaq nahiyyəsinin sınıqları təqribən 80% təşkil edir. Simfiz və parasimfizdə olan sınıqlar isə 15-20%-ə bərabərdir. Çənə cisminin sınıqlarına isə az rast gəlinir [6].

Uşaqlarda çənə sınıqları kifayət qədər tez-tez rast gəlinir. Belə hallar ən çox 7-14 yaş arası oğlan uşaqlarında müşahidə olunur. Çənə sınıqları uşaqlarda bir çox səbəblərdən ola bilər. Bunlardan ən çox baş verəni yüksəklikdən yıxılma, avtonəqliyyat qəzaları, idman və küçə travmalarıdır. Çənə sınıqları ilə eyni zamanda uşaqlarda bəzən kəllə-beyin travmaları, digər üz skeleti sümüklərinin sınıqları və yumşaq

toxumaların zədələnmələri də baş verə bilər. Çənə sınıqları zamanı ən çox müşahidə olunan şikayətlərə çənədə sınıq nahiyəsində ağrılar, assimetriya, dişləmin pozulması, ağızın açılmasının məhdudlaşması, qida qəbulu və ağızın qapanması zamanı ağrılar, qansızmalar, hematomalar aiddir [7].

Üz-çənə nahiyəsinin travmaları içərisində uşaqlarda heyvanlar tərəfindən alınmış zədələnmələr də kliniki praktikada müşahidə edilir. Uşaqlarda it dişləmələri zamanı ən çox zərər görən nahiyə üz nahiyəsidir. Lakin bu travmalar zamanı üz skeletində sınıqlar da ola bilər. 2 yaşlı qız üz nahiyyəsindən öz iti tərəfindən dişlənərək xəsarət almışdır. Xəstədə sol almacıq sümüyünün və çənənin sol şaxəsinin vertical yerinidəyişmiş sınıqları qeyd olunmuşdur. Kompleks müalicədə titan mini lövhələr ilə osteosintez aparılmışdır. Nəticədə qənaətbəxş olmuşdur. 9 aylıq qız uşağında isə it dişləməsi nəticəsində çənənin sol parasimfiz nahiyyəsində yerini dəyişmiş sınıq baş vermişdir. Açıq üsülu ilə sınıq fragmentlərinin repozisiyası və 1.2 mm ölçülü titan lövhə ilə osteosintez aparılıb. 10 həftə sonra lövhə çıxarılıb [8]. Başqa kliniki vəziyyətdə isə 7 yaşlı uşaqda at vurması nəticəsində çənənin sağ parasimfiz nahiyyəsində yerini dəyişmiş sınıq olub. Ümümi anesteziya altında qapalı repozisiya və fərdi hazırlanmış cap-splint və circum-mandibular wire ilə fiksasiya aparılmışdır [9].

Uşaqlarda çənə sınıqlarının təsnifatlandırılması və ya sinifləndirilməsi diaqnostika və müalicə üçün böyük əhəmiyyətə malikdir. Bunların içərisində çənənin oynaq çıxıntısının sınıqlarına aid təsnifatlar daha çoxdur [10].

Sınıq səviyyəsindən asılı olaraq intracapsulyar və ekstracapsulyar olur. Həmçinin oynaq çıxıntısı sınıqlarının təqribən 80% - i unilateral və 20%-i isə bilateral olur. Yerinidəyişmiş, dəyişməmiş və əyilmə parametləri sınığın ağırlıq dərəcəsini əks etdirir. Sümük fraqmentlərinin yerdəyişməsinin və dislokasiyasının istiqaməti və dərəcəsi tətbiq olunan quvənin istiqamətindən, travma zamanı ağzın açıq və ya bağlı vəziyyətdə olmasından və çənədə digər sınıqların olmasından asılıdır. Çənənin travma zamanı pozisiyasından və lateral qanadabənzər əzələnin aktivliyindən asılı olaraq sınıq fraqmenti yerində qala bilər və ya tam ya da hissəvi yerini dəyişə bilər. Adətən fraqmentlər içəriyə və ya içəri-önə doğru yerini dəyişir. Oynaq başının yerdəyişməsi daha çox uşaqlarda rast gəlinir [11].

Avropa ölkələrində çənənin kondilus sınıqlarının növünün qiymətləndirilməsində Spiessl&Schroll təsnifatından istifadə edirlər. Bu təsnifat belədir:

- yerdəyişməsiz;
- oynaq başının aşağı yerdəyişmiş sınığı;
- oynaq başının yuxarı yerdəyişmiş sınıqları;
- oynaq başının aşağı dislokasiya olunmuş sınığı;
- oynaq başının yuxarı dislokasiya olunmuş sınıqları;
- oynaq başı sınıqları [12].

Son onillikdə isə Lindahl – təsnifatı geniş istifadə olunur [12].

Uşaqlarda çənə sınıqlarının diaqnostikasında adi rengenoqrafiyadan, ortopantomoqrammadan, komyuter tomoqrafiya və onun xüsusi 3D proqramından istifadə olunur. Uşaqlarda çənə sınıqlarında diaqnoz qoymaq çox çətindir. Ona görə ki, uşaqlarla əlaqə yaratmaq həmişə mümkün olmur və uşağın travmaya reaksiyası qeyri-adekvat olur. Həmçinin uşaqlar əsasən çənənin hərəkətinin çətinləşməsini, danışıq və udqunma zamanı ağrının olmasını tez qeyd edirlər. Uşaqdan və ya valideynindən diqqətlə anamnez toplanmalıdır. Sonra isə kliniki müayinə aparılmalıdır. Kliniki müayinə zamanı ağrı əlamətləri, şişkinlik, dişləmin pozulması, hematoma, qanaxma, deviasiya, krepitasiya, o cümlədən, gicgah-çənə oynagı ilə bağlı digər patoloji simptomlar, çənənin hərəkət məhdudluğu və hissiyat pozğunluqları uşaqlarda çənə sınıqları zamanı müşahidə oluna bilər. Cırılmış-əzilmiş və digər xarakterli açıq yaralar varsa mütləq əvvəlcə yaraların birincili cərrahi işlənməsi əməliyyatı aparılmalıdır. Birincili cərrahi işlənmədən sonra çox vacibdir ki, xəstə uşağa peyvənd edilməyibsə yaşına uyğun tetanus əleyhinə zərdab inyeksiya olunmalıdır [13].

Uşaqlarda çənə sınıqların diaqnozunu qoymaq böyüklərə nisbətən daha çətindir. Belə ki, uşaqlarla kontakt yaratmaq hər zaman mümkün olmur və həmçinin uşaqların ağrıya olan reaksiyası da qeyri-adekvat olur. Bundan əlavə uşaqlarda yumşaq toxumaların ödemi böyüklərə nisbətən daha sürətlə baş verir. Bu da palpator müayinəni çətinləşdirir. Buna görə də uşaqlarda çənə sınıqların diaqnozunu ilk bir saat ərzində qoymaq məsləhətdir [13].

Bəzən mürəkkəb situasiyalarda, diaqnozun dəqiq qoyulması çətin olduğu hallarda və müayinəsi bizə dolğun məlumat verməyən zaman komyuter tomoqrafiya da istifadə oluna bilər [13].

Uşaqlarda çənə sınıqların kompleks müalicəsi çox aktual problem olub və müalicə həkimindən böyük təcrübə tələb edir [14]. Müalicə zamanı uşaq orqanizmində çənə sınıqların patogenezinin incə mexanizmləri mütləq öyrənilməlidir. Əlavə olaraq immobilizasiyadan sonra osteoregenerativ patogenetik mexanizmlərin

nəzərə alınmasının vacibliyi böyük müalicəvi rola malikdir. Bununla əlaqədər uşaqlarda çənə sınıqların müalicəsinə aid çoxsaylı elmi tədqiqatlar yerinə yetirilmişdir [7].

Çənə sınıqları zamanı uşaqlarda kompleks müalicə medikamentoz, ortodontik, ortopedik və cərrahi metodlar tətbiq edilir. Sınıq zamanı dişləmdən asılı olaraq immobilizasiya metodlarından−dişüstü şinalardan, maxillo-mandibular sarğıdan və ya mini şinalar ilə bimaksillyar fiksasiyadan istifadə olunur. Yerinidəyişmiş sınıqlar, çənənin çoxsaylı sınıqları çənə boynu və cisminin birlikdə sınığı zamanı osteosintez əməliyyatının aparılmasına göstəriş vardır. Osteosintez əməliyyatının texnikası dişləmin hansı mərhələdə olmasından birbaşa asılıdır. Müalicə sınıq nahiyyəsindən, fraqmentlərin yerdəyişməsinin dərəcəsindən və dişləmin hansı mərhələdə olmasından asılı olaraq planlaşdırılmalıdır [15].

Kondilyar və subkondilyar sınıqlar uşaqlarda daha çox rast gəlinir. Uşaqlarda kondilyar və subkondilyar sınıqların müalicəsi elmi ədəbiyyatda uzun müddət mübahisə movzusu olmuşdur. Müalicənin bir neçə üsulu vardır:

- açıq reduksiya ilə daxili fiksasiya və intermaksilyar fiksasiya;
- immobilizasiya ilə qapalı reduksiya və intermaksilyar fiksasiya;
- immobilizasiyasız erkən çənə hərərkətləri yerinə yetirilməsi [16].

Elmi mənbələrdə çənə sınıqların müalicəsinə aid alqoritmlərin olmasına baxmayaraq hər xəstə fərdi qiymətləndirilməli və müalicəsi diqqətli şəkildə planlaşdırılmalıdır. Həm də verilmiş alqoritmlər də ziddiyyətlidir. Həmçinin sınıqların müalicəsinə aid böyük fikir ayrılıqları mövcüddur. Lakin kompleks müalicənin əsası dişləmin və gicgah-çənə oynağının fizioloji funksiyasının bərpasıdır. Çənədə böyümə gedən zaman oynaq çıxıntısının sınığı və ya gicgah-çənə oynağının ankilozu çənənin birtərəfli inkişafının pozulmasına, üzdə assimetriyaya və qeyri-düzgün dişləmə gətirib çıxardır. Konservativ müalicədən sonra yaranan çeynəmə adaptasiyası kondilusun regenerasiyası hesabına oynağın funksional bərpasına və hətta ciddi yerdəyişmə olan hallarda adaptativ dəyişiklərlə korreksiyaya səbəb olur. Beləliklə oynaq çıxıntısının sınığı olan xəstələr optimal funksiyanın bərpası üçün mümkün qədər erkən həkimə müraciət etməlidirlər. Çünki oynaq qığırdağının hər hansı bir kiçik zədələnməsi çənənin inkişafında patoloji dəyişikliklərlə və yaxud da gicgah-çənə oynağında iltihabi - distrofik proseslərlə nəticələnə bilər [2].

Uşaqlarda çənə sınıqların müalicəsi iki istiqamətdə aparılır. Bunlardan birincisi təcili müalicə, ikincisi isə sınığın fiksasiyası və immobilizasiyasıdır. Travma nəticəsində əmələ gələn ümumi zədələnmələr nəzarət altına alınmalı və müalicə olunmalıdır. İlk öncə yumşaq toxuma zədələnmələrinə müdaxilə etmək lazımdır. Daha sonra xəstənin ümumi vəziyyəti normal olana qədər sümük fragmentləri sadə məftillər ilə dişə dayaq olaraq müvəqqəti fiksə olunur. Bu manipulasiyalar edilən zaman unutmamaq lazımdır ki, uşaqlarda stabilizasiya böyüklərə nisbətən daha sürətli olur. Birincili müalicə zamanı sınığın repozisiyası və immobilizasiyası həyata keçirilir. Bu məqsədlə uşağın yaşı, dişləmin düzgün olub olmaması, dişlərin vəziyyətinə görə ən uyğun müalicə tədbiri seçilir. Konservativ müalicə zamanı şinalar və splintlər tətbiq edilir. Uşaqlarda konservativ müalicənin yalnız bir neçə növündən istifadə olunur. Bu yaşa və dişlərin olmasına görə seçilir. Əgər stabilizasiyanı başqa cür mümkün etmək olmursa bu zaman splintlərdən də istifadə etmək olar. Bunlar mövcud olan dişlərə yapışdırıla və ya məftil ilə bağlana bilər. Ortodontik splintlər sınığın repozisiyasından çox vaxt keçmiş müalicə vaxtı tətbiq edilir [17].

Böyüklərə nisbətən olaraq uşaqlarda bildiyiniz kimi çənə sınıqlarına az rast gəlinir və kliniki xüsusiyyətləri fərqlidir [18]. Üz və kəllə skeletində olan fərqlərə görə müalicə taktikası da fərqlidir. Bir çox pediatrik sınıqlar uşaqlarda metobolizmin və sümüküstlüyündə osteogenezin yüksək olması səbəbi ilə 2-3 həftə ərzində müalicə olunur. Nadir hallarda dişləmin pozulmasının qarşısını almaq üçün iki aydan artıq müddətə şına vasitəsi ilə monomaksilyar immobilizasiyaya göstəriş vardır. Yerdəyişməsiz və dişləm pozulmadan müşaiyət edilən çənə sınıqların konservativ metod daha səmərəlidir. Bu zaman duru qida qəbul edilməli, fiziki aktivlikdən və analgetiklərdən çəkinmək gərəkdir. Yerini dəyişmiş çənə sınıqlarına isə repozisiya və immobilizasiya aparılmalıdır [18]. Simfiz nahiyyəsində olan yerinidəyişmiş sınıqlarda 6 yaşdan sonra daimi kəsicilər çıxdıqda ağızdaxili metoda açıq fiksasiya aparmaq olar. 9 yaşdan sonra köpək dişlərin mayası çənə əsasından çənə kənarına qaldıqda açıq reduksiya və daxili fiksasiya mümkün deyil. Çənənin cismi nahiyyəsində olan sınıqlarda daimi molyar və premolyar dişlərin mayası yuxarıya doğru qalxdıqdan sonra çənənin aşağı kənarında lövhələr ilə fiksasiya vacib sayılır. Çənə sınıqlarının tövsiyə edilən müalicə üsulları aşağıdakılardır:

- 0-2 yaş − dişsiz çənələrin Maclenan şinası ilə müalicəsi;
- 2-4 yaş − yaxşı formalaşmış süd dişlərində Cap şinaları;
- 5-8 yaş − Maclenan, Cap şinaları;
- 9-11 yaş − Cappa şinaları, ortodontik arch bar, lövhələr və liqaturalar [18].

Çənə sınıqları mümkün olan müalicə variantları daxili fiksasiya ilə qapalı reduksiya, sümükdaxili liqatura ilə açıq repozisiya, açıq repozisiya və lövhələr və vidalar ilə daxili fiksasiyadan ibarətdir. Lakin uşaqlarda çıxmamış dişlərin olması və natamam sümükləşmə səbəbi ilə minilövhələr ilə açıq repozisiya çənə sınıqlarında tətbiq edilmir. Burada istisna olaraq çox yerinidəyişmiş sınıqları göstərmək olar. Sorulan lövhələrin tətbiqi ikinci mərhələnin aparılmasını inkar edir. Lakin buna baxmayaraq diş mayalarının zədələnmə riski yenə də mövcuddur. Qarışıq dişləm zamanı sınıq fraqmentlərinin açıq cərrahi yolla bərpası gələcəkdə daimi dişlərin çıxmamasına səbəb ola bilər. Çənə sınıqlarının müalicəsi zamanı uşaqlarda qapalı reduksiya və dişüstü üzəri şınalar ilə fiksasiyası, süd dişində ekvatorun olmaması, hündürlüyünün az olması, köklərin sorulması və natamam çıxmış daimi dişlərin olması ilə əlaqədər fraqmentlərin fiksasiyası çətinlik yaratmaq imkanına malikdir [19].

Müəlliflər 5 yaşdan aşağı uşaqlarda kapsuldaxili oynaq başı sınıqları zamanı 2 həftə müddətinə intermaksilyar fiksasiya, 5 və ondan yuxarı yaşlarda 4 həftə, 8 yaşından aşağı uşaqlarda isə ekstrakapsulyar sınıqlarda 2 həftə ərzində fiksasiya aparıblar. Qapalı reduksiya zamanı fraqmentlərin düzgün oturmaması nəticəsində çənənin inkişafdan qalması, normadan artıq böyüməsi, həmçinin çənə şaxəsinin sağa və ya sola yerdəyişməsi, ağzın açılması zamanı deviasiya sınıq fragmentlərinin qeyri-düzgün reduksiyası zamanı müşahidə edilə bilər. Oynaq çıxıntısının sınıqlarında sınığın səviyyəsindən və fraqmentlərin yerdəyişməsinin dərəcəsindən asılı olaraq tətbiq ediləcəyi planlaşdırılan açıq reduksiyanın fərqli metodları vardır. Ümümi olaraq bura preaurikulyar, postauriculyar, submandibulyar, Risdon, kombinəolunmuş və retromandibulyar cərrahi yanaşmalar aiddır [20].

Körpələrdə sınıqların müalicəsi konservativ və cərrahi olur. Yaşıl budaq tipli sınıqlar zamanı adətən immobilizasiyaya ehtiyac olmur. Daha qəliz sınıqlarda isə açıq və ya qapalı reduksiya üsulundan istifadə olunur [21]. Çox vaxt tövsiyə olunan müalicə üsulu qapalı reduksiya və həlqəvi çənə liqaturası ilə fiksasiya olunmuş şınadır. Bu metod oynaq çıxıntısının inkişafına maneə yaratmır. Lakin tədbiqi məhdudur. Yalnız çənənin ön nahiyyələrində cüzi yerdəyişmə ilə olan sınıqlarda və fiksasiya üçün kifayət qədər dişlər olduqda tədbiq etmək mümkündür. Maksillomandibulyar fiksasiya və arch barın tətbiqinin çatışmayan cəhətlərinə qidalanmanın və oynaq başı inkişafının pozulmasının mümkünlüyü aiddir [21]. Böyük yerdəyişməsi olan sınıqlarda və mobil fraqmentlərdə açıq reduksiya və daxili fiksasiya metodu göstərişdir. Lakin bu üsulda diş mayaları zədələnə bilər. Sümüyün keyfiyyəti və onun qalınlığı, sınıq fraqmentlərinin hərəkətlilik dərəcəsi, çıxmış dişlər və gələcək inkişaf üçün maneə yarada biləcək amillər nəzərə alınaraq müalicə metodu seçilməlidir. Bu cür hallarda cərrah daha az travmatik metodu üstünlük verməlidir. Sınığın müalicəsi yalnız funksiyanın erkən bərpasına yox, həmçinin çənənin gələcək düzgün inkişafına aid olmalıdır [21].

Uşaqlarda oynaq çıxıntısı sınıqlarının müalicəsində hansı metoda üstünlük verilməsi hələ də mübahisəli və ziddiyyətlidir. İlkin mərhələdə cərrahi metodun tətbiqi aşağıdaki kliniki hallarda məsləhət deyil:

- böyük dislokasiya və sınıq fraqmentləri arasında təmas olmadıqda;
- oynaq başının orta kəllə çuxuruna dislokasiyasında;
- çənə üzün orta zonasının çoxsaylı sınıqlarının repozisiyası üçün bazis kimi; istifadə edildikdə [22].

Cərraha kömək edən ən vacib faktorlar xəstənin yaşı, çənədə dişlərin olması, sınığın yeri və deformasiyanın dərəcəsindədir. Oynaq çıxıntısı sınığında yaş faktorunun rolu çox əhəmiyyətlidir. Çünki kiçik yaşlarda kondilyar və subkondilyar sınıqlar qeyri-cərrahi metodla müalicə oluna bilər. Bundan əlavə sümüyün boyümə potensialını da vurğulamaq yerinə düşər. Edentuloz- tam və hissəvi adentiya zamanı yalnız ayrıca oynaq sınıqlarında təkcə liqatura ilə müalicəni aparmaq olar. Oynaq başının deviasiyası 45 dərəcədən çox olan kliniki vəziyyətdə açıq reduksiya aparılmalıdır. Oynaq sınıqlarında rigid fiksasiya funksiyanın tez bərpasını təmin edən üsuldur [23].

Uşaqlarda çənə sınıqlarına aid elmi-tibbi ədəbiyyatın öyrənilməsi və analizi təsdiqlədi ki, çoxsaylı dəyərli elmi-tədqiqatlar və araşdırmalar aparılıb. Kompleks müalicədə yeniliklər olunub [18]. Lakin bütün bunlara baxmayaraq bu problemdəki məsələlər hələ tam öz həllini tapmayıb. Həmçinin üz-çənə cərrahiyyəsində mürrəkəb və aktual məsələlərdən biri də çənə sınıqları ilə olan xəstə uşaqların müalicəsində optimal variantın seçilməsidir.

Aparılmış elmi tədqiqatlara baxmayaraq uşaqlarda çənənin travmatik zədələnmələrinin müalicəsinin fərqli metodlarının müqayisəli analizi aparılmayıb, əlavə olaraq uşaqlarda müxtəlif yaş grupplarında çənənin müxtəlif nahiyyələrinin sınıqları zamanı tam dəqiq müalicə taktikası işlənilməyib. Həmdə uşaqlarda çənə sınıqlarının effektiv diaqnostik və səmərəli müalicə alqoritmi hələ də hazırlanmayıb. Tədqiqatların uğurlu nəticələrinə baxmayaraq, bu problem öz aktuallığını itirməmiş və yeni səmərəli, effektiv müalicə metodlarının axtarışına perspektivlər açmışdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Seyidbəyov O.S., Bunyatov M.O., Həsənova G.F. Aşağı çənənin zədələnməsinin onun anatomik quruluşunun xüsusiyyətlərindən asılı olaraq biomexanikası. Sağlamlıq, 2011, № 5, səh. 41-45
2. Əhmədov E.T. Gicgah-çənə oynağının xroniki artritlərinin və artrozlarının patogenetik müalicəsi. Tibb üzrə elmlər dok. dissertasiyası, Baki, 2009, 382 s.
3. Həsənov F.Ə. Kükürdtərkibli sərbəst aminturşuların çənə sınıqları zamanı sümük toxumasının regenerasiyası prosesinə təsiri. Tibb üzrə fəlsəfə dok. diss. ... aftoreferatı // 14.00.21 – stomatologiya, Baki-2001, 26 s.
4. Брагина В.Г., Горбатова Л.Н. Травма челюстно-лицевой области у детей // Экология Человека, 2014, 02, стр. 20-24
5. Виноградова А.В., Кешикова И.А. Анатомо-физиологические особенности строения челюстно-лицевой области ребенка в различные возрастные периоды // Методическое пособие для врачей-интернов, врачей-ординаторов, Иркутск, 2008, 59 с.
6. Abhishek Kh., Manohar B., Anupama Sh., Rajesh Sh. Management of symphisis and parasymphisis mandibular fractures in children treated with Maclenan splint: stability and early results. 2015; 8(2): p. 127-132
7. Akbulut N., Tümer M., Ertem S. Çocuklarda kondil kırıklarında konservatif yaklaşım: bir olgu sunumu. Cumhuriyet Dent J., 2014, 17(3): 291-295
8. Wheeler J., Phillips J. Pediatric facial fractures and potential long-term growth disturbances. Craniomaxillofacial trauma and reconstruction, 2011; 4: p. 43-52
9. Divesh S., Gauba K., Goyal A., Rattan V. Comprehensive management of pediatric mandibular fracture caused by an unusual etiology. African Journal of Trauma, Jan-Jun 2014; 3(1): p. 39-4
10. Markal N., Çelebioğlı S. Mandibula kondil kırıkları ve tedavi yaklaşımları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2000, 53(1): 39-42
11. Thorén H., Iso-Kungas P., Lizuka T., Lindqvist Ch. et al. Radiologic changes of the temporomandibular joint after condylar fractures in childhood. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod., 1998; 86: p. 738-45
12. Nishioka G., Larrabee W., Murakami C., Renner G. Suspended circummandibular wire fixation for mixed-dentition pediatric mandible fractures. Arch Otolaryngol Head Neck Surg., 1997; 123: p. 753-758
13. Семенов М.Г. Переломы нижней челюсти у детей, Из-ва "Человек", Санкт-Петербург, 2012, 36 с.
14. Demirdöver C., Şahin B., Ataseven M., Özkan H. ve diqer. Bir yıl içinde opere edilen 124 mandibula fraktürü olgusunun geriye dönük incelenmesi. Turk Plast Surg., 2009, 17(3): 145-148
15. Hardt N. The treatment of mandibular fractures in children. Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery, 1993; 21: p. 214-219
16. Leuin Sh., Frydendall E., Gao D., Chan K. Temporomandibular joint dysfunction after mandibular fracture in children. a 10-year review. Arch Otolaryngol Head Neck Surg., 2011; 137(1): p. 10-14
17. Tavares C., Allgayer S. Conservative orthodontic treatment for a patient with a unilateral condylar fracture. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 2012; 141(5): p. 75-84
18. Харитонов Д.Ю., Тихонов Е.В. Зависимость тяжести повреждения костей лица у детей от обстоятельств возникновения травмы // Вест. Новых Медицинских Технологий, 2014; 1: стр. 1-3
19. Kishore V., Gourab D., Shukla B., Kumar Sh. Pattern of pediatric mandibular fracture in central india Sumit Verma. IOSR, Journal of Dental and Medical Sciences. Vol. 14, Issue 12, Ver. V (Dec. 2015), p. 37-44
20. Aurélio S., Gonçalves A., Navarro C., Vieira E. et al. A six-year retrospective study of maxillofacial fractures from radiographic findings in Brazil. RFO, Passo Fundo, 2013; 18(1): p. 49-54
21. Deleyiannis F., Vecchione L., Martin B., Jiang Sh. et al. Open reduction and internal fixation of dislocated condylar fractures in children: Long term clinical and radiologic outcomes. Annals of plastic surgery, 2006; 57(5): p. 495-501
22. Gupta H., Pradhan R., Sinha V., Gupta S. et al. Management of mandibular fracture in a medically compromised pediatric patient. National Journal of Maxillofacial Surgery, 2010; 1: p. 139-142
23. Çelebioğlu S., Erbaş O., Şahin Ü., Civelek B. ve diger. Subkondiler mandibula kırıklarında açık reduksiya ve eriyebilir plak-vida ile tedavi. Türk Plast Rekonstr Est Cer Derg., 2006, 14(3): 159-163

Резюме

Перелом нижней челюсти у детей

Ч.Р. Рагимов, Э.М. Абдуллаев, Э.Т.Ахмедов

Лечение травм в челюстно-лицевой области является актуальной проблемой в современной стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Среди травм челюстно-лицевой области переломы нижней челюсти создают у пациентов психоэмоциональное напряжение и душевное потрясение. В отличие от взрослых переломы нижней челюсти создают большие сложности, так как в растущим организме травма оказывает негативное патологическое воздействие, и в тоже время непосредственное воздействие на зоны роста приводит к нарушениям развития. В тоже время своевременная диагностика и правильное лечение переломов нижней челюсти улучшает исход лечения. Несмотря на проведенные научно-исследовательские работы, не был произведен сравнительный анализ различных методов лечения, а также не разработана тактика лечения переломов нижней челюсти в зависимости от локализации перелома в различных возрастных группах. На сегоднешний день не разработан алгоритм лечения и диагностики переломов нижней челюсти у детей.

Summary

Pediatric mandibular fractures

Ch.R. Rahimov, E.M. Abdullayev, E.T.Ahmadov

The treatment of injuries in the maxillofacial area still the one of actual problems in modern dentistry and maxillofacial surgery. Among the injuries of the maxillofacial region, fractures of the mandible creats psycho-emotional stress and emotional distress in patients. Comparing to adults pediatric mandible fractures are more complicated, as if pathologically affects the growing organism. Early diagnosing and correct treatment of mandible fractures makes the treatment outcomes successful. Despite the fact that there is a lot of scientific researches. There was no comparing analysis of different treatment approaches. And there is no algorithm in treatment according to the fracture localization and according to the age group. In the present there is no treatment algorithm of pediatric fractures.

Daxil olub: 25.07 2018

HƏRBİ QULLUQÇULAR ARASINDA VƏRƏM XƏSTƏLİYİ ƏLEYHİNƏ PROFİLAKTİK TƏDBİRLƏRİN APARILMASININ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

S.B. Əhmədov[1], RX.Bayramov[2]

Silahlı Qüvvələrin Ağciyər Xəstəlikləri Hospitalı[1];
DİN Daxili Qoşunların Hərbi Hospitalı[2]

Açar sözlər: vərəm, hərbi qulluqçu, əksepidemik tədbirlər, sosial profilaktika

Ключевые слова: туберкулез,военнослужащие,противоэпидемический**,** мероприятия, социальная профилактика

Key words: tuberculosis,militaries,antiepidemic measures,social prophylaxis

Vərəm xroniki gedişli,klinik təzahürlərin dəyişkənliyi, müxtəlif üzvlərin ,xüsusən də tənəffüs orqanlarının zədələnməsi ilə səciyyələnən bütöv orqanizm xəstəliyidir.Vərəm xəstəliyi bir çox ölkələrdə xəstələnmə və ölüm hallarının əsas səbəblərindən biri olaraq qalır və bütün dünyada ictimai səhiyyənin böyük problemidir [1,2].

Ümumdünya səhiyyə təşkilatının (ÜST) verdiyi məlumata əsasən vərəm xəstəliyi dünyada ölüm hallarının doqquzuncu aparıcı səbəbi olub, 2016-cı ildə 10.4 mln. insanın vərəmlə xəstələnmə halları, QİÇS neqativ xəstələrin arasında 1.3 milyon ,QİÇS pozitiv xəstələr arasında 374 min vərəmlə ölüm halları qeydə alınmışdır və onlardan ən çox (45%) Cənubi-Şərqi Asiyanın payına düşür [3]. Bütün dünyada vərəmin epidemiologiyasında əsas risk faktorlarından biri vərəm mikobakteriyalarının (VMB) dərmanlara rezistentliyinin getdikcə artması və belə ştamların yayılması sayılır [4].

Çoxsaylı dərmanlara davamlı (ÇDD/ VM) xəstələnmə halları olan ölkələr Çin, Hindistan və Rusiya Federasiyasıdır(47%). 2015-ci ildə dünyada 580 min nəfər ÇDD/VM vərəm xəstəsi kimi qeydiyyata götürülsə də, onlardan 125 min (20%) nəfəri lazımi müalicəyə cəlb edilməmişdir. Bu xəstələrin

müalicəsindəki çatışmamazlıqlar 60%-halda 5 ölkənin payına düşür: Hindistan, Çin, Rusiya, İndoneziya və Nigeriya (ÜST, 2016**).** ÜST-nın verdiyi məlumata əsasən 2016-cı ildə Azərbaycan Respublikasında 2.4 min (hər 100 min əhaliyə 25) ÇDD/VM ilə xəstələnmə halı qeydə alınmışdır [3].

Ölkəmizdə vərəmlə əlaqədar epidemioloji vəziyyətin gərginləşməsi bir sıra faktorlarla əlaqəlidir:vərəmli xəstələrin gec aşkarlanması,xəstələrin qeyri- adekvat müalicə alması,xəstənin müalicəsinə ciddi nəzarətin olmaması və müalicənin yarımçıq kəsilməsi,vərəm xidmətində idarələrarası əlaqələrin zəif olması,qeyri-adekvat müalicə nəticəsində dərmana davamlılığın yaranması [4].

Müasir dövrdə vərəmin profilaktikası dedikdə, tibbi və sosial istiqamətlərdə aparılan tədbirlər kompleksi başa düşülür. Bunlar da çox yüksək qiymətləndirilir. Dünyanın aparıcı alimlərinin fikrinə görə ölkədə vərəmə görə epidemik vəziyyətin 80%-i sosial-iqtisadi, siyasi (əhalinin qidalanması, həyat şəraiti və iş, cəmiyyətdə stabillik, sülh və ya müharibənin olması, miqrasiya prosesləri, təbii fəlakətlər və qəzalar və s.), 20%-i isə səhiyyənin vəziyyəti, tibbin səviyyəsi, o cümlədən vərəm əleyhinə tədbirlərin payına düşür[5].

Vərəmlə mübarizə xəstələrin erkən və vaxtında aşkarlanması, onların tam müalicəsi, profilaktik tədbirlərin həyata keçirilməsi, əhali arasında sanitariya-maarifləndirici işlərin təşkili və aparılması nəticəsində mümkün olur [6,7,8]**.**

Vərəm xəstəliyinin yaranması və yayılması sosial-iqtisadi şəraitlə sıx əlaqəlidir.Hərbi münaqişələr və əhalinin yoxsulluğu;iqtisadi böhran,yaşayış şəraiti və qidalanmanın çatışmamazlığı,yaşayış və əmək şəraitinin qeyri-qənaətbəxş olması,əhalinin həddindən artıq sıxlığı əsas əhəmiyyət kəsb edir. Təhsil və mədəniyyət səviyyəsinin aşağı olmasının da mənfi rolu var. Xəstəlik çox zaman yeniyetmə və gənclərdə ilkin vərəm kompleksinin əmələ gəlməsi şəklində özünü göstərir [1,9].

Tarixən vərəm xəstəliyi həm sülh, həm də münaqişələr dövründə hərbi kollektivlər arasında yayılmış bir xəstəlik olmuşdur.Hərbi qulluçuların məhdud mühitlərdə yaşaması, yığcam məskunlaşması, sanitar-gigiyenik şəraitlərin eyniliyi, vərəm üçün endemik ərazilərdə yerləşdirilmə ehtimalı, təlim və əməliyyatlar zamanı stressli fəaliyyətlərin həyata keçirilməsi şəxsi heyət arasında vərəm xəstəliyinin ötürülmə riskini artıra bilən amillərdən bir neçəsidir. Bu da vərəm xəstəliyinin hərbi aktuallığını artırır. Hərbi qulluqçular arasında vərəm sönmüş köhnə ocaqların yenidən aktivləşməsi nəticəsində və ya gənc nəslin hərbi xidmətə çağırışları zamanı adaptasiya müddətində baş qaldıra bilər. Vərəm xəstəliyinin xüsusilə ağciyərdənkənar vərəmin vaxtında aşkarlanmasının çətinliyi VMB-nın yayılmasına, vərəmlə tək-tək və ya qrupşəkilli xəstələnməyə, vərəm xəstəliyinin epidemik alovlanmalarına gətirib çıxara bilər [10].

Vərəm xəstəliyi hərbi hissələrdə çoxsaylı xəstəlik ocaqlarının yaranması təhlükəsi,şəxsi heyətin döyüş qabiliyyətinin itirilməsi,hərbi qulluqçuların səhhətinə görə hərbi xidmətə yararsızlıqla ordudan tərxis edilməsi ilə səciyyələnir.Açıq formalı vərəmli xəstələr infeksiyanın aktiv mənbəyidir.Belə xəstə ilə əsgər yataqxanasında,yeməkxanada,döyüş mövqelərində və s.təmasda olan bütün şəxsi heyət üçün yoluxma ehtimalı yüksəkdir.Odur ki,xəstəlik mənbəyinin vaxtında aşkar edilməsi və əksepidemik tədbirlərin kompleks şəkildə icrası müstəsna əhəmiyyət kəsb edir.Hərbi qulluğun birinci ilində gizli keçən vərəm prosesinin ordu həyatı şəraitində üzə çıxması,çəki defisiti və immunitet zəifliyi olan yeni xidmətə gələnlərin bu xəstəliyə daha çox meyilliliyindən doğur.Hərbi kollektivlərdə aktiv vərəm xəstəliyi aşkar edildikdə ,xəstəliyin əleyhinə yönəlmiş tibbi profilkatika və əksepidemik tədbirlər çərçivəsində şəxsi heyətin məskunlaşma,qidalanma,əmək və istirahət şəraiti diqqətlə öyrənilməli, müvafiq sağlamlaşdırıcı tədbirlər həyata keçirilməlidir. Bununla bağlı hərbi hissələrdə epidemioloji sayıqlıq tələb edən cəhət,ekstremal mühitdə,hərbi qulluğun birinci 3-6 ayı ərzində fiziki,mənəvi,psixi yükləmələrə cavab dezadaptasiya reaksiyası olaraq orqanizmdə ilkin vərəm ocaqlarının fəallaşması,infeksion prosesin kəskinləşməsinin müşahidə edilməsidir [1,11].

Vərəm əleyhinə profilaktik tədbirlərdən biri risk qruplarının müayinəsi aiddir.Hər bir ölkənin özünəməxsus risk qrupları vardır və onların tərkibi və xüsusiyyətləri zamanla dəyişir.Fəal vərəmin yaranma riski müharibə və ya iqtisadi böhran zamanı ilə müqayisədə nəzərəçarpacaq dərəcədə azdır.Risk qruplarına orduya yeni çağırılmış hərbiçilər də daxildir [12]. Nəzərə almaq lazımdır ki, hərbi xidmətdə intensiv fiziki gərginlik, qidalanmanın stereotipinin dəyişikliyi, kazarma şəraiti, psixo-emosional gərginlik, iqlim şəraitinin və coğrafi faktorların neqativ təsiri, səhra şəraitində döyüş hazırlığı, təlimlər və sairə kimi əlverşsiz amillərdən ibarətdir. Sadalanan faktorların uzun müddətli təsiri xroniki ekoloji–peşə gərginliyinə gətirib çıxarır. Bu da orqanizmin adapitasion reaksiyasının pozulmasına səbəb olur, immun sisteminin zəifləməsi və infeksion xəstəliklərə o cümlədən vərəm xəstəliyinə meyililiyi artırır.Vərəm infeksiyasının əsasən aerogen yolla ötürülməsi hərbi qulluqçulrın kompakt yerləşməsinə görə problemin aktualığını artırır. Buna görə də hərbi kollektivlərdə vərəm əleyhinə kompleks tədbirlərin aparılması, profilaktikası və infeksiyanın hərbi kollektivlərdə yayılmasının qarşısının alınması böyük əhəmiyyət kəsb edir [14,15].

Bu kimi tədbirlər hərbi qulluqçuların yaşayış, məişət, əmək şəraitinin və istirahət rejiminin yaxşılaşdırılması, tənəffüs orqanlarının xəstəliklərinin vaxtında aşkar edilməsi, qidalanmanın keyfiyyət və kəmiyyət nöqteyi nəzərdən yaxşılaşdırılması, idman və bədən tərbiyəsinin kütləvi şəkildə inkişaf etdirilməsi, və zərərli vərdişlərlə (siqaretçəkmə) mübarizə, sanitar və ekoloji normaların gözlənilməsi, sosial risk qrupları arasında vərəmin yayılmasının qarşısının alınması istiqamətinə yönəldilir [5].

Безносик Р.В., Гришин В.К., Савицкий Г.Г. apardıqları tədqiqatlar göstərmişdir ki, 60,6-67% hərbi qulluqçular 12 aya qədər, 31,9-32,1%, 6 aya qədər xidməti zamanı ağciyər vərəmi xəstəliyinə tutulma halları rast gəlinir. Bununla da 12 aylıq xidmətə keçməklə xəstəliyin 30-40% azalması ehtimalı haqda düşünməyə əsas var [16].

Hərbi kollektivlərdə planlı tədbirlərin vaxtında və keyfiyyətli yerinə yetirilməsi gələcəkdə vərəmlə xəstələnmə hallarını kəskin şəkildə azalmasına səbəb olur. Planlı tədbirlərə əsasən aşağıdakılar daxildir:

- Vərəmli xəstələrin erkən dövrdə aktiv aşkarlanması
- Vərəmlə xəstələnmə riski yüksək olan hərbi qulluqçulara tibbi nəzarət
- BCG –ilə revaksinasiya olunmuşlara nəzarət
- Çağrışlararası dövrdə vərəmli xəstələrin hərbi kollektivlərə daxil olmasının qarşısının alınması
- Xüsusi tapşırıqları yerinə yetirilməsi zamanı tibbi təchizat
- Qeydiyyat və hesabat əsasında vərəm əleyhinə görülən tədbirlərin effektivliliyinin təhlili
- Hərbi kollektivlərdə aktiv vərəm aşkar olunduqda vaxtında və keyfiyyətli əks-epidemik tədbirlərin aparılması. Erkən aşkarlanma, erkən diaqnostika və erkən rasional müalicə hesabına profilaktika vərəmlə effektiv mübarizədə əsas amillər olduğunu nəzərə alaraq vərəm ocaqlarının yaranma səbəblərinin elmi araşdırılmasına ehtiyac olmasını zəruri edir [13,17].

Hərbi hissələrdə də vərəm əleyhinə tədbirlər aparılmalıdır. Qarşıda duran əsas vəzifələr vərəmə şübhəli simptomları olan, vərəmə meyilli olan şəxslərin dinamik nəzarətə götürülməsi və hər bir vərəm halının aşkarlanması, hərbi hissələrdə aparılan əksepidemik tədbirlərin bir daha nəzərdən keçirilərək, nöqsanların aradan qaldırılmasını tələb edir. Əksepidemik tədbirlərin kompleks şəkildə aparılması, hərbi hissələrdə sanitar-epidemioloji vəziyyətin stabil saxlanmasını təmin edə bilər [14].

Hərbi kollektivlər arasında vərəm xəstəliyi ilə mübarizənin profilaktik tədbirləri üç əsas bölmədən ibarətdir:

1. Hərbi qulluqçular arasında vərəm xəstəliyinin birincili profilaktikası
2. Hərbi qulluqçular arasında vərəm xəstəliyinin ikincili profilaktikası
3. İnfeksion nəzarət

Hərbi qulluqçular arsında vərəm xəstəliyinin birincili profilaktikası

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının terminologiyasına görə sosial profilaktika (birincili profilaktika) "sağlamlığa təsir edə biləcək neqativ faktorların öncədən xəbər verilməsi, sağlamlığın qorunması və möhkəmləndirilməsi istiqamətində aparılan tədbirlər toplusu" kimi başa düşülür. Qoşunlarda hərbi qulluqçuların sağlamlığının qorunub saxlanması və möhkəmləndirilməsi istiqamətində sosial profilaktika rolunu komandanlığın daxili intizama nail olunması istiqamətinə yönəldilmiş fəaliyyəti, xidmət şərtlərinin, şəxsi heyətin yerləşdirilməsi, qidalanmasının yaxşılaşdırılması, idman və bədən tərbiyəsi oynayır. Bütün bunlar orqanizmin tənəffüs orqanları xəstəliklərinə qarşı müqavimətini artırır və bununla da vərəmin yaranma ehtimalını aşağı salır [5,18].

Vərəmli xəstələrin hərbi kollektivlərə nüfüz etməsinin qarşısının alınması;

- hərbi komissarlıqlarda çağrışa qədərki və çağrış dövründə gənclərin tibbi müayinəsi zamanı vərəmli xəstələrin aşkar edilməsi. Vaxtında aşkar olunmayan xəstələr, infeksiyanı hərbi kollektivlərdə asanlıqla yayır. Buna görə də Səfərbərlik və Hərbi Xidmətə Çağırış üzrə Dövlət Xidməti tərəfindən keyfiyyətli müayinələr aparılmalı və belə xəstələr "hərbi xidmətin girişində" aşkarlanmalıdır.
- vərəmli xəstələrin erkən dövrdə aktiv aşkarlanması , hərbi qulluqçuların müntəzəm hər 6 aydan bir profilaktik flüoroqrafik müayinədən keçirilməsi ağciyər vərəminin aktiv aşkara çıxarılmasına səbəb olur. Birlik və birləşmələrdə xidmətə yeni gəlmiş hərbi qulluqçuların genişləndirilmiş ilk tibbi müayinəsi,döş qəfəsinin flüoroqrafiyası və ezamiyyətdən və məzuniyyətdən hərbi hissəyə qayıtmış şəxslərin tibbi müayinədən keçirilməsi
- şəxsi heyətin məskunlaşdırılması , məişət şəraiti və qidalanmasında sanitariya-gigiyena tələblərinin gözlənilməsi
- hərbi qulluqçuların fiziki hazırlığının və orqanizmi möhkəmləndirmə tədbirlərinin düzgün təşkili.Yoluxmamış gənc əsgərlərdə vərəm xəstəliyinə qarşı immunitetin yaradılması
- hərbi hissəyə yeni gəlmiş bütün şəxsi heyətə tuberkulin sınağı (əks-göstəriş olan şəxslərdən başqa) ilk iki həftə müddətində yerinə yetirilməli və nəticələri tibb kitabçalarına qeyd olunmalıdır.Tuberkulinə

reaksiyası mənfi olan hərbi qulluqçular yerindəcə BCG (Bacillus Calmette –Guerin) ilə revaksinasiya olunur,reaksiyası müsbət olanlar revaksinasiya olunmur. Əsasən vərəm xəstəliyi ilə mübarizədə vaksinasiya üçün BCG istifadə olunur.BCG öküz tipli vərəm basillərdən (Mycobacterium bovis)hazırlanmış ,patogenliyi itmiş,virulentliyi zəiflədilmiş,vərəm əleyhinə diri vaksindir.Həmin basil xüsusi qidalı mühitdə yetişdirildiyinə görə insan üçün öz virulentliyini itirmişdir.Həmin vaksin vərəmə qarşı güclü və etibarlı vasitə sayılmır, çünki vaksinasiya olunmuş insanın vərəmə yoluxmaq və xəstələnmək ehtimalı qalır [5,19].BCG vərəm meningiti və vərəmin yayılmış formalarının rast gəlinmə tezliyini azaldır,ancaq vərəmin digər formaları ilə xəstələnmə və vərəm residivlərinin inkişafına az təsir göstərir[20].

Yuxarıda qeyd olunan səbəblərə əsasən BCG vaksinasiyasının vərəmin yayılmasına təsirini qiymətləndirmək çətindir. BCG vaksinasiyasından sonra vərəmin ağır formaları və ya letal nəticələr müşahidə olunarsa Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi 09 oktyabr 2003-cü il tarixli 133 saylı "Azərbaycan Respublikasında Vərəm əleyhinə tədbirlərin təkmilləşdirilməsi barədə" əmrinə uyğun olaraq tədbirlər görülür.[21]

- Son illərin vacib məsələlərindən biri də müqavilə əsasında xidmət edən hərbi qulluqçuların ərazi prinsiplərinə əsaslanaraq komplektləşdirilməsidir. Müqavilə əsasında xidmət edən hərbi qulluqçular öz yaşadığı ünvana yaxın məsafədə olması hərbi xidmətin şərtlərinə adaptasiyası, psixoloji stress, iqlim şəraitinin və coğrafi faktorların neqativ təsirlərinin aşağı olması ilə nəticələnir. Onu qeyd etmək lazımdır ki, məhz çağırışçıların adaptasiya prosesinin aşağı keçməsi, xüsusən də "yüksək risk qrupuna" daxil olan şəxslərin ağciyər vərəmi ilə xəstələnməsinə gətirib çıxarır[5].
- Şəxsi heyət arasında gigiyenik biliklərin təbliği.

Vərəm xəstəliyi üçün endemik olmayan zonalarda hərbi qulluqçular arasında kütləvi olaraq əsasən diaqnostik triada istifadə olunur:

1)Məlum olan xəstələrlə konktakta olanlara

2) Müsbət tuberkulin testi,diaskin testi, İGRA (qamma-interferon əsasında olan testlər)

3) vərəmin rentgenoloji əlamətləri [21].

Şübhəsiz ki, qoşunlarda vərəm xəstəliyi ilə bağlı bütün problemlərin öhdəsindən sosial profilaktika gələ bilməz. Hər il vərəm xəstələrinin 40%-i məhz xidmətdən əvvəl bu xəstəliyə tutulanlardır. Həmin xəstələr səhvən ordu sıralarına göndərilir və bir qismi dərin müayinələrdən sonra, digər qismi isə xidmət illəri ərzində aşkara çıxarılır [16].

Hərbi qulluqçular arasında vərəm xəstəliyinin ikincili profilaktikası

Vərəmlə xəstələnmə riski yüksək olan hərbi qulluqçuların dispanser müşahidəsinin aparılması;

- hərbi xidmətə çağrılana qədər keçirilmiş ağciyər xəstəliklərindən sonrakı qalıq əlamətləri olanlar,rentgenoqramlarda qranulomatoz dəyişikliklər,ağciyərlərində, plevra və ya döşdaxili limfatik düyünlərində dəyişiklikləri olanlar
- çağrışa qədərki son iki ildə və çağrış zamanı aktiv vərəmli xəstə ilə təmasda olanlar
- vərəmə şübhəli xəstəliyi olanlar (subfebril,residiv verən quru plevrit,tez-tez keçirilən respirator xəstəliklər,təkrarı pnevmoniyalar,xroniki bronxitlər və sairə)
- tuberkulinə hiperergik reaksiya göstərən hərbi qulluqçular kimyəvi proflaktikaya cəlb olunurlar və tuberkulinə yüksək həssaslığın səbəbindən araşdırılması üçün ftiziatırın məsləhətinə göndərilirlər. Tuberkulinə hiperergik reaksiyası və ya BCG peyvəndinə əks-göstərişi ,tuberkulin reaksiyasının virajı olanlar
- fiziki cəhətdən və ya qidalanması zəif olanlar, və zərərli vərdişləri olanlar (siqaretçəkmə) [23].

Passiv aşkarlanmanın yüksək səviyyədə tətbiqi üçün ilkin tibbi yardım mərhələsinə müraciət edənlər arasında risk qruplarının düzgün seçilməsi mühüm əhəmiyyət kəsb edir və bu seçim ftiziatriyanın aktual problemi olaraq qalır [24].

Kimyəvi profilaktika -preventiv terapiya yoluxmanın qarşısının alınmasıdır.Kimyəvi profilaktikanın (KP) əsas məqsədi latent infeksiyasının proqressivləşməsi və onun fəal xəstəlik formasına keçməsinin qarşısının alınmasıdır [13]. KP-yə başlamazdan əvvəl vərəmin fəal formasının inkar edilməsi üçün tam klinik, bakterioloji və rentgenoloji müayinənin aparılması mütləqdir. İzoniazidlə aparılan KP-nın 3-6 ay müddəti optimal sayılır [25,26,27,28]. İzoniazidə güman edilən rezistentlik hallarında rifampisinlə aparılan 4 aydan artıq olmayan müalicə alternativ rejim kimi qəbul oluna bilər.VM –nin dərmanlara qarşı həssaslığı təyin edildikdən sonra KP aparılmalıdır. KP vərəm mikobakterialarının dərmana həssaslığı nəzərə alınmaqla təyin edilir.VM-nin çoxsaylı dərman rezistentliyinə meyilliliyi olduğu hallarda KP aparılmır [13].

İn vivo və in vitro sınaqları yoluxmanın və vərəmin aktiv formasının inkişafının qarşısının alınmasında KP-nin yüksək effektivliyini göstərir [27,28] .Bəzi hallarda Mantu reaksiyası "mənfi" olan insanlara da KP

təyin edilir: vərəmli xəstə ilə təmas olanlara,yoluxma və infeksiya inkişafının risk faktorlarının olduğu hallarda.

VM-nın yüksək dərman rezistentliyi hallarında KP:

İzoniazidə qarşı rezistentlik olduqda kontakda olan insanlarda (şəxslərdə) həmin preparatla KP effektsizdir.Bu həm də VM-nin digər vərəm əleyhinə preparatlarına rezistent olduğu hallarda keçirilməlidir. Buna görə də VM-in dərman rezistentliyi haqqında məlumatlar mövcud hallarda KP üçün həssaslığı saxlanılan dərman preparatları istifadə edilməlidir.Əgər dərman rezistentliyi haqqında məlumat yoxdursa,asas rejim təyin edilir. ÇDD VM ilə vərəmli xəstələrlə təmasda olan insanlar şəxslər, yoluxma və gizli vərəm riski olanlar müntəzəm müşahidə ,müayinə edilməli, fəal vərəmin inkişaf etdiyi halda mütləq olaraq hospitalizasiya olunmalıdır.

ÇDD VM ilə təmasda olanlara müayinələr əsasən aşağıdakı qaydada aparılır:

- təmasdan tam 2 ay keçdikdən sonra Mantu sınağının aparılması.Vərəm ocaqlarında ocağın birinci müayinəsi zamanı.
- sonra -2 il ərzində hər 6 aydan bir Mantu sınağının aparılması
- mantu reaksiyası müsbət olduğu hallarda (viraj) 2 il ərzində hər 6 aydan bir klinik,bakterioloji və rentgenoloji müayinələr aparılır.
- rengenoqramalarda patoloji dəyişikliklər və bəlğəmin müayinəsində müsbət bakterioloji nəticələr olduğu halda ÇDD VM –li fəal vərəm xəstələrinə təcili kimyəvi terapiyanın başlanılması üçün əsas sayılır

İnfeksion nəzarət. İnfeksion nəzarət tədbirləri insanların uzun müddət yerləşdiyi otaqdaxili sahədə vərəmə yoluxmanın qarşısını alınmasından ibarətdir.Çox vacib olan faktı nəzərə almaq lazımdır ki,bakteriyanın ilkin ifraz müddətindən xəstəliyin başlamasına qədər ,adətən 2-3ay vaxt ötür. Bu müddət ərzində xəstəliyə həssas olan və xəstə ilə təmasda olan insanlar ,hətta hər hansı profilaktik tədbirədək çatdırmayaraq , xəstəliyə artıq yoluxurlar.Buna görə də, vərəmli xəstələrin izolyasiyası VM ilə yoluxmuş və vərəmin sonradan inkişaf edən aktiv formasının olduğu insanların sayını azaltmır.

İnfeksion nəzarət üzrə tədbirlərin əsas məqsədini fərqləndirmək lazımdır:

- Vərəmli xəstələrdən sağlam insanlara vərəmin yoluxmasının qarşısının alınması
- Vərəmli xəstələr arasında vərəm mikobakteriyasının dərmanlara rezistent formalarının ötürülməsinin qarşısının alınması.

İnfeksion nəzarətin əsas tədbirləri əsasən aşağıdakılardır:

İnzibati tədbirlər

- Müalicə müəssisələrinin daxilində yüksək yoluxma riski daşıyan zonaların müəyyən edilməsi (YYRZ)
- hospitalizasiyaya ehtiyacı olanların müalicəsinin bir nəfərlik infeksion boks tipli palatalarda aparılması
- xəstə növü (ilkin aşkar olunmuş ,əvvəllər müalicə alanlar) və VM –nin dərman rezistentliyə əsaslanaraq vərəm müəssəsinin daxilində profillərə ayrılması

Texniki tədbirlər:

- Otaqların və YYRZ –nin təbii ventilyasiyasından effektiv istifadəsi
- YYRZ –də mexaniki ventilyasiyanın quraşdırılması
- YYRZ-nin havanın ultra –bənövşəyi şüalandırılması üçün lazım olan avadanlıqla təmin edilməsi

Fərdi tədbirlər:

- Tibbi personalın xüsusi respiratorlardan istifadə etməsi(PFR95,N 95)
- Xəstələrin cərrahi maskalardan istifadə etməsi [13].

İnfeksion nəzarət tədbirləri 4 səviyyədə aparılır-idarə,inzibati,ətraf mühitin vəziyyətinə nəzarət səviyyəsində (texniki nəzarət) və tənəffüs orqanlarının fərdi mühafizəsi səviyyəsində [29]. Son illər vərəm törədicisinin nozokomial transmissiyası hallarına daha çox diqqət yetirilir.Molekulyar-genetik araşdırmalar vərəm şöbələrində müalicədə olan pasiyentlərin çoxsaylı çarpaz yoluxma hallarını, elecə də çoxsaylı dərmana davamlı vərəmə (ÇDD-VM) yoluxma hallarını təsdiqləyir. Müalicəyə başlayan zaman birinci və ikinci sıra dərmanlara həssas vərəmli xəstələrin hospitaldaxili dərmanlara davamlı vərəm mikobakriaları ilə yoluxmasıdır.Epidemiyaya qarşı tədbirlər-infeksiyaya xəstəxanadaxili yoluxma ilə mübarizəyə yönəlmiş tədbirlərdir.Vərəm müəssisələrinə hospitalizasiyaya həm ilk dəfə aşkarlanmış vərəmli xəstələr ,həm də xroniki vərəm xəstələrin çoxu məruz qalır. Başqa sözlə uzun müddət ərzində eyni palatada hər bir yeni aşkarlanmış xəstənin yanında əvvələr vərəmdən müalicə almış ən azı bir xəstə olur. VMB-nın dərmana davamlılığı (DD) səviyyəsi əvvələr müalicə almışlar arasında ilk dəfə aşkarlanmışlardan 2-3 dəfə yüksəkdir.Bu səbəbdən ,vərəm müəssisələri daxilində intensiv şəkildə yoluxma prosesi və müvafiq olaraq, DD-nın formalaşması gedir.Buna görə ,vərəm xəstələrinin VMB-nın DD ştamları ilə xəstəxanadaxili yoluxması ilə mübarizədə infeksion nəzarət böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Vərəm infeksiyasının xəstəxanadaxili yayılma yollar

- Xəstə -tibb işçisi
- Patoloji material-tibb işçisi
- Xəstə-xəstə

Xəstəxanadaxili transmissiyanın ən təhlükəli yolu-tibb işçisinin xəstədən yoluxması və patoloji materialla iş zamanı professional yoluxma riskidir. [29].

Hərbi kollektivlərdə aktiv vərəm xəstəliyi aşkar olunduqda aşağıdakı tədbirlər həyata kecirilir:

- hərbi qulluqçu təcili izolyasiya olunur və müalicə üçün hospitalizasiya olunur :
- ocağın epidemioloji müayinəsi
- ocaqda cari və yekun dezinfeksiya tədbirləri
- vərəm xəstəliyinin profilaktikasına dair şəxsi heyətlə sanitariya maarifi işi aparılması.

Ocağın epidemioloji müayinəsi

-xəstəlik mənbəyinin müəyyənləşdirmək üçün xəstə ilə məqsədli sorğu aparmaq, epidemioloji anamnez toplamaq və yoluxma mənbəyi ola biləcək şəxslərin aşkara çıxarılması

- vərəm infeksiyanın yayılmasına təsir edən şəraitin və yoluxdurucu amilləri araşdırılması

-vərəm ocaqlarında xəstələnmiş şəxslə yaxın kontakların müəyyənləşdirilməsi (o cümlədən hərbi kollektivlərdən kənarda) və müvafiq siyahı tərtib etmək.

-kimyəvi profilaktikaya ehtiyacı olan hərbi qulluqçuların müəyyən edilməsi

-vərəm ocaqlarında kontakların və risk qruplarının müayinəsi üçün alqoritm sxemi tərtib edilir.

Ocaqda yoluxma mənbəyi olan VM ifraz edən xəstədə vərəm mikobakterialarının vərəm əleyhinə dərmanlara həssaslığının müayinə edilir.Ocaqda olan bütün şəxslərin ilkin müayinəsi tuberkulin sınaqları ilə başlayır.Aktiv vərəm istisna etmək məqsədi ilə mantu reaksiyası"müsbət"olan insanlarda rentgenoloji müayinələr aparılır.Aktiv vərəm prosesi müəyyən edilmiş xəstə ilə kontaktda olmuş "mənfi" mantu reaksiyası olan şəxslərə təkrar tuberkulin sınaqları hər 6 aydan bir aparılmalıdır və 1 il müddətində davam etdirilməlidir [5,13].

Ocağın epidemioloji müayinənin nəticələrinə görə yoluxucu xəstəliyin epidemioloji müayinə kartı tərtib olunur.Epidemik müayinənin materiallarına əsaslanaraq vərəm xəstəliyinin yayılması və köhnə vərəmin aktivləşməsinin qarşısını almaq üçün konkret tədbirlər görülür.Hərbi kollektivlərdə aktiv ağciyər vərərmi aşkar olunarsa vərəm əleyhinə görülən bütün tədbirlər araşdırılmalıdır. Bu zaman hərbi kollektivlərdə spesifik profilaktikanın aparılması, vərəmli xəstələrin aktiv aşkar olunması ilə yanaşı şəxsi heyətin yerləşdiyi şəraiti, onların qidalanması və peşə zərərləri aydınlaşdırılmalıdır.Epidemioloji müayinə mərhələsində başa çatmayan tapşırıqlar kontaktda olanlara nəzarət prosesində davam etdirilir

Ocaqda dezinfeksiya tədbirləri. Cari dezinfeksiya izolyatorda və təxliyəyə qədər xəstə saxlanılan otaqlarda aparılır (kazarmada, yeməkxanada, vərəmli xəstə olduğu izolyatorda). Xəstənin hospitalizasiyasına qədər yerləşdiyi otaqda yekun dezinfeksiya işləri [13].

Beləliklə araşdırılan ədəbiyyat mənbələrindən bəlli olur ki ,hərbi qulluqçular arasında vərəm əleyhinə aparılan profilaktik tədbirlərin effektiv aparılması: ilk növbədə çağırışlar zamanı hərbi kollektivlərə vərəmli xəstələrin qəbul edilməsinə yol verməməlidir.Vərəmlə xəstələnmə ehtimalı yüksək olan şəxslərin qrup şəklində seçilməsi.Müddətli hərbi qulluğa yenigəlmişlər ilk 2 həftə ərzində tibbi və flyuoroqrafik müayinələrdən keçməli,Mantu sınağı qoyulmalı,tuberkulinə qarşı mənfi və şübhəli reaksiya olan şəxslərdə BCG ilə revaksinasiya aparılmalıdır. Sonraki hərbi qulluq müddətində ildə iki dəfədən az olmayaraq müayinələri təkrarlamaq lazımdır.

Vərəm ocaqlarında intensiv iş aparılması, kontakt və risk qruplarının müayinə

- hərbi xidmət müddətində xəstələnənlər erkən aşkarlanmalı və müalicəyə cəlb olunmalıdır
- latent formaların diaqnostikası və onların müalicəsi

-xəstəxanadaxili çarpaz infeksiyanın qarşısının alınması [17,30].

Nəticə. Hərbi qulluqçular arasında vərəm problemi müasir dövrdə də aktual olaraq qalır.İlk növbədə hərbi hissələrə vərəmli xəstələrin daxil olunmasının qarşısı alınmalı,hərbi xidmət müddətində xəstələnənlər aktiv şəkildə aşkarlanmalı,sağlam səxslərin yoluxmasının qarşısını almaq üçün tədbirlər həyata keçirilməlidir.Hərbi hissələrdə vərəm xəstəliyi üzrə sanitar-epidemiloji salamatlığa vərəməleyhinə tədbirlərin kompleks şəkildə icrasi nəticəsində nail olmaq olar.

ƏDƏBİYYAT

1.Hərbi epidemiologiya (dərs vəsaiti). Bakı, 2004, s.245-247

2.Реализация стратегии ВОЗ Остановить туберкулез. Справочник для национальных программ борбы с туберкулезом. 2008, с.3

3.Word Health Organization Global Tuberculosis Report, 2016; WHO/Global Tuberculosis Report, 2017

4.Vərəm əleyhinə tədbirlərin həyata keçirilməsində iştirak edən tibb işçilərin üçün rəhbərlik. Bakı. 2013, 11s.

5. Мучаидзе Р.Д., Данцев В.В., Шитов Ю.Н. Социальная профилактика туберкулёза в вооружённых силах Российской Федерации // Туберкулез и болезни легких,.2015, №3, с.6-9

6.Cicchese J.M., Pienaar E., Kirschner D.E., Linderman J.J. Applying optimization algorithms to tuberculosis antibiotic treatment regimens // Cell Mol Bioeng., 2017, v.10(6), p.523-535

7. Kaur D., Mathew S., Nair C.G.S., Begum A. Structure based drug discovery for designing leads for the non-toxic metabolic targets in multi drug resistant Mycobacterium tuberculosis // J Transl Med. 2017, v.15(1), p.261

8.Leung C.C., Chee C.B.E., Zhang Y. Tuberculosis updates 2018: Innovations and developments to end TB // Respirology, 2017, Dec 21

9. Перельман М.И., Богадельникова И.В. Фтизиатрия. М., 2013, с.42.

10. Bloom B.R., Murray C.J. Tuberculosis commentary on a re-emergent killer // Science. 1992, v. 257, p. 1055-1064

11.Azərbaycan Respublikası Silahlı Qüvvələrində vərəm əleyhinə profilaktik və əksepidemik tədbirlər.2014, s.26-27

12.Vərəm xəstələrinin aşkarlanması üzrə klinik protokol. Bakı, 2010, s.23-24

13.Vərəmin profilaktikası üzrə klinik protokol. Bakı, 2012, s.7

14.Организация и проведение противотуберкулёзных мероприятий в Вооружонных Силах Республики Беларусь. Фёдоров С.Е., Кривонос П.С. 432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр Вооружонных Сил Республики Беларусь, Минск, Беларусь. Беларусский государственный медицинский университет, 2018, с.116

15. Данцев В.В., Карпущенко В.Г., Болехан В.Н.и др. Направления совершенствования профилактическойработы в группе военнослужащих с повышенным риском заболевания туберкулезом // Вестник российкой военно-медицинской академии, 2016, с.100

16. Безносик Р.В., Гришин В.К., Савицкий Г.Г. Заболеваемость туберкулёзом военнослужащих по призыву в современных условиях // Воен.-мед. журн., 2012, №3, с.3-9

17. Rəhmanov N.Ə, Məmmədbəyov E.N.ƏN Pentensiar xidmət müəssisələrində azadlıqdan məhrum edilmiş şəxslər arasında vərəmin müayinə və müalicə metodlarinin təkmilləşdirlməsi. Bakı, 2012

18. Противотуберкулёзная помощ населению. Глоссарий, ВОЗ, 2003, с.152

19. National Collaborating Centre for Chronic Conditions.Tuberculosis: clinical diagnosis and management of tuberculosis and measures for its prevention and control-London / Royal College of Physicians, 2006 p.117

20. BCG Vaccine WHO position paper// Weekly epidemiological record, 2004, No4, v.79, p.27-36

21. Qədirova Z.Ş Uşaqlarda vərəmin diaqnostikasına aid bəzi məsələlər / Vərəm və ağciyər xəstəlikləri üzrə VI elmi-praktik konfrans "tezislər toplusu" B., 2013, s.43

22. Şıxəliyev Y.Ş., Məmmədbəyov E.N., Qurbanov M.A. və b. Passiv aşkarlanma metodu vasitəsi ilə vərəmin aşkar edilməsinin tuberkulin sınağının infeksion allergiya formalarının səviyyəsinə təsiri / Vərəm və ağciyər xəstəlikləri üzrə VI elmi-praktik konfrans "tezislər toplusu". B., 2013, s.12

23. Qoşunlarda vərəm xəstəliyi əleyhinə tədbirlər. B., 2002, s.185-186

24. Şıxəliyev Y.Ş,Məmmədbəyov E.N,Kazımova L.H,Şıxlinskaya M.A. Vərəm xəstəlyinin müalicəsinin effektliyinə sosial faktorların təsiri / Vərəm və ağciyər xəstəlikləri üzrə VI elmi-praktik konfrans "tezislər toplusu" B., 2013, s.9

25. American Thoracic Society,Centers for Disease Control and Prevention:Targeted tuberculin testing and treatment of latent tuberculosisinfection) // Am J RespirCrit Care Med., 2000, v.161(4pt2), p.31

26. Comstock G.W. Howmuch isoniazid is needed for prevention of tuberculosis among immunocompetent adults? // Int J Tuberc Lung Dis., 1999, v.3 (10), p.847-850

27.Lobue P., Mensiez D. Treatment of latent tuberculosis infection : // Respirology 2010, v.15(4), p.603-22 28.Smieja M.J., Marchetti C.A., Cook D.J., Smaill F.M. Isoniazid for preventing tuberculosis in non-HIV INFECTED PERSONS // Cochrane Database Syst Rev, 2000, v.2

29. Məmmədbəyov E.N., Axundova İ.M., Musayev Ə.A. və b. Vərəm əleyhinə müəssisələrdə epidemioloji tələblərə dair qaydalar. Bakı 2013.

30.Oğuzhan Okutan, Zafer Kartaloğlu, Ahmet İlvan, Hayati Bilgiç Akciğer tüberkülozlu hastaların asker hastanelerde izlenmesindeki sorunlar // Gülhane Tıp Dergisi, 2003, v.45(4)

Резюме

Особенности ведения профилактических мероприятий против туберкулеза среди военнослужащих

С.Б.Ахмедов, Р.Х.Байрамов

Проблема туберкулеза среди военнослужащих остается актуальной в современную эпоху. Во-первых, следует избегать включения туберкулеза в воинские части, пациентов следует активно обнаруживать во время военной службы, необходимо принимать меры для предотвращения инфицирования здоровых лиц. В военных подразделениях санитарно- эпидемиологическое благополучие по туберкулезной болезни может быть достигнуто в результате комплексной реализации мер по борьбе с туберкулезом.

Summary

Features of conducting preventive measures against tuberculosis among military personnel

S. B. Ahmedov, R. Kh. Bayramov

Tuberculosis problem among military remains topical in the modern era. First of all, it should be avoided to include tuberculosis in military units, patients should be actively detected during military service, measures should be taken to prevent the infection of healthy individuals. In the military units sanitary-epidemiologic health can be achieved as a result if complex implementation of anti tuberculosis measures.

Daxil olub: 05.07 2018

ОДОНТИЧЕСКАЯ МИКРОСИСТЕМА И ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

П.Б. Рустамова, Р.Ф. Тахмазов, И.Б. Абасова, А.К. Рустамов

Научный центр хирургии им. акад. М.А.Топчибашева;
Азербайджанский медицинский университет;
Центр Общественного Здравоохранения и Реформирования Минздрава Азербайджанской Республики

Açar sözlər: odontik mirkosistem, immun sistem, diş toxumaları, iridodiaqnostika
Ключевые слова: одонтическая микросистема, иммунная система, ткани зубов, иридодиагностика
Key words: odontic microsystem, immune system, dental tissue, iridology

Кариес и хронический генерализованный пародонтит (ХГП) относятся к числу наиболее распространенных стоматологических заболеваний, которые характеризуются рецидивирующим течением и существенно снижают качество жизни пациентов [1].

По мнению ряда исследователей, кариес и его осложнения, являясь потенциальными очагами инфекции, интоксикации и сенсибилизации организма, становятся причиной возникновения хронических заболеваний внутренних органов, опорно-двигательного аппарата. Другие авторы отмечают высокое поражение слизистой оболочки полости рта, развитие острых форм кариеса зубов и заболеваний тканей пародонта при ряде соматических, системных заболеваниях вследствие нарушения иммунной резистентности организма [2,3,4,5,6].

Высокая медико-социальная значимость данных стоматологических заболеваний обусловлена также их вкладом в развитие метаболического синдрома, гипертонической болезни и ишемии сердца, занимающие важные позиции в структуре инвалидизации и смертности населения [7,8].

Различные патологии, как полости рта, так и внутренних органов, рассматриваются в Восточной медицине (ВМ) во взаимосвязи с различными нарушениями межсистемного энергоообмена в организме, осуществляемого по меридианам. На основании данной взаимосвязи, Voll R. и Dale R. [9,10,11] разработали одонтическую микросистему, в которой зубы верхней отображают ритм обмена энергии в организме, а зубы нижней челюсти- состояние самих органов.

Согласно одонтической микросистемы (ОМС), патологии зубочелюстной системы и внутренних органов являются взаимосвязанными с нарушениями энергообмена между основными меридианами. Применение комплексного лечения с использованием зубо-органной взаимосвязи в

стоматологической практике можно удостовериться в эффективности именно такого подхода к лечению пациентов, зачастую не подозревающих о глубоких нарушениях, происходящих во внутренних органах и связанных с ними процессов деминерализации твердых тканей зубов и заболеваний тканей пародонта [5,12,13,14,15].

Цель исследования. Учитывая вышеизложенное, основной ЦЕЛЬЮ нашего исследования явилось изучение эффективности применения данной микросистемы как действенной для достижения оптимальных результатов лечения и профилактики у больных кариеса и пародонтита.

Материалы и методы исследования. В наших исследованиях, у 132 пациентов (мужчин 72 и женщин 60), средний возраст которых составил 25,5±0,74 лет, изучены показатели интенсивности поражения зубов кариесом, состояние тканей пародонта, энергообмена в меридианах органов, а также гемодинамические изменения в крупных сосудах, сопровождающих меридианы и состояние органов, входящих в зоны действия меридиан.

Состояние твердых тканей зубов- интенсивность кариеса определяли с помощью индекса КПУ (К - кариозные, П- пломбированные, У - удаленные зубы). Состояние тканей пародонта у всех обследованных определяли с помощью индекса CPITN (Community Periodontal Index of the Treatment Needs – protocol for oral health Assessment form, Simplified, 1988), а гигиена полости рта – по упрощенному гигиеническому индексу (OHI-S) по Green J.C., Vermillion J.R. Глубина пародонтальных карманов оценивалась в мм, устанавливалась степень подвижности зубов, проводилась внутриротовая рентгенография и ортопантомография зубочелюстной системы больных.

В соответствие с целью исследования больные были распределены на 3 группы по степени интенсивности кариеса зубов и заболеваний тканей пародонта: I группу составили 44 пациентов с деминерализацией зубов и здоровым пародонтом; II группу– 44 с кариесом зубов и хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) легкой степени; в III группу входили 44 пациентов с кариесом зубов и ХГП средней тяжести. В контрольную группу для сравнения вошли 30 клинических соматически и стоматологически здоровых пациентов, у которых по результатам обследования состояния зубов выявлена нулевая степень активности кариеса, отсутствие дефекта зубного ряда и наличие здоровых тканей пародонта (CPITN=0).

Для достижения устойчивых результатов лечения наиболее важным является установление донозологического диагноза, которое возможно применением усовершенствованных методов экспресс-диагностики ВМ, таких как пульсовая, акупунктура, аурикулодиагностика, иридодиагностика, достоверность информативности которых может быть доказана широкодоступными современными диагностическими методами, такими как УЗИ, ЭКГ, рентгенологическое исследование и т.д..

Во всех трех группах, согласно схеме одонтической микросистемы, определяли принадлежность подверженных кариесу и его осложнениям зубов меридианам органов, и зоны влияния меридиан на внутренние органы; регистрировали состояние энергообмена в меридианах методами электропунктуры. Для выявления функционального состояния конкретного органа, связанного с определенным меридианом проводили исследования активных точек (АТ) органов, сосредоточенных на ушной раковине аурикулодиагностикой и по схеме проекционных зон органов на радужке-иридодиагностикой. Подтверждения предварительно полученных данных устанавливались клиническими (УЗИ, ЭКГ, рентген) и биохимическими методами исследований. Состояние гемодинамики сосудов, сопровождающих меридианы, изучали методами ультразвуковой допплерографии (УДИ), фотоэлектроплетизмографии (ФЭПГ), реовазографии (РВГ).

Таблица

Распределение пациентов по группам с указанием средней величины индекса OHI-S и КПУ

Группы	Всего n=132	OHI-S		КПУ	
		амбулаторных пациентов	Стационар-ных больных	амбулаторных пациентов	стационарных больных
I	44	1,0±0,1	1,3±0,09	6,9±2,2	9,8±2,8.
II	44	1,2±0,1	1,6 ±0,12	11,6±3,7	13,6±4,3
III	44	1,5±0,1	1,8 ±0,12	15,0±4,5	16,5±4,9

Примечание: уровень значимости $p<0,01$

Результаты и обсуждения. Для достоверности, полученные у пациентов результаты исследований с заболеваниями зубочелюстной системы, сопоставлялись с таковыми пациентов контрольной группы и больных в стационаре. Распределение пациентов по группам с указанием средней величины индексов OHI-S и КПУ пациентов амбулаторных и больных в стационаре с идентичной патологией представлены в таблице.

Исследованиями активных точек меридиан пациентов контрольной группы методом электропунктуры, проводимыми строго по анатомическим ориентирам, существенных нарушений энергообмена в меридианах не было установлено. При изучении гемодинамики у пациентов этой группы по ходу сосудов, нарушения проходимости плечеголовного артериального ствола и вен не было обнаружено: обеспечен оптимальный капиллярный кровоток, развилка общей сонной артерии хорошая. Пульсовая волна кровенаполнения имеет все основные компоненты: крутой систолический подъем от нулевой линии до максимума, нисходящая часть с характерным медленным спуском с дикротической волной, показатель насыщения крови кислородом – SO2 в пределах нормы (95–98%). УЗИ внутренних органов в данной группе существенных патологий не выявлено.

По сравнению с группой сравнения, у стоматологических пациентов первой группы интенсивность кариеса зубов составила 6,9±2,2 по индексу КПУ, OHI-S=1,0±0,1. При рентгенографии в межзубных перегородках изменений не обнаружено. Установлена ранняя подверженность кариозному процессу с характерной симметричной деминерализацией 14 15 24 25 36 27 46 47 зубов, входящих по одонтической микросистеме в зону действия меридиан легких и толстой кишки (mm. P-GI). Методом электропунктуры выявлено нарушение энергообмена в этих меридианах.

Методом УДИ по ходу сосудов у 19 из 44 пациентов I группы установлено, что кровоток плечеголовного ствола магистрального типа; проходимость артериального кровотока верхних конечностей (в подключичной, подкрыльцовой, плечевой, лучевой, локтевой артериях справа и слева) не нарушена, однако в дистальных отделах прослеживается спастически слабое и фрагментарное заполнение. У остальных 25 пациентов установлен двусторонний вторичный ангиоспазм плечеголовного ствола, лучевой артерии левой и правой верхней конечности, проявляющийся во фрагментарности магистрального кровотока; при RVG выявлена спастическая деформация линий; показатель насыщения крови кислородом SO2, в среднем, в I группе составил 90%. По результатам УДИ выявлено, что у 6 пациентов со здоровыми тканями пародонта (CPITN=0) и деминерализацией 14 15 24 25 36 37 46 47 зубов, координируемых mm.P-GI, выявлены вышеуказанные патологии в артериальной системе, а у 38 пациентов из I группы, также как и пациентов двух последующих групп, имели место как артериальные, так и венозные нарушения.

Следуя одонтической микросистеме, mm. P-GI поддерживают нормальное функционирование и целостность респираторных органов, толстой кишки. Проведенные клинические обследования этих пациентов выявили у 15 из них усиленный бронхо-сосудистый рисунок, остаточную бронхопневмонию у 5, хронический гайморит у 4, колиты, гастриты у 18 и увеличение щитовидной железы у 2.

Обследование состояния полости рта у клинических больных уже с утвержденными диагнозами патологий внутренних органов, в связи с чем, получающих направленное лечение, показало, что у больных в стационаре с диагнозами бронхита, плеврита, пневмонии, гастрита и др. с кариесом 14 15 24 25 36 37 46 47 зубов были регистрированы изменения энергообмена в меридианах легких-толстой кишки (mm. P-GI), а также в меридианах желудка-панкреаса-селезенки (mm. E-RP). Однако, средний индекс КПУ, по сравнению с пациентами I группы, оказался выше и составил 9,8 $\pm$ 2,8, OHI-S=1,3±0,09.

Частота поражения кариесом 36 46 37 47 зубов объясняется и ранним сроком их прорезывания, следовательно, преждевременной изношенностью, частыми заболеваниями респираторных органов, снижением показателя насыщения крови кислородом, изначально артериальными, а затем и артерио-венозными нарушениями гемодинамики сосудов, сопровождающих mm. P-GI.

Входящие во II группу пациенты отличались интенсивным кариесом 14 15 24 25 36 37 46 47, входящих в зоны действия меридиан легких-толстой кишки (mm. P-GI), 16 17 26 27 34 35 44 45 зубов, координируемых меридианами желудка-панкреаса-селезенки (mm. E-RP), 18 28 38 48 – меридианами сердца-тонкой кишки (mm. C-IG), 11, 12, 21, 22, 31, 32, 41, 42 – меридианами почек-мочевого пузыря (mm. R-V) зубов и ХГП легкой степени. Средний показатель КПУ у стоматологических пациентов был 11,6±3,7, а у стационарных больных составил 13,6±4,3. На ортопантомограммах отмечалась начальная степень деструкции кости межзубных промежутков,

незначительное снижение высоты перегородок менее 1/3 длины корня, глубина пародонтальных карманов до 4 мм, у пациентов OHI-S=1,2±0,1, у больных OHI-S=1,6±0,12, что свидетельствовало о посредственном состоянии гигиены полости рта. При УДИ выявлен атеросклеротический процесс легкой степени, ангиоспазм плече-головного ствола, в артериальной системе отмечалось вторичное спастическое состояние, фрагментарное спазмирование магистрального кровотока, спастическое состояние по передней берцовой артерии. В венозной системе отмечалось уменьшение компрессивности, утолщение стенок, слабое и фрагментарное окрашивание просветов. При RVG регистрировано расширение диастолического плато. Показатель SO2= 87%. Были выявлены нарушения энергообмена в меридианах, патологии желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы, яичников, входящих в зону действия меридианов желудка-панкреаса-селезенки (mm.E-RP), моче-половой системы, входящие в зону меридианов почек-мочевого пузыря (mm. R-V), сердечно-сосудистой и нервной систем, координируемые меридианами сердца-тонкой кишки (mm. C-IG).

В III группе у всех амбулаторных и стационарных больных с ХГП средней тяжести отмечали деструкцию кости межзубных промежутков до 5 мм с атрофией костной ткани альвеолярного отростка, снижением высоты межальвеолярных перегородок на 1/2, расширением периодонтальной щели, патологической подвижностью зубов I-II степени, их смещением и наличием травматической окклюзии. Среднее значение КПУ пациентов был 15,0±4,5 а у больных в стационаре 16,5±4,9. У пациентов этой группы вовлечены в патологический процесс зубы, координируемые mm. P-GI, E-RP, C-IG, R-V, mm.F-VB. Болезненность и частая кровоточивость десен отмечена почти у всех больных со средней тяжестью заболевания, а в 30% случаев- легкой. Из интегральных показателей пародонтальный индекс CPITN при легкой степени заболевания редко превышал 1,0, а при средней – чаще был в пределах 2-4. У осмотренных пациентов с ХГП средней тяжести в 86% случаев свидетельствовал о плохой гигиене полости рта и составил у амбулаторных – OHI-S=1,5±0,1, у стационарных – OHI-S= 1,8 ±0,12.

Результаты проводимых нами исследований показали, что у больных с ХГП средней тяжести интенсивность кариеса с более выраженным воспалительно-деструктивным процессом в тканях пародонта, протекает активнее на фоне хронических заболеваний внутренних органов. При УДИ наблюдалось значительное снижение амплитуды пульсовых волн: снижение восходящей части систолической волны с появлением добавочных волн, отмечалось систолическое плато, а также снижение крутизны нисходящей части с образованием диастолического плато, наличием интегрированной пульсовой формы, связанной с артериосклерозом, сильными спазмами сосудов и стенозом артерии. Показатель насыщения крови кислородом – SO2=79-80%.

Подытоживая результаты клинических исследований, нами было установлено, что между патологиями зубочелюстной системы и внутренних органов прослеживается тесная связь, осуществляемая меридианами- каналами энергообмена. Таким образом, нами доказана эффективность применения ОМС как полноценного экспресс диагностического метода для раскрытия ранних функциональных отклонений внутренних органов, поддерживающих патологический процесс в полости рта. Комплексное использование экспресс диагностических методов восточной и современной медицины является одним из перспективных в отношении диагностики, профилактики и лечения заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. ВОЗ: Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века, 2013

2. Тахмазов Р.Ф. Теоретические и практические основы современной восточной медицины. Б.: «Ziya», «Нурлан», 2000, 608 с.

3. Шмидт Д.В., Шмагель К.В.. Мозговая Л.А., Беляева О.В. Состояние местного иммунитета у больных с хроническим генерализованным пародонтитом // Стоматология 2008, №4, с.33-38.

4. Афанасьев В.В., Муромцев А.В., Деркач Н.В. Состояние слюнных желез и слизистой оболочки полости рта у больных хроническим активным гепатитом // Стоматология, 2008, № 2, с.31-34.

5. Астахова М.И., Герасимова Л.П., Павлов В.Н. Электрометрические исследования твердых тканей зубов у больных с хроническими воспалительными заболеваниями почек // Стоматология, 2009, №2, с.20-22.

6. Бережной В.П., Гильмияров Э.М., Кретова И.Г., Гергель Н.И. Метаболические предпосылки развития стоматологической патологии при пневмонии» // Стоматология, 2003, № 2, с.25-28.

7. Брагин А.В. Индивидуально- типологические особенности системного кровообращения, физической работоспособности и регуляции сердечной деятельности у лиц с различной устойчивостью к заболеваниям пародонта // Стоматология, 2008, № 3, 2008, с.28-32.

8. Горбачева И.А. и др. Роль сердечнососудистой патологии в формировании воспалительно-дегенеративных заболеваниях пародонта // Пародонтология, 2008, №4, с.18-21.

9. Voll R. Electroacupuncture (EAV) Diagnosis and Treatment Results in Odontogenous Events //Amer.J.Acupun., 1981, v.9 (4), p.293-301.

10. Voll R. Verification of Acupuncture by Means of EAV // Am., 1978, v.1

11. Dale R.A. The intersecting (Jiao Hui) points and channels of acupuncture // Am.J. Acup., 1992, v.20, p.129-136.

12. Лепихина Е.А. Оценка местной иммунотерапии заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта у больных язвенной болезнью:Автореф. дис. канд. мед. наук. Пермь, 2004, 23 с.

13. Керимов Э.Э., Биннатов Р.С. Метаболические и структурные изменения тканей пародонта у больных гипотиреозом // Медицинские новости Грузии, 2009, №12, с.23-27.

14. Москвина Т.С. Эффективность лечения пародонтита у больных с нарушением функции щитовидной железы // Стоматология, 2001, №1, с.47-50.

15. Jajam M., Bozzolo P., Niklander S // Oral pathology in inflammatory bowel disease // J Clin Exp Dent. 2017, v.9(10), p.1242

Xülasə

Odontik mikrosistema və onun tibbi praktikada effektivliyi

R.V.Rüstəmova, R.F.Təhməzov, İ.A.Abasov, A.K.Rüstəmov

Ümumilikdə, orta yaş həddi 25,5±0,74 olan çoxsaylı karies, yüngül və orta dərəcəli periodintitli 132 xəstədə (72 kişi və 60 qadın) Voll R və R.Deyl tərəfindən işləanib hazırlanmış odontal mikrosistemdən istifadə etmkələ diş orqanları sisteminin patologiyası öyrənilmişdir. Müsair ekspress-diaqnostika metodları vasitəsilə müəyyən edilmişdir ki, kariesin intensivliyi və parodont toxumalarının xəstəliklərinin ağırlıq dərəcəsi enerji mübadiləsi pozuntuları, daxil orqanalrın patologiyaları ilə müşayiət olunur. Müəyyən edilmişdir ki, parodont toxumaları xəstəlikləri və kariesin həm profilaktikası,də müalicəsi üçün diş-çənə meridian-orqan-diş sisteminin dağılması informativ və effektiv hesab edilir.

Summary

Odontic Microsystem and its efficiency in medical practice

P.B. Rustamova, R.F. Takhmazov, I.B. Abasova, A.K.Rustamov

A total of 132 patients (72 men and 60 women) with an average age of 25.5± 0.74 years, diagnosed with multiple caries and periodontitis of mild to moderate severity by studying the pathology of the dental organ system using an odontic Microsystem developed by Voll R. and Dale R. [1-3]. With the help of modern express diagnostic methods it was established that the intensity of dental caries and the severity of periodontal tissue diseases proceed with disturbances in energy exchange in the meridians, changes in the hemodynamic of the vessels accompanying the meridians, and pathology of inner organs entering the meridian zone [4-6]. It has been established that both the prophylaxis and treatment of periodontal tissue and dental caries in order to prevent the further destruction of the tooth-jaw system, the meridian-organ-dental system is very informative and effective for identifying the concomitant foci of the disease.

Daxil olub: 11.07 2018

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ВЗРОСЛЫХ

М.Г.Алиев[1], Н.С.Алиаскерли[2], Л.И.Рустамова[3], И.И.Эрдоган[2]

Азербайджанский медицинский университет[1]; Университет «Одлар Юрду»[2]

Научно-исследовательский Институт медицинской профилактики им. В.Ю.Ахундова[3]

Açar sözlər: sitomeqalovirus infeksiyalar, IgM, IgG, Valsit

Ключевые слова: цитомегаловирусные инфекции, IgM, IgG, Вальцит

Key words: cytomegalovirus infections, IgM, IgG, Valcyte

Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о широком распространении и высокой активности герпес-вирусных инфекций в том числе и цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) во всех регионах земного шара [1,2,3]. Однако, как показывают данные ПЦР – исследований доля населения с активной инфекцией не так много [4,5,6]. В США и Турции при обследовании женщин, обращавшихся в медицинские учреждения ДНК герпес-вирусных инфекций обнаруживали соответственно в 10,7% и 2,1% [5,7]. В исследованиях урогенитальных мазков женщин, которые проходили кольпоскопическое обследование или при подозрении на наличие инфекции проводившихся в Австралии, Англии и Китае ДНК цитомегаловируса (ЦМВ) обнаруживали соответсвенно в 0,08,2 и 9,5% случаев [8,9,10]. По данным В.В.Демкина и соавт. при диагностировании инфицированности репродуктивной сферы женщин выявляемость ЦМВИ составляет в среднем 1,0% и систематический контроль объязательно должен проводится по отношению вируса простого герпеса и ЦМВ [11].

Вопрос терапии ЦМВИ по прежнему остается актуальным. Не смотря на внедрение широкого спектра антивирусных препаратов нового поколения, поиск наиболее эффективного и безопасного препарата антивирусного действия представляется весьма уместным [12,13,14].

Исходя из этого цель настоящей работы состоит из проведения оценки эффективности применения антивирусного препарата Вальцит в комплексном лечении активной цитомегаловирусной инфекции у женщин с урогенитальной патологией.

Материалы и методы исследования. Обследованию подверглись 75 больных с подтвержденной острой ЦМВ-инфекцией, лечившихся в Республиканском кожно-венерологическом диспансере г. Баку в 2017 году. Средний возраст больных 33,1±0,8 года, из обследованных больных мужчины составляли 24 (32,0%), женщины 51 (68,0%).

Диагноз «острой ЦМВИ» подтверждали с помощью определения специфических антител к антигенам ЦМВ (IgM CMV/ IgG CMV) методом иммуноферментного анализа (ИФА) и с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) для обнаружения ДНК ЦВМ в крови и в моче.

При наличии антител IgM CMV и отсутствии IgG CMV, либо наличии низкоавидных IgG CMV, а также ДНК вируса в крови и мочи диагностировали приобретенную острую ЦМВ – инфекцию.

Помимо этого всем пациентам исключали ряд клинически сходных инфекций, таких как вирусы простого герпеса I и II типов (ВПГ-инфекции).

Отсутствие IgM и высокая авидность выявленных IgG позволила исключить острое течение этих инфекций.

Все лабораторные показатели проведенных обследований обрабатывали методами вариационной статистики с оценкой достоверности различий сравниваемых показателей.

Оценка эффективности предложенного терапевтического подхода для лечения острой ЦМВИ у взрослых больных проводились в сравнении с традиционной схемой лечения острой ЦМВ-инфекции. В схему предложенного терапевтического подхода входило использование препарата Вальцит и иммуномодулятора Тактивин для лечения острой ЦМВИ. Вальцит назначался больным с подтвержденной ЦМВИ по 900 мг (2 табл. по 450 мг) 2 раза в сутки в течение 21 дня. Рекомендованная доза Тактивина (0,01%) подкожно 2 раза в неделью 10 недель.

Результаты и обсуждение. Оценка эффективности предложенного подхода к комплексному лечению острой ЦМВИ у взрослых проводилась в сравнении с традиционной терапией. Эффективность каждого терапевтического подхода оценивалась на основании следующих маркеров ЦМВ-инфекции:

1.Серологические маркеры острой ЦМВИ у взрослых до и после лечения;

2.Молекулярно-генетические маркеры острой ЦМВИ у взрослых до и после лечения.

В первом направлении проводилась оценка эффективности традиционной терапии острой ЦМВИ с

использованием традиционного антивирусного препарата Зовиракс для лечения острой ЦМВИ у взрослых. Результаты определения серологических маркеров у больных острой ЦМВИ до и после традиционной терапии острой ЦМВИ отражены в таблице 1.

Таблица 1
Результаты определения серологических маркеров острой ЦМВИ у взрослых получивших традиционную терапию

Серологические маркеры	До лечения		После лечения	
	Обследовано	Положительные (%)	Обследовано	Положительные (%)
IgM CMV	25	24 (96,0%)	25	2 (8,0)
IgG CMV	25	–	25	2 (80,0)
IgM IEA CMV	25		25	–
IgG IEA CMV	25	20 (80,0)	25	3 (12,0)

Как видно из таблицы 1, динамика выявления серологических маркеров острой ЦМВИ до и после проведения традиционной терапии отличалась. После лечения уровень специфических антител класса М достоверно понизился по сравнению с показателями больных до проводимого лечения.

На таблице 2 показаны результаты определения молекулярно-генетических маркеров острой ЦМВИ у взрослых до и после проведения лечения по традиционной схеме.

Таблица 2
Молекулярно-генетические результаты определения молекулярно-генетических маркеров острой ЦМВИ у взрослых получавших традиционную терапию

Серологические маркеры	До лечения		После лечения	
	Обследовано	Положительные(%)	Обследовано	Положительные (%)
DNA CMV крови	25	25 (100%)	25	4 (16,0)
DNA CMV мочи	25	25 (100%)	25	4 (16,0)

По данным таблицы 2 становится очевидно что динамика определения молекулярно-генетических маркеров острой ЦМВИ у взрослых больных до и после лечения по традиционной схеме заметно отличалась. После проведения традиционной терапии острой ЦМВИ вирусная нагрузка понизилась до 86,0%.

Второе напрваление оценки эффективности предложенного терапевтического подхода к комплексному лечению острой ЦМВИ включало применение предложенного терапевтического подхода с использованием препаратов Вальцит и Тактивин.

Определение серологических маркеров острой ЦМВИ у взрослых выявило заметных различий в результатах по сравнению с традиционным подходом. Эти результаты отражены на таблице 3.

Таблица 3
Результаты определения серологических маркеров острой ЦМВИ у взрослых получивших предложенного терапевтического подхода

Серологические маркеры	До лечения		После лечения	
	Обследовано	Положительные (%)	Обследовано	Положительные (%)
IgM CMV	25	23 (92,0)	25	–
IgG CMV	25	–	25	21 (84,0)
IgM IEA CMV	25	–	25	–
IgG IEA CMV	25	21 (84,0)	25	5 (20,0)

Как видно из таблицы 3, положительных результатов определения серологических маркеров становится гораздо меньше, чем у больных, получавших традиционную терапию. Это может быть связано с положительным влиянием вирусного препарата Вальцит на динамику элиминации цитомегаловируса и иммуномодулятора Тактивин на улучшение имунного статуса организма.

Таблица 4 показывает результаты определения молекулярно-генетических маркеров острой ЦМВИ у взрослых, получавших предложенный терапевтический подход.

Таблица 4
Результаты определения молекулярно-генетических маркеров острой ЦМВИ у взрослых получавших предложенный терапевтический подход

Молекулярно-генетические маркеры	До лечения		После лечения	
	Обследовано	Положительные (%)	Обследовано	Положительные (%)
DNA CMV крови	25	25 (100)	25	–
DNA CMV мочи	25	25 (100)	25	–

Из таблицы 4 видно, что выявляемость молекулярно-генетических маркеров острой ЦМВИ у взрослых больных, получавших предложенную схему лечения достоверно ниже, чем в группе больных острой ЦМВИ, получавших традиционную схему лечения ($p<0,005$).

Подытоживая полученные результаты можно сделать такой вывод, что в зависимости от тактики терапии выявляемость серологических и молекулярно-генетических маркеров острой цитомегаловирусной инфекции у взрослых получавших предложенную схему лечения с включением антивирусного препарата Вальцит и иммуномодулятора Тактивин статистически значимо отличается от показателей взрослых больных, получавших традиционную схему лечения острой цитомегаловирусной инфекции. Это указывает на возможную эффективность применения предложенного терапевтического подхода к комплексному лечению острой цитомегаловирусной инфекции у взрослых.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жукова Л.И. Ковалевская О.И., Лебедев В.В., Городин В.Н. Приобретенная острая манифестная цитомегаловирусная инфекция у иммуносохранных взрослых больных // Эпидемиология и инфекционные болезни, 2014, N1, с.11-16.
2. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. ред. Инфекционные болезни. Национальное руководство М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009.
3. Kim C. Congenital and perinatal cytomegalovirus infection // Korean J. Pediatr, 2010, v.53, N1, p. 14-20.
4. Данилов Е.Ю. // Журнал акушерства и женских болезней, 2007, т.56, с.67-71.
5. Rota S., Bozdayi G., Dogan B., Dinc B. // Microbiol. Bul., 2004, v.38, p.233-238
6. Subramanian V. Distinguishing primary CMV infection from reactivation of latent infection // Dig.Dis.Sci., 2008, 53(1), p.140.
7. Adelson M., Feola M., Trama J. et al. // J.Clin. Virol, 2005, v.33, p.25-34
8. Birch C., Druce J., Catton M. et al. // Sex. Transm. Infect., 2003, v.79, p.298-300
9. Haefon Ph., Berger P., Khiri H., Martineau A. Algorithm based on CMV kinetics DNA viral load for preemptive therapy initiation after hematopoetic cell transplantation // J.Med.Virol., 2011, v.83(3), p.490-495.
10. Luvira V., Chammanchanunt S., Bussaratid V. et.al. Seroprevalent of latent cytomegalovirus infection among elderly Thais // Southeast Asian J. Trop. Med. Publ. Health, 2012, v.43(6), p.1419-1425.
11. Демкин В.В., Куринов А.М., Кузьмичева Р.А. и др. Комплексное исследование инфицированности урогенитального тракта у женщин методом ПЦР с использованием мультиплексных тест-систем // Клиническая лабораторная диагностика, 2010, N8, с.49-51.
12. Дегтярева А.В., Зубков В.В., Непша О.С. и др. Опыт применения ганцикловира при лечении генерализованной формы врожденной цитомегаловирусной инфекции // Акушерство и гинекология, 2012, N5, с. 103-108.
13. Amir J., Wolf D., Levy I. Treatment of cytomegalovirus infection with intravenous ganciclovir followed by long-term oral valganciclovir // Eur. J. Pediatr., 2011, v.169, N9, p. 1061-1067.
14. Vrioni G., Kalogeropoulos K., Gartzonka C. et al. // Virol J., 2007, v.4, p.59

Xülasə

Böyüklərdə kəskin sitomeqalovirus infeksiyasının müalicəsinin optimallaşdırılması

M.H.Əliyev, N.S.Əliəsgərli, L.İ.Rüstəmova, İ.İ.Ərdoğan

Tədqiqat işinin məqsədi böyüklərdə kəskin sitomeqalovirus infeksiyasının müalicəsinin optimallaşdırılmasından ibarət olmuşdur. Bu məqsədlə “kəskin sitomeqalovirus infeksiyası” diaqnozu təsdiq edilmiş 50 xəstədə seroloji və molekulyar-genetik markerlərin aşkar olunma dinamikası müalicə

taktikasından asılı olaraq öyrənilmişdir. Müəyyən edilmişdir ki, böyüklərdə kəskin sitomeqalovirus infeksiyasının kompleks müalicəsində antivirus təsirli Valsit preparatı və Taktivin immunmodulyatorun istifadə olunması ənənəvi müalicə üsulu ilə müqayisədə seroloji və molekulyar-genetik markerlərin dinamikasında müsbət tendensiyanın qeydə alınması ilə özünü göstərmişdir.

Summary

The optimization of treatment of acute cytomegalovirus infection in adults

M.H.Aliyev, N.S.Aliaskerli, L.I.Rustamova, I.I.Erdogan

The aim of investigation was to optimizate of treatment of acute cytomegalovirus infection in adults. For this purpose the dynamics of appearing of serological and molecular-genetic markers of 50 patients with "acute cytomegalovirus infection" have been studied in depending from treatment tactic. It was determined that using of antiviral preparation Valsit and immunomodulator have been Taktivin in the complex treatment of acute cytomegalovirus infection in adults reflected with registrating of positive trend of dynamics of serological and molecular-genetic markers in comparing with the traditional therapy.

Daxil olub: 17.07 2018

BRONXİT VƏ PNEVMONİYA ZAMANI XƏSTƏLİYİN AĞIRLIQ DƏRƏCƏSİNDƏN ASILI OLARAQ MÜXTƏLİF MİKROORQANİZM NÖVLƏRİNİN KƏMİYYƏT VƏ KEYFİYYƏT GÖSTƏRİCİLƏRİ

M.H. Əliyev, Ş.Ə.İbayeva

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: bronxit, pnevmoniya, bakteriyalar
Keywords: bronchitis, pneumonia,bacteria
Ключевые слова: бронхит, пневмония бактерии

Bronxitlərin 3 forması olur: kəskin bronxit, traxeobronxit və xroniki bronxitin kəskinləşməsi. Kəskin bronxit zamanı öskürək, bəlğəm əmələ gəlməsi (bəlğəm adətən ağ yaxud krem rəngli olur) müşahidə olunsa da, döş qəfəsinin rentgenoqrafiyası zamanı ciddi dəyişikliklər qeydə alınmır. İnfeksion prosesdə M. pneumoniae əsas rola malikdir [4].

Traxeobronxit zamanı öskürək kəskin xarakter daşısa da, bu hal nəzərəçarpacaq dərəcədə bəlğəm əmələ gəlməsilə müşayiət edilmir. İnfeksiyaya çox vaxt qrip virusları səbəb olsa da, qızdırma və mialgiya kimi sistem xarakterli infeksion prosesin əlamətləri də müşahidə edilə bilər [10].

Xroniki bronxitin kəskinləşməsi zamanı xroniki yaş öskürək, çoxlu miqdarda yeni irinli bəlğəmin əmələ gəlməsilə müşayiət olunmağa başlayır. İnfeksiyaya ya respirator viruslardan hər hansı biri, ya da S. pneumoniae yaxud H. influenzae kimi mikroorqanizmlərdən biri səbəb olur [6].

Praktikada, xəstəliyin hər 3 ağırlıq dərəcəsi arasında oxşarlıqlar mövcüddur. Bəlğəmin kulturası məhdud diqnostik əhəmiyyətə malikdir. Bəzi müəlliflər bəlğəmin kultasını yalnız müalicəyə reaksiya olmadıqda 48 saatdan sonra almağı tövsiyə edirlər [1].

Bəzi xəstələrdə bir neçə gün antibakterial vasitələrlə (məsələn; oral ampisillin yaxud eritromisin) müalicədən effekt əldə etmək mümkün olduğu halda, əksər xəstələr bu fayda vermir. Ürək və ağciyər çatışmazlığı riski olan xəstələrin əvvəlcədən pnevmokokk infeksiyası və qripə qarşı vaksinasiya olunması tövsiyə olunur [7].

Kəskin pnevmoniya xəstəxanaya qəbul edilməmişdən əvvəl və sonra meydana gələ bilər. Bu dünyada ən çox ölüm hallarına səbəb olan infeksiya hesab olunur. Kəskin pnevmoniyalı xəstələrdə həmişə öskürək, döş qəfəsi əlamətləri və qızdırma olur. Öskürək həm quru, həm də yaş və irinli ola bilər. Döş qəfəsi əlamətləri dəyişkən olub, subyektiv izah olunma ehtimalı yüksəkdir [5]. Döş qəfəsi əlamətləri özünü bərkimə sahələri, hava boşluqlarında maye toplanması yaxud da effüziya və boşluqları şəklində biruzə verə bilir [2]. Kəskin pnevmoniyanın ən vacib nəticəsi tənəffüs funksiyasının pozulmasıdır ki, ilk olaraq, məhz bu hal nəzərə alınmalıdır. Mümkün etiloji infeksiya amilinin müəyyən edilməsi antimikrob müalicənin seçimini müəyyənləşdirir. Diqqətlə icra edilən sorğu, ətraflı müayinə və müvafiq döş qəfəsi rentgenologiyası mümkün

səbəbkar amillərə dair bəzi məlumatlar verir [9]. Kəskin pnevmoniyanın 4 əsas kliniki-patoloji forması müəyyən edilir:

Lobar pnevmoniya

- Ağciyərin seqmenti yaxud payı ilə hüdudlanan ağciyər sərtləşməsi
- Əksər hallarda S. pneumoniae tərəfindən törədilir
- Bundan başqa, aureus, S. pyogenes (A qrup streptokoklar) və Legionella pneumophila kimi mikroorqanizmlər də bu formaya səbəb ola bilir [8]

Bronxopnevmoniya

- Böyük hava yollarının ətrafında qeyri-müntəzəm şəkildə sərtləşmələr olur,
- S. pneumoniae, H. influenzae, S. aureus və L. Pneumophila tərəfindən törədilir

İnterstisial pnevmoniya

- Ağciyərin müxtəlif sahələrində nazik interstisial infiltrasiya sahələri
- Adətən xəstəlik zamanı bəlğəm ifrazı olmur
- Legionella sp., Mycoplasma spp. yaxud viruslar tərəfindən törənir
- Xəstəliyin ilkin müalicəsində əsasən eritromisindən istifadə edilir [3]

Aspirasiya pnevmoniyası

- Ağızdan yaxud mədədən qida kütləsi yaxud möhtəviyyatın aspirasiyasından sonra meydana gələn,
- Xəstəlik zamanı zədələnmə adətən kimyəvi yaxud mexaniki təsirlərdən qaynaqlanır,
- Döş qəfəsinin rentgen müayinəsi zamanı ağciyərin sağ aşağı payında, xəstə arxası üstə uzandıqda isə sağ aşağı payın zirvəsində dəyişikliklər müşahidə edilir,
- Ağciyərdə bakterial mənşəli zədələnmələrin etioloji amil rolunu isə oral streptokoklar yaxud anaeroblar oynayır [11].

Tədqiqatın məqsədi Bronxit və pnevmoniya zamanı xəstəliyin ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq, α-hemolitik streptokoklar və neisseria növlərinin kəmiyyət və keyfiyyət göstəricilərinin müqayisəli qiymətləndirilməsindən ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodları. Bu məqsədlə tərəfimizdən M.Ə.Mirqasımov adına Respublika Klinik Xəstəxanasının Mərkəzi laboratoriyasına mikrobioloji analiz məqsədilə müraciət etmiş və müalicə aldıqları səhiyyə müəsisəsində bronxit (n=12) və pnevmoniya (n=10) diaqnozu qoyulmuş xəstələrin analiz nəticələri tədqiq edilmişdir. Bundan başqa, lazım gəldikdə əlavə mikrobioloji tədqiqatlar da icra edilmişdir. Mikrobioloji tədqiqatlar xəstəliyin kəskin mərhələsində və erkən sağalma dövründə aparılmışdır. Mikrobioloji tədqiqatlar streptococcus və Neisseria mikroorqanizmlərinin xəstələr arasında onlardan götürülmüş bəlğəm nümunələrində rast gəlinməsi və koloniya əmələ gətirmə vahidinə (KƏV/ml) görə müvafiq olaraq, kəmiyyət və keyfiyyətcə öyrənilmişdir. Mikrobiologiyada koloniya əmələgətirmə vahidi (KƏV) mikrobioloji nümunələrdə həyat qabiliyyətli bakteriya yaxud mikrogöbələklərin sayını göstərir. Bu zaman həyat qabiliyyətli dedikdə nəzarət olunan müxtəlif şərtlər daxilində ikiyə bölünməklə çoxsaylı çoxalma qabiliyyəti nəzərtə tutulur. Koloniya əmələ gətirən vahidlərin "sayılması" zamanı mikroskop altında hüceyrələrin sayılmasından fərqli olaraq, həm diri, həm də ölü hüceyrələr deyil yalnız canlı hüceyrələr tələb olunur. Hüceyrə kulturasında koloniyaların vizual görünüşü nəzərəçarpacaq dərəcədə böyütmə tələb edir və koloniyaların bir hüceyrə yaxud hüceyrələr qrupundan törəməsi zamanı koloniyaların sayı qeyri–müəyyən olur. Tədqiqat zamanı aldığımız 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 onların müzakirəsi: Tədqiqat nəticəsində 12 nəfərdən ibarət bronxit diaqnozu qoyulmuş xəstələrin bəlğəm nümunələrində xəstəliyin kəskin mərhələsində α-hemolitik streptokoklara 11 nəfərdə rast gəlinmişdir ki, bu da bronxitli xəstələrin 91,7%-ni əhatə etmişdir. Bu mikroorqanizm qrupunun bronxitin sağalma mərhələsindəki müvafiq göstəricisi də kəskin dövrlə eyniyyət təşkil etmişdir. Streptokokların hemolitik aktivliyi, α-hemoliz, β-hemoliz, γ-hemoliz, şəklində tədqiq olunur.

A qrupu beta hemolitik streptokoklar, qoyun qanlı aqarda, beta hemoliz icra edir. Bakteriya koloniyasının ətrafında, tam hemoliz müşahidə edilir. B, C və G qrup streptokoklar da betta hemoliz icra edirlər. Viridans streptokoklar (məsələn: Streptococcus salivarius) isə alfa hemoliz icra edir. Bu hemoliz tipində yaşıl rəngli, qismən dar hemoliz sahəsi meydanan gəlir. Hemolitik aktivliyi olmayan qamma streptokoklar aqarın içərisində və səthində hemoliz törətmirlər. Streptococcus faecalis kimi D qrup streptokokların əksəriyyəti qeyri-hmolitikdir. Ancaq mikroorqanizmlərin bu xüsusiyyətində dəyişkənliklər ola bilir.

Bəzi hallarda alfa hemolitik streptokoklarla Streptococcus pneumoniae hemolitik aktivliklərindəki oxşarlıqlarla əlaqədar olaraq biri-biri ilə səhv salına bilir. Bu mikroorqanizmlərin ayırd edilməsində, bəzi əsas xüsusiyyətlərin mövcudluğunun xatırlanması lazım gəlir:

a.Streptokoklar optokinli bulyonda çoxaldığı halda, S.pneumoniae 1/500000 optokin sıxlığında belə çoxala bilmir,

b.Streptokoklar öküz ödü və öd duzları olan maye şəklindəki qidalı mühitlərdə çoxaldığı halda, S.pneumoniae əriyir,

c.Streptokoklar S.pneumoniae mikroorqanizminin əksinə inulini fermentasiya etmirlər.

Streptokoklar adətən istiyə davamlılığı az olan mikoorqanizmlərdir və 56 °C-də 30 dəqiqə ərzində məhv olurlar. Entrokoklar isə termofil olub, hətta 45 °C-də çoxalırlar. Streptokoklar antiseptik və dezinfeksiyaedici vasitələrə qarşı davamlı olmayan bakteriyalardır. Betta hemolitik streptokoklar adətən antibiotiklərə də həssasdır.

Bəzi streptokoklarda ən bayırda "N-asetil-D qlükozamin-D-qlükuron turşusu" vahidlərindən meydana gəlmiş, hialuron turşusu strukturlu kapsul antigeni vardır. Bunun bilavasitə altında isə hüceyrə divarı yerləşir.

Streptokokun hüceyrə divarı M, T, R protein antigenlərindən, qrup üçün spesifik olan karbohidratlar və peptidoqlikandan ibarətdir. Kapsuldan lipoteyxoat turşusu və tip üçün spesifik olan M proteini daşıyan pililər çıxır.

Hüceyrə divarında olan "C" karbohidratı qrup üçün spsifik olan antigendir. Viridans streptokoklar istisna olmaqla bütün streptokokların "C" karbohidratı vardır. Biri-birindən strukturca fərqliliklər nümayiş etdirən "C" antigeninə görə streptokoklar qruplara ayrılmışlar. Beləliklə, A, B, C, D,.....V olmaqla 20 seroqrupun mövcudluğu müəyyən edilmişdir (A-V).

"C" karbohidrat antigeni mikroorqanizmin quru kütləsinin 10%-i qədərdir. Qrup üçün spesifik olan karbohidrat antigenindəki spesifikliyi amino-şəkər qrupları əmələ gətirir. Belə ki,

A qrup streptokok C polisaxaridi L Ramnoza-N-Asetil-qlükozamindən təşkil olunmuşdur. Bu terminal antigen müəyyənedicisidir.

B qrup streptokok C polisaxaridi: Ramnoza-qlükozamin polisaxaridi.

C qrup streptokok C polisaxaridi: Qliserol teyxoat turşusu,

F qrup streptokok C polisaxaridi: Qlükopiranozil-N-asetilqalaktozamin

G qrupu streptokok C polisaxaridi: Ramnoza-qalaktozamin

determinantlarına malikdirlər.

C karbohidratının molyar kütləsi 8000-10000 dalton olub, ramnoza/N-asetilqlükozamin nisbəti, ortalama 2/1 qədər müəyyən edilmişdir.

M proteini streptokokun üç səth antigenindən biridir. Bu antigen 3500 dalton molyar kütləyə malik, temperatur və turşuya davamlı, spirtdə lizisə uğrayan, tripsinə həssas zülaldır. M proteini fimbrillərlə əlaqədardır və epitel hüceyrələrinə adheziyanı təmin edir. Antifaqositardır. M proteini A qrup streptokoklar üçün əsas virulentlik amilidir. M proteini olan streptokoklar solğun mukoid koloniyalar əmələ gətirirlər. M proteinindəki müxtəlifliklərə görə A qrupu streptokokların 80-ə yaxın variantı müəyyən edilmişdir. M proteini hüceyrə divarından saç şəklində çıxan pililərdir. M proteinini itirən bakteriya avirulent hala düşür.

M proteini antigeni I və II sinif olmaqla 2 alt qrupa bölünür. Xüsusilə I sinif M proteinlərinə qarşı əmələ gələn anticisimlər, ürək əzələsi toxuması ilə reaksiyaya girirlər.

T proteini isə pepsin və tripsin kimi proteolitik fermentlərə davamlı, spirtdə həll olmayan, virulentliyi artıran təsiri olmayan antigendir. Tip üçün spesifik olmayan, virulentliklə əlaqəsi olmayan R proteinin pepsin və tripsinlə parçalanan 3R və yalnızca pepsinlə parçalanan 28R tipləri müəyyən edilmişdir.

Streptokokların α-hemolitik qrupunun pnevmoniya xəstəliyindən əziyyət çəkən 10 nəfərlik şərti xəstələr qrupundan həm xəstəliyin kəskin, həm də ilkin sağalma fazasında götürülmüş bioloji nümunələrdən 9-unda aşkar edilmişdir ki, bu da qrupun 90%-ni əhatə etmişdir. Bu qrup streptokokların keyfiyyət göstəricisi üzrə tədqiqatlar zamanı isə bronxitdən əziyyət çəkən 12 nəfər pasiyentin bioloji nümunələrində xəstəliyin kəskin mərhələsində α-hemolitik streptokokların koloniyalaşma qabiliyyəti 6,65±0,22 KƏV/ml hesablandığı halda, xəstəliyin erkən sağalma mərhələsində bu mikroorqanizmin uyğun göstəricisi bir qədər az, 6,57±0,26 KƏV/ml müəyyənləşdirilmişdir.

Pnevmoniyanın kəskin mərhələsində Mərkəzi Laboratoriyaya analiz məqsədilə müraciət etmiş 10 nəfər xəstədən götürülmüş bəlğəm nümunələrində α-hemolitik streptokokların koloniyalaşma göstəricisi 6,32±0,30 KƏV/ml müəyyən edildiyi halda, xəstəliyin ilkin sağalma mərhələsində müvafiq göstərici cüzi yüksək, 6,42±0,23 KƏV/ml hesablanmışdır.

Neisseria növlərinin kəskin mərhələdə olan bronxitli xəstələrin bəlğəm nümunələrində rast gəlinməsi 10 nəfərin bioloji nümunələrində rast gəlinməklə kəskin bronxitli xəstələrin 83,3%-ni təşkil etmişdir. Xəstəliyin erkən sağalma dövründə də Neisseria növlərinin eyni xəstələrdən götürülmüş bəlğəm nümunələrində rast gəlinməsi eyni olmuşdur (cədvəl 1). Buna baxmayaraq, Neisseria növlərinin bronxitli xəstələrdə xəstəliyin kəskin və erkən sağalma dövrlərindəki koloniyalaşma qabiliyyətləri arasında fərq qeydə alınmışdır. Belə ki, xəstəliyin kəskin dövründə Neisseria növlərinin koloniyalaşma qabiliyyəti 6,62±0,18 KƏV/ml olduğu halda, erkən sağalma dövründə bu göstərici bir qədər aşağı, 6,54±0,23 KƏV/ml müəyyən edilmişdir.

Cədvəl 1

Bronxit və pnevmoniya zamanı xəstəliyin ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq, α-hemolitik streptokoklar və neisseria növlərinin kəmiyyət və keyfiyyət göstəriciləri

Göstəricilər	Bronxitli xəstələr (n=12)		Pnevmoniyalı xəstələr (n=10)	
	Rast gəlinmə sayla (%-lə)	Koloniyalaşma göstəricisi KƏV/ml	Rast gəlinmə sayla (%-lə)	Koloniyalaşma göstəricisi KƏV/ml
Streptococcus (α-hemolitik)				
Kəskin mərhələdə	11 (91,7)	6,65±0,22	9 (90,0)	6,32±0,30
Erkən sağalma mərhədə	11 (91,7)	6,57±0,26	9 (90,0)	6,42±0,23
Neisseria spp.				
Kəskin mərhələdə	10 (83,3)	6,62±0,18	8 (80,0)	6,29±0,27
Erkən sağalma mərhədə	10 (83,3)	6,54±0,23	7 (70,0)	6,35±0,20

Neisseria növlərinin 10 nəfər pnevmoniyalı xəstələrin bəlğəm nümunələrində rast gəlinməsi üzrə icra edilmiş tədqiqat zamanı isə pnevmoniyanın kəskin fazasında olan zaman xəstələrin 8 nəfərinin, erkən sağalma mərhələsində olsuqda isə 7 nəfərinin bioloji nümunələrində uyğun cinsinin nümayəndələrinə rast gəlinmişdir ki, bu da müvafiq olaraq, pnevmoniyadan əziyyət çəkən pasiyentlərin 80% və 70%-ni əhatə edir. Buna baxmayaraq, pnevmoniyaların xəstələrdə Neisseria növlərinin koloniyalaşma qabiliyyətində bu tendensiya əks xarakter daşımışdır. Bu zaman xəstəliyin kəskin mərhələsində müvafiq mikroorqanizmin koloniyalaşma qabiliyyəti 6,29±0,27 KƏV/ml olduğu halda, erkən sağalma dövründə bu göstərici bir qədər yüksələrək, 6,35±0,20 müəyyənləşdirilmişdir.

Pnevmoniya dünyada ən çox ölüm hallarına səbəb olan infeksiya hesab olunur. Bronxit və pnevmoniya zamanı xəstəliyin ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq, α-hemolitik streptokoklar və neisseria növlərinin kəmiyyət və keyfiyyət göstəricilərinin müqayisəli qiymətləndirilməsi məqsədilə tərəfimizdən tədqiqat aparılmışdır. Tədqiqat nəticəsində 12 nəfərdən ibarət bronxit diaqnozu qoyulmuş xəstələrin bəlğəm nümunələrində xəstəliyin kəskin mərhələsində α-hemolitik streptokoklara 11 nəfərdə rast gəlinmişdir ki, bu da bronxitli xəstələrin 91,7%-ni əhatə etmişdir. Neisseria növlərinin kəskin mərhələdə olan bronxitli xəstələrin bəlğəm nümunələrində rast gəlinməsi 10 nəfərin bioloji nümunələrində rast gəlinməklə kəskin bronxitli xəstələrin 83,3%-ni təşkil etmişdir. Xəstəliyin erkən sağalma dövründə də Neisseria növlərinin eyni xəstələrdən götürülmüş bəlğəm nümunələrində rast gəlinməsi eyni olmuşdur. Buna baxmayaraq, Neisseria növlərinin bronxitli xəstələrdə xəstəliyin kəskin və erkən sağalma dövrlərindəki koloniyalaşma qabiliyyətləri arasında fərq qeydə alınmışdır. Belə ki, xəstəliyin kəskin dövründə Neisseria növlərinin koloniyalaşma qabiliyyəti 6,62±0,18 KƏV/ml olduğu halda, erkən sağalma dövründə bu göstərici bir qədər aşağı, 6,54±0,23 KƏV/ml müəyyən edilmişdir.

ƏDƏBİYYAT

a. Conaty S., Watson L., Dinnes J., Waugh N. The effectiveness of pneumococcal polysaccharide vaccines in adults: a systematic review of observational studies and comparison with results from randomised controlled trials // Vaccine 2004, v.22, p.3214-3224.

2. Gonzales R., Steiner J.F., Sande M.A. Antibiotic prescribing for adults with colds, upper respiratory tract infections, and bronchitis by ambulatory care physicians // JAMA. 1997, v.278, p.901-4.

3. Johnson K.M., Chanock R.M., Bell J.A. et al. A pilot study of acute respiratory illnesses on a college campus //Am Rev Respir Dis. 1964, v.90, p.175-82.

4. Lee T.A., Weaver F.M., Weiss K.B. Impact of pneumococcal vaccination on pneumonia rates in patients with COPD and asthma // J Gen Intern Med., 2007, v.22, p.62-67.

5. Macfarlane J., Holmes W., Macfarlane R., Britten N. Influence of patients' expectations on antibiotic management of acute lower respiratory tract illness in general practice: questionnaire study // BMJ. 1997, v.315, p.1211-4.

6. Maruyama T., Taguchi O., Niederman M.S. et al. Efficacy of 23-valent pneumococcal vaccine in preventing pneumonia and improving survival in nursing home residents: double blind, randomised and placebo controlled trial // BMJ, 2010, v.340, p.1004.

7. Moberley S.A., Holden J., Tatham D.P., Andrews R.M. Vaccines for preventing pneumococcal infection in adults // Cochrane Database Syst Rev, 2008, v.1

8. Mykietiuk A., Carratala J., Dominguez A. et al. Effect of prior pneumococcal vaccination on clinical outcome of hospitalized adults with community-acquired pneumococcal pneumonia // Eur J Clin Microbiol. Infect Dis., 2006, v.25, p.457-462.

9. Ochoa-Gondar O., Vila-Corcoles A., Ansa X. et al. Effectiveness of pneumococcal vaccination in older adults with chronic respiratory diseases: results of the EVAN-65 study // Vaccine, 2008, v.26, p. 1955-1962.

10.Schappert S.M. Ambulatory care visits to physician offices, hospital outpatient departments, and emergency departments: United States, 1997. Vital and Health Statistics. Series 13, No. 143. Hyattsville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics; 1999. DHHS publication no. (PHS) 2000-1714.

11.Skull S.A., Andrews R.M., Byrnes G.B. et al. Prevention of communityacquired pneumonia among a cohort of hospitalized elderly: benefit due to influenza and pneumococcal vaccination not demonstrated //Vaccine, 2007. v.25, p.4631-4640.

Резюме

Количественные и качественные показатели микроорганизмов в зависимости от степени тяжести бронхита и пневмонии

М.Х. Алиев, Ш.А.Ибаева

В результате исследования из 12 в 11 случаях наблюдался высокий уровень α-гемолитического стрептококка в острой фазе заболевания при бронхите, что составило 91,7% пациентов. В биологических образцах 10 больных в острой фазе бронхита были обнаружены виды Neisseria, что составляло 83,3% лиц с острым бронхитом. В ранний период выздоровления виды Neisseria в биологических образцах выявлялись в идентичном количестве случаев.

Summary

Quantitative and qualitative indicators of microorganisms depending on the severity of bronchitis and pneumonia

M.H. Aliyev, Sh.A.Ibayeva

As a result of the study, of 12 in 11 cases, a high level of α-hemolytic streptococcus was observed in the acute phase of the disease with bronchitis, which accounted for 91.7% of patients. In biological specimens of 10 patients in the acute phase of bronchitis, Neisseria species were detected, which accounted for 83.3% of persons with acute bronchitis. In the early recovery period, Neisseria species in biological samples were detected in an identical number of cases.

Daxil olub: 14.08 2018

GİNEKOLOJİ ENDOMETRİAL XƏRÇƏNGDƏ PARAAORTAL LİMFA DÜYÜN METASTAZININ QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

Ə.M.İbrahimov[1], Ə.T Əmiraslanov[1], Nejat Özgül[2]

[1]Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı; [2]Hacıtəpə Universiteti Tibb Fakultəsi, Ankara

Açar sözlər: endometrial xərçəng, paraaortal limfa, diaqnostika, metastaz
Ключевые слова: эндометриальный рак, парааортальная лифа, диагностика, метастаз
Keywords: endometrial cancer, para-aortic lymph, diagnosis, metastasis

Qadınlar arasında endometrial xərçəngin (uşaqlıq xərçəngi) diaqnostikası və müalicəsi müasir onkoginekologiyanın vacib problemlərindən biridir. Endometrium xərçəngi inkişaf etmiş ölkələrdə qadınlarda ən çox rast gəlinən ginekoloji xərçəngdir. Son zaman lar yeni texnologiyaların tətbiqi nəticəsində bu patologiyanın diaqnostikasında və müali cəsində müəyyən nəticələr əldə edilsə də, bu problemin bir sıra məsələlərinin həlli hələ də öz aktuallığını itirməmişdir. Endometrial xərçəng qadınlar arasında ən çox rast gəli nən ginekoloji xərçəng xəstəliklərindəndir. ÜSTməlumatında göstərilir ki, 2008-ci ildə təxminən

287,100 qadına endometrial xərçəngi diaqnozu qoyulmuşdur [1]. Hər bir qa dında həyatı boyu endometrium xərçənginin inkişaf riski 2,6%-dir. Bu xəstəlik yaş həddi yuxarı olan qadınlarda postmenopauza dövründə daha çox müşahidə edilir.Endo metrium xərçəngi diaqnozu qoyumuş 1101 xəstənin pelvik və paraaortal limfa düyün lərinin metastazı (LDM) vacıb proqnostik faktor hesab edilmişdir [4]. Bunlarla yanaşı erkən mərhələdə endometrial xərçəngli xəstələrində limfa düyünlərinin qiymətləndirmə sində seçilən yanaşma olduqca mübahisəli bir məsələ olaraq qalmaqdadır. LDM yayıl ma nisbəti, şişin mərhələsi və differensiasiya dərəcəsinə görə dəyişir. Yaxşı differensiasi ya edilmiş və səthi invaziyaya malik faktlarda xəstəlik riski 3-5 % olduğu halda, pis dif ferensiasiya edilmiş və dərin invaziyaya malik faktlarda isə bu risk yüksələrək 20 % təşkil edir [2]. Piylənmə risk faktorlarından olub,ölüm riskini artırır [18]. Bədən kütlə indeksinin (BKİ) hər 5 kq/ m^2 artması xəstəliyin inkişaf riskini təxminən 1,5 dəfə artırır və gənc yaşlarda (<45 yaş) yaranan bu xəstəliklə BKİ arasında əlaqə mövcuddur [8,9,10]. Endometrial xərçəngində istifadə olunan üsullardan biri də limfa vəzisi biop siyasıdır [3]. Bu xəstəliyi olan qadınlarda şübhəli limfa düyünü olub-olmamasından asılı olmayaraq, bəzi mütəxəssislər təkrarlanan limfa düyününün disseksiya edilməsini mütləq şəkildə tövsiyə edirlər [5,6]. Orta və yüksək dərəcəli risk əlaməti daşıyan xəstə qruplarında tətbiq olunan paraaortal limfadenektomiyanın sağqalma müddətininin artma sına kömək etdiyini göstərən məlumatlar var. Buna baxmayaraq ədəbiyyatda endo metrium xərçəngində təcrid edilmiş paraaortal LDM ilə əlaqədar ziddiyyətlər vardır. Təcrid edilmiş paraaortal LDM vermə tezliyi və risk faktorlarının müəyyənləşdirilməsi baxımından çox əhəmiyyətlidir. Endomet rialonkoloji törəmənin vaxtında aşkar olun ması və xarak terinin müəyyən edilməsi xəstəliyin müalicə taktikasının seçilməsində müstəsna rol oynayır [1]. Bunlar yeni diaqnostika üsullarının tədqiqinin vacib olduğu nu göstərir [5].

Tədqiqat işinin **məqsədi** endometrial karsinoma mərhələsi müəyyən edilmiş xəstələrdə LDM vermə tezliyi və təcrid edilmiş paraaortal LDM-ın təyin edilməsi və limfadenektomiyanın vacibliyinin öyrənilməsi olmuşdur.

Tədqiqatin material və metodları. Tədqiqat işinə Hacıtəpə Universiteti Tibb fakultəsi Qadın Xəstəlikləri və Gine kologiya şöbəsinin Ginekoloji-Onkoloji şöbəsində 2000-2015 illər ərzində cərrahi müa licə tətbiq olunan endometrium xərçəngi olan paraaortal limfadenektomiya edilən və endometrioid növ endometrial xərçəngə görə bütün mərhələləri (Total Abdominal Histerektomiya + İkitərəfli Salpinqooforektomiya+ İkitərəfli Çanaq- Paraaortal-Limfadenektomiya + Sitologiya) öyrənilən 417 xəstələr daxil edilmişdir.

Hacıtəpə Universitetinin Qeyri-invaziv Kliniki Tədqiqatlar Etik Komitəsinin elmi və etik rəyi alındıqdan sonra tədqiqata başlanılmışdır.Tədqiqata daxil olmaq üçün tələb edilən şərtlər.Endometrioid histoloji növ şiş,I-III histoloji dərəcələr,Pelvik və paraaortal limfa düyününün disseksiyası.Tədqiqata daxil olmayan xəstələr: Paraaortal limfa düyü nünün disseksiyası edilməyən xəstələr,qeyri-endometrioid histoloji növ xəstələr. Kliniki-Patoloji Məlumatlar-Xəstələrin kliniki-patoloji məlumatları Hacıtəpə Universite tinin kompüter bazasından əldə edilərək retrospektiv iş formatında reallaşdırıldı. Bütün prosedurlar ginekoloq-onkoloqlar tərəfindən aparılmış dır. Bütün xəstələrə ümumi abdominal histerektomiya, ikitərəfli salpinqooforektomiya, sitologiya, paraaortal limfa denektomiya tətbiq olunmuşdur.Paraaortal limfa düyünü disseksiyası aorta bifurka siyasından başlayaraq yanda parakaval və paraaortal limfatik toxumaların,yuxarıda isə sol renal damarlara qədər olan bütün limfatik toxumaların çıxarılmasını əhatə etmişdir. Endometrium xərçəngi olan xəstələrdə periton sitologiyası , kliniki-patoloji xüsusiyyət ləri, yaşı, histoloji alt tipi, FIGO təsnifatına əsasən mərhələsi, miometrial invaziyanın dərinliyi, şişin ölçüsü, LVAI, servikal tutulma,adneksal tutulma və LDM qiymət ləndirilmişdir.Statistik analiz Windows(IBM SPSS Inc., Chicago, IL) üçün SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20 proqramı vasitəsilə aparılmışdır. Statik analizdən $p<0,05$ dəyəri qəbul edilmişdir.

Cədvəl 1

2005-2009-cu illərdə endometrial xərçəngin yaşa görə tezliyinin dəyişməsi

Yaş (il)	Tezlik (%)
20 -34	1,5
35- 44	6,0
45 – 54	19,0
55-64	32,6
75-84	22,6
85 və 85-dən yuxarı	13,5

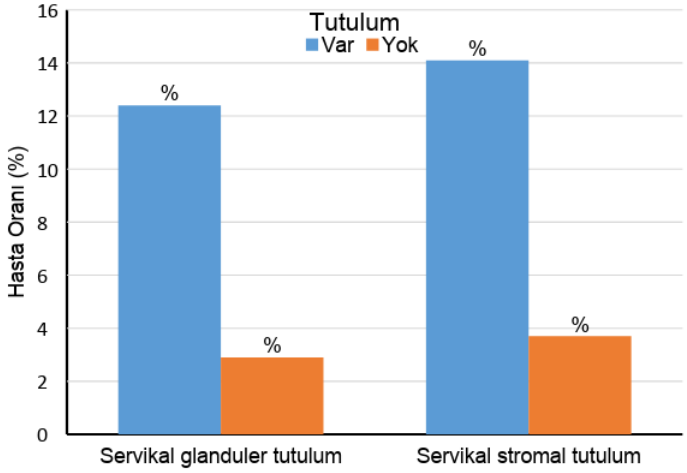
Alınmış nəticələr və onların müzakirəsi. Total abdominal histerektomiya, ikitərəfli salpinqo-ooforektomiya (TAH + BSO), sitologiyanın alınması və pelvik + paraaortal limfa denektomiya tətbiq olunan ümumi 417 xəstə tədqiqat işinə daxil edilmişdir. Həmin xəstələrin yaş həddi 26-86 ara sında dəyişmişdir.Orta yaş həddi isə 58,8±10,1 il olmuşdur. 2005-2009-cu illərdə aparı lan tədqiqata görə endometrial xərçəngin yaş bölgüsü 1-ci cədvəldə verilmişdir.

Cədvəl 2
Xəstələrin demoqrafik və patoloji məlumatları

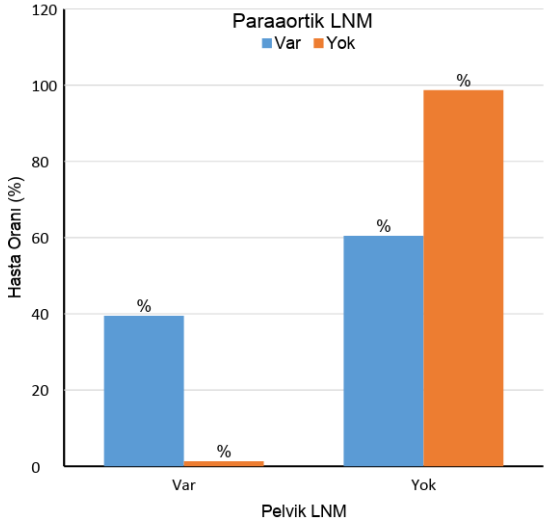
Göstəricilər	**Xəstələrin sayı=417**
Yaş (il)	58,8±10,1
>60	178 (42,6)
≤60	239 (57,4%)
Menopauza vəziyyəti: Premenopauza	82 (19,7%)
Postmenopauza	335 (80,3%)
FIGO təsnifatı I mərhələ	246 (59,0%)
II mərhələ	117 (28,0%)
III mərhələ	46 (11,0%)
Otoliz	8 (2,0%)
Limfa vaskulyar invaziya: Vardır	96 (23,0%)
Yoxdur	321 (77,0%)
Primer şişin ölçüsü (sm): ≤2cm	127 (30,5%)
> 2cm	290 (69,5%)
Servikal vəzili tutulma: Yoxdur	312 (74,8%)
Vardır	105 (25,2%)
Servikal stromal tutulma: Yoxdur	353 (84,7%)
Vardır	64 (15,3%)
Miometrial invaziya: Yoxdur	50 (12,0%)
Mİ<1/2	186 (44,6%)
Mİ>1/2	181 (43,4%)
Limfa düyünü tutulması: Müsbət	48 (11,5%)
Mənfi	369 (88,5%)
Pelvik limfa düyünü tutulması: Müsbət	43 (10,3%)
Mənfi	374 (89,7%)
Paraaortal limfa düyünü tutulması: Müsbət	22 (5,3%)
Mənfi	395 (94,7%)
Peritoneal sitologiya: Müsbət	24 (5,8%)
Mənfi	393 (94,2%)
Omentumun tutulması: Müsbət	10 (2,4%)
Mənfi	407 (97,6%)

Xəstələrin demoqrafik və patoloji məlumatları cədvəl 2-də verilmişdir. Cədvəl 2-dən göründüyü kimi premenopauzal xəstə 19,7% (82 xəstə), postmeno pauzal xəstə isə 80,3%-dir (335 xəstə). I dərəcəli xəstə 59% (246 xəstə), II dərəcəli xəstə 28,1% (117 xəstə), III dərəcəli xəstə isə 11%-dir (46 xəstə). Xəstələrin 1,9%-ində (8 xəstə) otolizə görə dərəcəni müəyyənləşdirmək mümkün olmamışdır. 50 xəstədə şiş endometriumla məhdudlaşmışdır (12%). 186 xəstədə (44,6%) < 50% səthi invaziya, 181 xəstədə (43,4%) isə dərin invaziya müşahidə edilmişdir. Şişin ölçüsü üçün sərhəd dəyəri 2 sm qəbul edilmişdir. Xəstələrin 30,5%-ində (127 xəstə) şişin ölçüsü 2 sm və daha kiçik, 69,5%-də (290 xəstə) isə 2 sm-dən böyük olmuşdur. Xəstələrin 23%-də (96 xəstə) LVAI pozitiv, 77%-də (321 xəstə) isə mənfidir. Servikal vəzili tutulma olan xəstələr 25,2 % (105–dər), tutulma olmayan xəstələr isə 74,8% (312 xəstə) müəyyənləşdirildi (cəd.2). Servikal stromal tutulma olan xəstələr 15,3% (64 xəstə), olmayan xəstələr isə 84,7 % (353 xəstə). pelvik LDM müsbət olan xəstələr 10,3% (43 xəstə), mənfi olan xəstələr isə 89,7% (374 xəstə) aşkarlanır. Paraaortal LDM olan xəstələr 5,3% (22 xəstə), olmayan xəstələr isə 94,7% (395 xəstə) təşkil etmişdir. Paraaortal LDM olan 22 xəstənin 17-də pelvik və paraaortal limfa düyünlərinin tutulması müşahidə edildiyi halda, 5 xəstədə isə sadəcə təcrid edilmiş paraaortal LDM müəyyən edilmişdir. Buna görə də 417 xəstədə təcrid edilmiş paraaortal LDM yayılması 1,19% təşkil etmişdir. Xəstələrdən çıxarılan pelvik limfa düyünlərinin sayı orta

hesabla 24 (3-90 arasında), paraaortal limfa düyünlərinin sayı orta hesabla 5 (1-50 arasında), limfa düyünlərinin ümumi sayı isə 30 (5-108 arasında) olmuşdur. Ümumi limfa düyünlərinin sayı 10-dan az olan xəstələr 2,6% (11nəfər) olmuşdur. Xəstələrin 2,4%-ində (10 xəstə) omentumun tutulması pozitiv, qalanlarında isə neqativ (97,6%, 407 xəstə) olmuşdur. 24 xəstədə (5,8%) sitologiya pozitiv, 393 (94,2%) xəstədə isə neqativdir. LDM xəstələrin 11,5%-də (48 xəstə) müsbət, 88,5%-də (369 xəstə) isə mənfidir (Cədvəl2). 5 xəstədə (1,2%) təcrid edilmiş paraaortal, 17 xəstədə pelvik və paraaortal birlikdə, 26 xəstədə isə sadəcə pelvik LDM olmuş. Endometrium xərçənginin ən çox yayılan simptomu xəstələrin 75-90 %-də rast gəldiyimiz uşaqlıqda baş verən anormal qanaxmadır. Bu xəstəlikdən diaq nozu qoyulanların 70-80%-də xəstəlik I mərhələdə, xəstələrin20%-də qonşuor qan və limfa düyünlərinə invaziyası, 8%-də isə kənar orqanların metastazı müşahidə olunmuşdur. Bütün xəstələrdə pelvik+paraaortal limfa düyünü disseksiyası həyata keçirilmişdir.



Şək.1. Servikal tutulma növlərinə aid paraaortal LDM nisbətləri

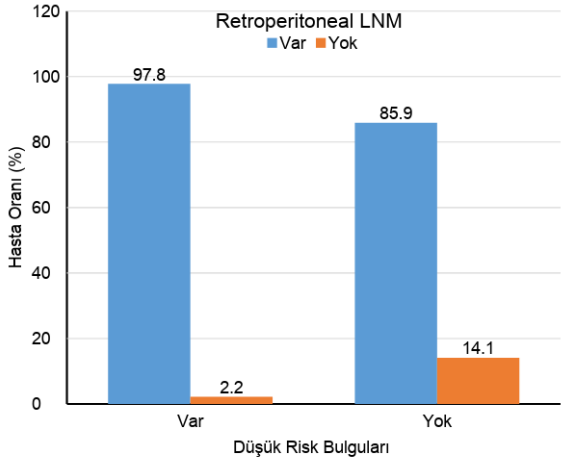


Şək.2. Pelvik LDM varlığına əsaslanan paraaortal LDM nisbəti

Paraaortal LDM nisbəti III mərhələdə olan xəstələrdə (15,2%), I-II mərhələdə olan xəstələrə nisbətən daha yüksək olmuşdur (3,9%; p<0,005) (şək.1). Primer şişin ölçüsü 2 sm-dən böyük olan xəstələrdə paraaortal LDM nisbəti (6,9%) primer şişin ölçüsü 2 sm-ə bərabər və yaxud kiçik olan xəstələrə nisbətən (1,6%) daha yüksəkdir. Servikal vəzin tutulması olan xəstələrdə paraaortal LDM nisbəti servikal vəzin tutulması olmayan xəstələrdə daha yüksək idi (12,4% ilə müqayisədə 2,9%; p<0,001) (şək.1). Servikal stromal tutulması olan xəstələrdə paraaortal LDM nisbəti (14,1%) olmayanlarla müqayisədə daha yüksəkdir (3,7%) (şək.1). Dərin miometrial invaziyası olan xəstələrdə (9,4%) dərin miometrial invaziya olmayanlara nisbətən paraaortal LDM daha yüksək dir (2,1%). Peritoneal sitologiyası müsbət olan xəstələrdə paraaortal LDM nisbəti (16,7%) mənfi olanlara nisbətən daha yüksək idi (4,6%; p<0.001). Adneksal tutulma olan xəstələrdə paraaortal LDM nisbəti(19,4%) olmayanlarla müqayisədə daha yüksəkdir (4,1%; p<0.001). LVAİ olmayanlara nisbətən LVAİ olan xəstələrdə paraortal LDM nisbəti daha yüksək idi (15,6% ilə müqayisədə 2,2%; p<0,001).Pelvik LDM olan xəstələrdə (39,5%) pelvik LDM olmayan xəstələrə nisbətən paraaortal

LDM nisbəti daha yüksəkdir (1,3%; p<0.001) (şək.2). Paraaortal LDM olan xəstələrin (22 xəstə) 2-də təkrarlanma aşkar edilmişdir. Müşahidə müddətində hər iki xəstə sağ qalmışdır.

Paraaortal limfa düyünü tutulması olan xəstələrin 22,7%-də (5 xəstə) təcrid edilmiş paraortal LDM aşkar edilmişdir. III mərhələdə olan xəstələrdə I-II mərhələdə olan xəstələr ilə müqayisədə təcrid paraoartal LDM nisbətinin yüksək olduğuna dair statistik əhəmiyyət tapılmadı (4,3% ilə müqayisədə 0,8%; p=0,099). Primer şişin diametri 2 sm-dən çox olanxəstələrin 1,7%-də təcrid edilmiş paraoartal LDM aşkar edilmişdir. İzolyasiya edilmiş paraaortal LDM olan bütün xəstələrdə birincil şişin diametrinin 2 sm-dən çox olduğu aşkar edilmişdir. Servikal qrandulyar tutulma, servikal stromal tutulma və təcrid edilmiş paraaortal LDM arasında əlaqə tapılmadı. Dərin miometrial invaziya olan xəstələrdə dərin miometrial invaziya olmayan xəstələrə nisbətən təcrid edilmiş paraaortal LDM nisbəti daha yüksəkdir (2,2% ilə müqayisədə 0,4%; p=0,117). Pozitiv periton sitologiyası olan xəstələrdətəcrid edilmiş paraaortal LDM nisbəti neqativ xəstələ rə nisbətən etibarlılıq müəyyən edilmədi (4,2% ilə müqa yisədə 1,0%; p=0,25 8). Təcrid edilmiş paraaortal LDM olan xəstələrdə təkrarlanma aşkarlanmadı. 1 xəstə öldü. Retroperitoneal LDM ilə Əlaqəli Histoloji Faktorlar**.** III mərhələdə olan xəstə lərdə retroperitoneal LDM nisbəti I-II mərhələdə ola xəstələrə nis bətən daha yüksək idi (26,1% ilə müqayisədə 9,6%, p=0.003). Primer şişin ölçüsü (PTB) 2 sm-dən çox olan xəstələrdə retroperitoneal LDM nisbəti primer şişin ölçüsü 2 sm-ə bərabər və daha kiçik olan xəstələr ilə müqayisədə daha yüksək idi (14,5% ilə mü qayisədə 4,7%,p=0.004). Servikal vəzi tutulması olan xəstələrdə nisbəti qeyri-xəstələrdən yüksək (24,8% ilə müqayisədə 7,1%) idi; p<0,001). Retrope ritoneal LDM nisbəti servikal stromal tutulma olan xəstələrdə olmayanlarla müqayisədə daha yüksək idi (29,7% ilə müqayisədə 8,2%; p <0.001) .Retroperitoneal LDM nisbəti dərin miometrial invaziya olan xəstələrdə olmayanlara nisbətən yüksək idi (19,3% ilə müqayisədə 5,5%; p <0.001).



Şək. 3. Servikal tutulma növlərinin retroperitoneal LMN əmsalları

Retroperitoneal LDM nisbəti pozitiv periton sitologiyası olan xəstələrdə mənfi olanlarla müqayisə dəyüksək idi (29,2% ilə müqayisədə 10,4%; p<0.001). Adneksal tutulma olan xəstələrdə (45,2%) retroperitoneal LDM nisbəti olmayan xəstələrə nisbə tən daha yüksəkdir (8,8%; p<0,001). LVAI olan xəstələrdə (29,2%) olmayan xəstələrə nisbətən retroperitoneal LDM nisbəti yüksək idi (6,2%; p<0.001). Retroperitoneal LDM nisbəti aşağı riskli xəstələrlə müqayisədə (97,8%) aşağı riskli olmayan xəstələrdə (85,9%) daha azdır (şək.3).

Beləliklə, təcrid edilmiş paraaortal LDM yayılması və göstəriciləri müalicəvi yanaş ma baxımından əhəmiyyətli olmaqla yanaşı aşağı mərhələ kimi səhvən qiymətləndirmə nəticəsində pis proqnoz ilə nəticələnir. Araşdırmamızda çıxarılan pelvik limfa düyünlə rinin orta hesabla sayı 20, paraaortal limfa düyünlırinin orta hesabla sayı isə 5 olmuşdur. Müsbət peritoneal sitologiya LDM, dərin miometrial invaziya, yüksək dərəcəli şiş və ad neksal metastaz ilə əlaqəlidir [12,13]. Bu tədqiqat işində müsbət (bədxassəli) peritoneal sitologiyası olan xəstə qrupunda təkrarlanma nisbəti 25%, mənfi (xoşxassəli) peritoneal sitologiyası olan qrupda isə 5,3% müəyyən edilmişdir. 5 illik xəstəliksiz sağqalma nis bəti baxımından müsbət peritoneal sitologiyası olan xəstə qrupunda 74%, mənfi olan qrupda isə 94% sağqalma nisbəti müəyyən edilmiş və müsbət peritoneal sitologiyası olan xəstə qrupunun kliniki gedişatı daha pisdir. Limfa denektomiya edilən xəstələrdə pelvik limfa düyünü tutulması nisbəti 5-18% intervalında dəyişir. Pelvik limfa düyünü tutulmasından rekurrensiyanın müstəqil proqnozlaşdırıcısı kimi istifadə etməklə tədqi qat bu göstərici 10,3% nisbətində tapıldı. Endometrium xərçəngində xəstəliyin limfa düyünlərinə yayılma

ehtimalını göstərən risk faktorlarını preoperativ və ya intraoperativ dövrdə təyin edib, onları daşıyan xəstə qrupunda limfadenektomiya etmək uyğun cərra hi müalicə variantıdır.

Nəticə: 1.Endometrial xərçəngli xəstədə FIGO sisteminə görə cərrahi mərhələ təyin edilməlidir. **2.**Endometrium xərçəngində xəstəliyin limfa düyünlərinə yayılma ehtimalını göstərən risk faktorlarını preoperativ və ya intraoperativ dövrdə təyin edib, onları daşıyan xəstə qrupunda limfadenektomiya aparmaq uyğun cərrahi müalicə variantıdır. 3.Miometrial invaziya dərinliyinin ≥% 50 olması, servikal yayılma, LVAİ, müsbət peritoneal sitologiya və adneksal və omental tutulma risk faktorlarının sağqalma və rekurrensiya ilə qarçılıqlı əlaqəsinin olması xəstəliyin təqibi baxımından vacibdir. 4.LVAİ və servikal vəzili tutulma risk faktorlarının retroperitoneal LDM və paraaortal LDM üçün ortaq müstəqil markerlər olması ən əhəmiyyətli əlamətlərdən biridir.

ƏDƏBİYYAT

1.Jemal A. et al. Global cancer statistics // CA Cancer J. Clin, 2011, v.61, p.69-90

2.Kitchener H. et al. Efficacy of systematic pelvic lymphadenectomy in endometrial cancer (MRC ASTEC trial): a randomised study // Lancet,2009, v.373, p. 125-136.

3.Frumovitz M. and C.F. Levenback, Is lymphatic mapping in uterine cancer feasible? //Ann Surg Oncol, 2008, v.15, p.1815-1817

4.Kang S. et al., Sentinel lymph node biopsy in endometrial cancer: meta-analysis of 26 studies// Gynecol Oncol, 2011, v.123, p.522-527

5.Yaegashi N., K. Ito K., Niikura H. Lymphadenectomy for endometrial cancer: is para aortic lymphadenectomy necessary? // Int J Clin Oncol, 2007, v.12, p. 176-180.

6.Abu-Rustum N.R. et al. The incidence of isolated paraaortic nodal metastasis in surgically staged endometrial cancer patients with negative pelvic lymph nodes // Gynecol Oncol, 2009, v.115, p. 236-238.

7.Siegel R.L., Miller K.D., Jemal A. Cancer statistics // CA Cancer J Clin, 2016, v.66, p.7-30

8.Pellerin G.P., M.A. Finan M.A. Endometrial cancer in women 45 years of age or younger:a clinicopathological analysis // Am J Obstet Gynecol, 2005, v.193, p. 1640-1644.

9.Lindemann K. et al. Body mass, diabetes and smoking, and endometrial cancer risk: a follow-up study// Br J Cancer, 2008, v. 98, p.1582-1585

10.Everett E. et al. The effect of body mass index on clinical/pathologic features, surgical morbidity, and outcome in patients with endometrial cancer // Gynecol Oncol, 2003, v.90, p. 150-157

11.Fader A.N. et al., Endometrial cancer and obesity: epidemiology, biomarkers, prevention and survivorship // Gynecol Oncol, 2009, v. 114, p. 121-127.

12.Kim J.W. et al. Clinicopathologic and biological parameters predicting the prognosis in endometrial cancer // Yonsei Med J, 2002, v.43, p. 769-778.

13.Lurain J.R. The significance of positive peritoneal cytology in endometrial cancer // Gynecol Oncol, 1992,v.46, p. 143-144.

Резюме

Оценка метастаза узловой парааортальной лимфы при гинекологическом эндометриальном раке

А.М.Ибрагимов, А.Т.Амирасланов, Нежат Озгюль

Целью исследования явилось определение метастаза узловой парааортальной лимфы у больных на этапе эндометриальной карциномы и изучение необходимости лимфоденэктомии. В исследование вошли 417 больных с гинекологическим эндометриальным раком на различных этапах и оперированный парааорталным лимфаденэктомией, который находились 2000-2015 гг. Необходимо определить необходимость хирургического лечения по системе FIGO. Необходимо определить факторы риска рака в интраоперационном периоде.

Summary

Assessment of metastasis of nodular para-aortic lymph with gynecological endometrial cancer

A.M. Ibragimov, A.T. Amiraslanov, Nezhat Ozgyul

The aim of the study was to determine the metastasis of nodular para-aortic lymph in patients at the stage of endometrial carcinoma and study the need for lymphodenectomy. The study included 417 patients with gynecological endometrial cancer at various stages and operated on para-aortic lymphadenectomy, which was 2000-2015. It is necessary to determine the need for surgical treatment according to the FIGO system. It is necessary to determine the risk factors for cancer in the intraoperative period.

Daxil olub: 02.07 2018

XRONİK ÜRƏK ÇATIŞMAZLIĞI ZAMANI ÜRƏK RİTMİNİN VARİABELLİYİNİN QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİNİN MÜASİR ÜSULLARI

K.R.Alıyeva

Akad. C.Abdullayev adı. Elmi-tədqiqat Kardiologiya İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: xronik ürək çatışmazlığı, ürək ritmi, diaqnostika
Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, сердечный ритм, диагностика
Key words: Chronic heart failure, heart rhythm, diagnosis

Son iki onillikdə ürəyin ritmik fəaliyyətinin vegetativ tənzimləməsi ilə ürək-damar xəstəlikləri arasındakı qarşılıqlı əlaqənin olması nəticəsindən baş verən ölüm hallarını təsdiq edən bir çox sübutlar əldə edilmişdir [5,12,27]. Məlumdur ki, rigid ritmlər, yəni az variabelliyi olan ritmlər ürəyin vegetativ tənzimlənməsinin pozulması və sinus düyününün avtomatik hüceyrələrinin zədələnməsi zamanı müşahidə edilir. Xəstələrin miokard infarktından (Mİ) sonrakı vəziyyətinin öyrənilməsinə həsr olunmuş Şimali Amerika Kardioloji Cəmiyyətinin populyasion tədqiqatında müəyyən edilmişdir ki, gün ərzində ürək ritminin variabelliyinin (ÜRV) aşağı göstəricisi qəfləti ölüm riski ilə sıx korrelyasiya edir, özü də sol mədəciyin atma fraksiyasından (SLAF), EKQ-nın Holter monitorinqindəki mədəcik aritmiyalarının sayından və fiziki yükləməyə qarşı olan tolerantlıqdan daha qabarıq dərəcədə [1,3,10]. Mİ-dan sonra xəstələrin ritminin rigidliyi barədə mövcud olan müşahidələr və onların qəfləti ölüm riski ilə əlaqəsi [8,9] ürək ritminin variabelliyinin müxtəlif ürək-damar patologiyası, o cümlədən də XÜÇ zamanı aktiv tədqiq edilməsinə səbəb olmuşdur [6,22,23].

Hal-hazırda EKQ-nın Holter monitorinqində öyrənilən ÜRV-nin aşağıdakı əsas tipləri mövcuddur: zaman çərçivəsində təhlil (time domain methods) və tezlik çərçivəsində təhlil (frequency domain methods) və ya spektral analiz [2,3,4]. ÜRV-nin zaman çərçivəsində təhlili müxtəlif əmsalların hesablanılması ilə aparılan sinus yığılmaları arasında RR (NN) ardıcıl intervallarının davametmə müddətinin dəyişməsinin statistik təhlilinə əsaslanır [5,11]. Spektral metodlar ürək yığılmalarının tezliyinin (ÜYT) dəyişməsi dinamikasına dövrü tərkib komponentlərinin payının qiymətləndirilməsi üçün tətbiq edilir. Bu məqsədlə hər aşkar olunmuş dövrə uyğun gələn "EKQ rəqslərinin gücü" adlandırılan göstərici qiymətləndirilir. Spektrin müxtəlif komponentlərinin güclərinin nisbəti əsasında ürək ritminin tənzimlənməsində vegetativ sinir sisteminin (VSS) simpatik və parasimpatik hissələrinin modulyasiyalarının müqayisəli payı haqqında nəticə çıxarılır [13].

XÜÇ zamanı ÜRV-nin təhlilinə həsr olunmuş bir sıra tədqiqatlar mövcuddur. Bu işlərdə XÜÇ-ün olması ilə ÜRV-nin dəyişiklikləri arasında əlaqə aşkar edilmişdir. Zaman və tezlik çərçivəsində variabelliyin təhlili göstərmişdir ki, sağlam şəxslərlə müqayisədə XÜÇ olan xəstələrdə ÜRV azalır. Çox sayda işlər XÜÇ-ün ağırlığının ÜRV-nin köməyi ilə qiymətləndirilməsinə həsr olunmuşdur. Belə ki, SM-nin sistolik disfunksiyası fonunda inkişaf etmiş simptomatik XÜÇ olan (II-IV FS) 135 xəstəni müayinə edən mülliflər

müəyyən etmişdilər ki, gün ərzində RR-in orta göstəricisi IV FS ilə müqayisədə statistik dürüst azalır. Bu göstərici XÜÇ-ün ağırlığının ən sadə göstəricilərindən biridir [14,21]. ÜRV-nin digər göstəriciləri ilə paralel olaraq ÜRV-nin aşağıtezlikli (LF) komponentinin gücü də azalırdı. Bu halda diqqəti o fakt çəkirdi ki, FS-nin yüksəlməsi ilə yanaşı gün ərzində orta ÜYT də dürüst artmışdır. Tədqiqatçıların fikrincə, VSS-nin məhz simpatik şöbəsinin parasimpatik şöbədən (hissədən) kəskin dərəcədə üstün olması, XÜÇ zamanı aşağı ÜRV-ni şərtləndirir. Bu tədqiqatda açıq və aydın şəkildə göstərilmişdir ki, xəstələrin klinik vəziyyətinin pisləşməsi ilə yanaşı orta günlük ÜYT də dürüst artmışdır, bu da dolayı yolla ürəyə simpatik təsirlərin güclənməsini sübut edir.

E.З. Голухова və həmmüəll.-nin [4] tədqiqatları göstərmişdir ki, müxtəlif ürək xəstəlikləri olan şəxslərdə ÜRV göstəricilərinin ən qabarıq azalması dilatasion kardiomiopatiyalı şəxslərdə qeyd edilir. Müşahidə ərzində XÜÇ proqressivləşdikcə, ürək ritmi, demək olar ki, rigid hala keçmişdir. Bu qrupda ÜRV göstəricilərinin azalması Nyu-York təsnifatı üzrə FS ilə korrelyasiya etmiş və SM AF ilə tərs xətti asılılığa malik olmuşdur.

J. Nolan və həmmüəll. [20] XÜÇ olan 433 xəstənin müayinəsi zamanı (orta yaş 62±10 il, NYHA üzrə FS – 2,4±0,5, SM AF 42±17%) ÜRV parametrlərinin qiymətləndirilməsi ilə keçirilən EKQ-nin Holter monitorinqini aparmış, exokardioqrafiyanın, döş qəfəsi orqanlarının rentgenoqrafiya göstəricilərini və qanın biokimyəvi parametrlərini öyrənmişdilər. Müəlliflər belə qənaətə gəlmişdilər ki, kardiotorakal nisbət, SM-in son diastolik ölçüsü, ritmin mədəcik pozulmaları və qanda kalium səviyyəsi – qəfləti ölüm göstəricisi ilə, natrium, kreatinin və SDNN-in səviyyəsi isə XÜÇ-ün proqressivləşməsinin nəticəsində baş verən ölüm göstəricisi ilə statistik dürüst korrelyasiya edir.

M.C.Iliou və həmmüəll. [16] XÜÇ olan 51 xəstədə (orta yaş – 63,3±12,6 il, sol mədəciyin atma fraksiyası 30%-dən aşağı) xüsusi məşq reabilitasiya proqramından (gimnastika və velotreninq) əvvəl və sonra EKQ-nin Holter monitorinqində ÜRV-nin zaman və spektral analizini aparmışdılar. Fiziki məşğələlər SDNN-i 4,5% və LF/HF-i 23,3% yaxşılaşdırmışdır ($p<0,01$). Alınmış nəticələr onu sübut edir ki, ÜRV-nin dəyişikliyi XÜÇ xəstələrinin reabilitasiya proqramlarının effektivlik dərəcəsini səciyyələndirir.

Neyrohumoral stimulyasiya vəziyyətinin əks etdirilməsi üçün ürək ritminin variabelliyinin (ÜRV) qiymətləndirilməsi XÜÇ-ün aparılan kompleks diuretik terapiyasının effektivlik meyarı qismində istifadə edilə bilər [5,8]. Hazırkı problemin aktuallığına baxmayaraq, əldə edilmiş ədəbiyyatda bu mövzuya həsr olunmuş çox az sayda çap işlərinə rast gəlinmişdir. 1999-cu ildə yapon tədqiqatçıları H. Tomiyama və həmmüəll. [24] mötədil ürək çatışmazlığı olan xəstələrdə qısatəsirli ilgək diuretiki furosemid və uzunmüddətli təsirə malik olan ilgək diuretiki azosemidin ÜRV-yə təsirlərini müqayisəli şəkildə öyrənən işlərin nəticələrini çap etmişdilər. Məlum olmuşdur ki, furosemid alan xəstələrdə natriumun eyni 24-saatlıq ekskresiyası qeyd olunmuş və preparatın qəbulundan sonrakı ilk 2 saatda plazmada reninin konsentrasiyası və hematokritin göstəricisi əhəmiyyətli dərəcədə yüksəlmişdir. ÜRV-nin zaman göstəriciləri olan SDNN və SDANN isə ilkin göstəricilərlə müqayisədə dürüst və əhəmiyyətli dərəcədə azalmışdılar. Azosemid müalicəsi fonunda ÜRV-nin azalması dürüst olmamışdır. Beləliklə, müəyyən edilmişdir ki, uzunmüddətli ilgək diuretiki azosemidlə müqayisədə furosemid ÜRV-yə daha böyük mənfi təsir edir [24].

Korkmaz M.E. və həmmüəll. [17] 2000-cı ildə XÜÇ-lə ağırlaşan işemik kardiomiopatiyası olan 126 xəstədə ÜRV-yə və sol mədəciyin sistolik funksiyasına spironolaktonun təsiri öyrənmişdilər. 12 ay ərzində xəstələr AÇF inhibitorları, diqoksin və furosemidlə yanaşı 50 mq spironolakton qəbul edirdilər. Tədqiqatda SDNN-in zaman göstəricilərinin statistik dürüst artması (50%) qeyd edilmişdir, bu da spironolaktonla müalicə fonunda simpatovagal balansın normallaşmasının xeyrinə dəlalət edir. 12 aylıq müşahidədən sonra müayinə olunanlarda sol mədəciyin atma fraksiyasının artması və NYHA üzrə ürək çatışmazlığının funksional sinfinin azalması aşkar edilmişdir.

Korkmaz və həmmüəll.-nin nəticələrini çin tədqiqatçıları Zhang Yu və həmmüəll. təsdiq edərək göstərmişdilər ki, XÜÇ xəstələrində spironolakton ÜRV-nin göstəricilərini yaxşılaşdırır [17].

K.Harada və həmmüəll.-nin (2009) tədqiqatında XÜÇ xəstələrində simpatik aktivliyə və ÜRV-yə azosemidlə müqayisədə torasemidin göstərdiyi təsir öyrənilmişdir. Müəlliflər qeyd etmişdilər ki, ilgək diuretikləri neyrohumoral mexanizmin aktivləşməsi səbəbindən uzunmüddətli müalicə zamanı proqnoza qeyri-qənaətbəxş təsir göstərə bildiyinə görə, onlar həmin qrupdan olan iki preparatı müqayisə ediblər.

Xəstələr 3 ay ərzində torasemid (8 mq/gün, n=15) və azosemidlə (60 mq/gün, n=15) peroral diuretik terapiya almışdılar. Torasemidlə terapiya sol mədəcikdə sistolik gərginliyin və plazmada noradrenalin səviyyəsinin əhəmiyyətli azalmasını (133±61 pq/ml-dən 95±50 pq/ml-ə qədər) yaratmışdır. Azosemidlə müalicədə isə əksinə, sistolik gərginliyin dəyişməsi baş verməmiş, noradrenalinin səviyyəsi isə əhəmiyyətli dərəcədə artmışdır. Bu tədqiqat göstərmişdir ki, XÜÇ xəstələrində torasemidlə terapiya simpatik sinir sisteminin aktivləşməsi olmadan sol mədəciyin vəziyyətini və ÜRV-ni yaxşılaşdırır. Preparatın göstərilən

qənaətbəxş təsirini müəlliflər torasemidin azosemiddə olmayan antialdosteron effekti ilə izah emişdilər [9,25,26].

2010-cu ildə Шугушева Х.Х. və Гаева А.А. [36] tərəfindən aparılmış tədqiqatda furosemidlə müalicə fonunda ümumi variabelliyi və vegetativ sinir sisteminin parasimpatik tənzimləmə şöbəsinin aktivliyini səciyyələndirən zaman göstəricilərin qiymətləri statistik dürüst azalmış, bunun nəticəsində də vegetativ balans ürək ritminə göstərilən simpatik təsirlərin güclənməsi istiqamətinə dəyişmişdir. Bunu simpatik təsirin güclənməsini səciyyələndirən LF/HF göstəricisinin dürüst artması sübut etmişdir. Torasemid qrupunda isə əksinə, zaman göstəricilərinin və parasimpatik aktivliyi səciyyələndirən parametrlərin dürüst artması aşkar olunmuşdur [9].

Reverentia S. və həmmüəll. (2015) I-III FS XÜÇ-ü olan xəstələrdə qısamüddətli diuretikin (furosemidin) ürək yığılmalarının tezliyinə və arterial təzyiqə təsirini qiymətləndirmişdilər. Müəlliflər ürək ritminin variabelliyinin qiymətləndirilməsi üçün ilk 24-saatlıq zaman çərçivəsində elektrokardioqrafik yazının təhlilini aparmışdılar. Məlumatlar parametrik və qeyri-parametrik testlərin köməyi ilə təhlil edilmişdir. Nəticədə ilk 24 saatda furosemidin təyin olunması ilə ürək yığılmalarının tezliyi arasında əhəmiyyətli təsir aşkar edilməmişdir (p=0,904). Lakin ilk 8-16 s ərzində furosemidin effekti ilə ürək ritminin yavaşıması arasında zəif korrelyasiya əlaqəsi aşkar edilmişdir (p=0,003). İlk 24 saatda furosemidin tətbiqi ilə arterial təzyiqin azalması arasında əhəmiyyətli korrelyasiya aşkar edilmişdir (p=0,000). Tədqiqatçılar belə qənaətə gəlmişdilər ki, furosemid ürək ritminin yavaşımasından və ÜRV-dən daha çox arterial təzyiqin aşağı düşməsinə təsir göstərir. Bu tədqiqatda seçmə kəmiyyəti böyük olmadığından, müəlliflər qəti nəticələrin əldə edilməsi üçün XÜÇ-də diuretiklərin ÜRV-yə təsiri məsələsi üzrə gələcək irimiqyaslı tədqiqatların aparılmasını tövsiyə etmişdilər [9].

Beləliklə, XÜÇ-ün müalicəsi üçün seçim preparatı qismində çox güclü sidikqovucu aktivliyə malik olan ilgək diuretikləri qalırlar. Hərçənd ki, bütün ilgək diuretikləri diurezin ekvivalent dozada və müqayisə olunan dərəcədə artmasını yaradırlar, buna baxmayaraq, onların effektivliyi preparatların farmakokinetika və farmakodinamika xüsusiyyətləri ilə bağlı azala bilər. Furosemidlə müqayisədə, torasemid yüksək bioəlverişliyə, daha uzun müddətli yarımparçalanma dövrünə malikdir və sabit diuretik təsir göstərir. Bu xassələr onun XÜÇ xəstələrində bir sıra nəzarət olunan klinik tədqiqatlarda nümayiş etdirilmiş daha yüksək effektivliyini müəyyən edir. Torasemidin böyük əhəmiyyət kəsb edən üstünlüyü ondan ibarətdir ki, bu preparatın tətbiqində diuretik terapiyanı çox zaman məhdudlaşdıran hipokaliemiyanın yaranma riskinin az olmasıdır. Torasemid aldosteron reseptorlarının blokadası hesabına endogen hormonal sistemin inhibitorlarının xassələrinə malikdir. Yuxarıda sadalananlarla bağlı, əsas ilgək diuretiklərinin (furosemid və torasemid) klinik effektivliyinin və tolerantlığının kompleks öyrənilməsi, həmçinin onların XÜÇ xəstələrində qanın elektrolit balansına və ÜRV-nin göstəricilərinə müqayisəli təsirinin tədqiqi aktualdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Алиева А.М., Булаева Н.И., Громова О.И., Голухова Е.З. Вариабельность сердечного ритма в оценке клинико-функционального состояния и прогноза при хронической сердечной недостаточности // Креативная кардиология, 2015, №3, с.42-55.
2. Баевский Р.М., Иванов Г.Г. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем: Методические рекомендации // Вестник аритмологии, 2001, № 24, с.65-86.
3. Беленков Ю.М., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. Хроническая сердечная недостаточность. Избранные лекции по кардиологии. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2006, 200 с.
4. Голухова Е.З., Алиева А.М., Полякова Э.С. Диагностические возможности предшественника натрийуретического пептида у больных с сердечной недостаточностью ишемической этиологии до и после операции реваскуляризации миокарда // Креативная кардиология, 2012, № 2, с.21-29
5. Загравская И.А. Нарушения ритма сердца и электролитный дисбаланс крови при сравнительном лечении хронической сердечной недостаточности петлевыми диуретиками // Российский медико-биологический вестник им. Академика И.П. Павлова, 2010, № 2, с.78-85.
6. Национальные рекомендации по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности (третий пересмотр). Утверждены конференцией ОССН 15 декабря 2009 года // Сердечная недостаточность, 2010, №1, с. 15-19.
7. Ускова О.В. Клиническое и прогностическое значение ремоделирования левого желудочка у больных с хронической сердечной недостаточностью. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2008, 173 с.
8. Фомин И.В. Эпидемиология хронической сердечной недостаточности в Российской Федерации / Хроническая сердечная недостаточность. М.:ГОЭТАР-Медиа, 2010, с.7-77

9. Шугушев Х.Х., Гаева А.А. Влияние фуросемида и торасемида на вариабельность сердечного ритма и желудочковые аритмии у больных с хронической сердечной недостаточностью, осложнившей течение ишемической болезни сердца: сравнительное нерандомизированное исследование // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии, 2010, №6(4), с.513-517

10. Шупенина Е.Ю. Вариабельность сердечного ритма и качество жизни как показатели эффективности противовоспалительной и метаболической терапии хронической сердечной недостаточности: Автореф. дисс ... канд. меди. наук. М., 2007, 21с.

11. ACC/AHA 2005 Guideline Update for the diagnoisis and management of chronic heart failure in the adult // Circulation, 2005, v. 112, p. 154-235.

12. Albert N.M., Boehmer J.P., Collins S.P. et al. Executive Summary: HFSA 2010 Comprehensive Heart Failure Practice Guigeline // Journal of Cariac Failure, 2010, v.16, p.475-539.

13. Albert N.M., Boehmer J.P., Collins S.P. et al. Executive Summary: HFSA 2010rComprehensive Heart Failure Practice Guigeline // Journal of Cariac Failure, 2010, v.16, p.475-539.

14. Dickstein K., Cohen-Soial A., Filppatos G. et al. Task Force for Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of European Spciety of Cardiology; Vahanian A., Camm J., De Caterina R. et al. ESC Commetee for Practice Guidelines. Deveicped in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of intensive Care Medicine (ESICM) // Eur. Heart J.. 2008, v.29 (19), p. 2388-2442.

15. Harada K., Grossman W., Friedman M. et al. Basic fibroblast growth factor improves myocardial function in chronically ischemic porcine hearts // J Clin Invest. 1994, v.94(2), p.623-3

16. Iliou M.J., Blanchard J,C., Lamar-Tanguy A. et al. Cardiac rehabilitation in patients with pacemakers and implantable cardioverter defibrillators // Monaldi Archives for Chest Disease Cardiac Series 2016, v.86, p.756

17. Korkmaz L., Adar A., Ata Korkmaz A. et al. Aortic knob calcification and coronary artery lesion complexity in non-ST-segment elevation acute coronary syndrome patients // Turk Kardiyol Dern Ars., 2012, v.40, p.606-611

18. Kukokawa J., Abriel H. Neurohormonal regulation of cardiac ion channels in chronic heart failure // Cardiovasc. Pharmacol., 2009, v.4, p.765-769.

19. Murad K., Brubaker P., Fitzgerald D. et al. Exercise Training Improves Heart Rate Variability in Older Patients With Heart Failure: A Randomized, Controlled, Single-Blinded Trial. Congest // Heart Fail. 2012, v.10, p.1751–7133.

20. Nolan RP, Payne AY, Ross H. et al. An internet-based counseling intervention with email reminders that promotes self-care in adults with chronic heart failure: randomized controlled trial protocol // JMIR Res Protoc., 2014 , v.3(1), p.5.

21. Nussinovitch U., Cohen O., Kaminer K. et al. Evaluating reliability of ultra-short ECG indices of heart rate variability in diabetes mellitus patients // J. Diabetes Complications. 2012 Jun 6

22. Pathak A., Fourecade J., Castel A. et al. Approach of treautonomic nervose system in chronic heart failure: is QT dynamicity better than heart rate variability? // Eur. Heart J., 2000, v.21 (suppl), p. 33.

23. Rydlewska A., Jankowska E., Ponikowska B. et al. Changes in autonomic balance in patients with decompensated chronic heart failure // Clin. Auton. Res., 2011, v.21. № 1, p.47-54.

24. Tomiyama H., Nakayama T., Watanabe G. et al. Effekt of short-acting loop diuretics on heart rate variability in patients with chronic compensated congestive heart failure // Am. Heart J.,1999, v. 137(3), p. 543-548.

25. Uchida T., Yamanaga K., Nishikawa M. et al. Anti-aldosterone effect of torasemide // Eur. J. Pharmacol., 1991, v. 205, p. 145-150.

26. Yamato M., Sasaki T., Honda K. et al. Effects of torasemide in left ventricular function and neurohumoral factors in patients with chronic heart failure // Circ. J. 2003, v.67(5), p.384-390.

27. Zhang C., Syed T., Renjing Liu,, Jun Yu·Role of Endoplasmic Reticulum Stress, Autophagy, and Inflammation in Cardiovascular Disease // Front Cardiovasc Med., 2017, v.4, p.29

Резюме

Современные способы оценки вариабельности сердечного ритма при хронической сердечной недостаточности

К.Р.Алыева

За последние два десятилетия было получено несколько подтверждений случаев смерти, наступивших в результате взаимной связи между вегетативным уравновешиванием ритмической

деятельности сердца и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Известно, что ригидные ритмы, то есть ритмы с малой вариабельностью, в основном, наблюдаются при нарушении вегетативного уравновешивания сердца и повреждении автоматических клеток синусового узла. Для лечения ХСН препаратами выбора остаются петлевые диуретики, обладающие очень сильной мочегонной активностью. В то время как все петлевые диуретики способствуют повышению диуреза в эквивалентной дозе и в сравнительной степени, несмотря на это, их эффективность в связи с фармакокинетическими и фармакодинамическими особенностями препаратов может снижаться. Торасемид, по сравнению с фуросемидом, обладает высокой биовыгодностью, длительному периоду полуразделения и оказывает постоянное диуретическое действие. В связи с вышеуказанным, комплексное изучение клинической эффективности и толерантности основных петлевых диуретиков (фуросемид и торасемид), а также исследование их сравнительного влияния на электролитный баланс крови и показатели вариабельности ритма сердца больных с ХСН очень актуально.

Summary

Modern ways of assessing heart rate variability in chronic heart failure

K.R. Alyeva

Over the past two decades, several confirmations of deaths have been received, resulting from the interconnection between the vegetative balancing of the rhythmic activity of the heart and cardiovascular diseases. It is known that rigid rhythms, that is, rhythms with low variability, are mainly observed when the autonomic balance of the heart is disturbed and the automatic cells of the sinus node are damaged. For the treatment of CHF drugs of choice are loop diuretics with very strong diuretic activity. While all loop diuretics contribute to an increase in diuresis in an equivalent dose and in a comparative degree, despite this, their effectiveness in connection with the pharmacokinetic and pharmacodynamic features of drugs may decrease. Torasemide, compared with furosemide, has a high bioavailability, a long period of semi-division and has a constant diuretic effect. In connection with the above, a comprehensive study of the clinical efficacy and tolerance of the main loop diuretics (furosemide and torasemide), as well as the study of their comparative effect on blood electrolyte balance and heart rhythm variability in patients with CHF is very important.

Daxil olub: 03.07 2018

AZƏRBAYCAN FLORASINDAN OLAN MEDICAGO L. CİNSİNƏ AİD NÖVLƏRİN FİTOKİMYƏVİ TƏDQİQININ PERSPEKTİVLƏRİ

T.A. Süleymanov, A.S.Qəribli

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: Medicago L. cinsi, fitokimyəvi müayinələr, Azərbaycan florası

Ключевые слова: род Medicago L. фитохимические исследования, флора Азербайджана

Keywords: genus Medicago L. phytochemical studies, flora of Azerbaijan

Dərman bitkiləri və bitki tərkibli preparatlar müasir tibb təcrübəsində geniş istifadə olunur. Dünya tibbində təbii mənşəli dərman maddələrinə və fitopreparatlara tələbat ildən-ilə artır. Buna görə də müasir dövrdə dərman bitki xammallarının yeni növləri və mənbələrinin aşkar olunması, həmçinin də onların səmərəli istifadəsi əczaçılıq elminin qarşısında duran əsas məsələlərdəndir [1]. Azərbaycanın florası 4000-dən çox növ bitki ehtiyatı ilə zəngindir və bunun da 135 növü ofisinal dərman bitkiləridir. **Medicago L.- Qarayonca** cinsinə aid növlər bir və ya çoxillik ot bitkiləridir. 100-ə yaxın növü Avropada, şimali Afrikada, qərbi və mərkəzi Asiyada, 31 növü Qafqazda, 21 növü isə Azərbaycanda yayılmışdır. Azərbaycanda bir növü becərilir[5].

Medicago L. cinsinə daxil olan növlər dünyanın müxtəlif ölkəkərində xalq təbabətində bir sıra xəstəliklərin müalicəsində geniş tətbiq edilir.

Belə ki, *Medicago L.* növləri mədənin müxtəlif patologiyalarında, bağırsaq və qalxanabənzər vəzin xəstəliklərində istifadə olunur. Həmçinin qanda şəkərin və xolestrinin miqdarını aşağı salır, hemoqlobinin səviyyəsini normallaşdırır, maddələr mübadiləsini yaxşılaşdırır. Bundan başqa xalq təbabətində qarayoncanı

qidaya əlavə etməklə onkoloji xəstəliklərin, böyrək çatışmazlığının, qaraciyərin, şəkərli diabetin, ürək nahiyyəsində yaranan ağrıların müalicəsində istifadə edirlər. Çox zaman bu bitki yorğunluğun və fiziki gücsüzlüyün aradan qaldırılmasıa kömək edir. *Medicago L.*-in daha bir faydası isə hamiləlik zamanı qadınlarda sümük toxumasının möhkəmlənməsinə kömək etməsidir [6].

Dünyanın müxtəlif ölkələrində *Medicago L.* cinsinə aid bəzi növlərin fitokimyəvi tədqiqi istiqamətində elmi tədqiqatlar aparılır və xammalda flavanoidlər, saponinlər, kumarinlər, iridoidlər, eləcə də digər bioloji aktiv maddələr müəyyən edilmişdir [7,9].

Medicago L. növlərinin potensial olaraq bioloji fəal izoflavonların mənbəyi olduğu aşkar edilmişdir [7].

M. sativa L. xammalında əsas qrup bioloji fəal maddələrin fenol birləşmələri olduğu müəyyən edilmiş və xammalın ekstraktında bergenin, lüteolin, apigenin, genistein, kversetin-3-0-qlükoza-6-asetat olduğu müəyyən edilmişdir [8].

M. monantha L. növündə flavonoidlər və alkaloidlərin olduğu aşkar edilmişdir [9].

M. minima, M. tornata və *M. scutellata* növlərindən alınmış sulu-spirtli ekstraktının fenol birləşmələri ilə zəngin olduğu, eləcə də ekstraktın yüksək antioksidant və antimikrob fəallığa malik olduğu və kosmetik məhsulların hazırlanmasında perspektivli mənbə olduğu müəyyən edilmişdir [10].

Qeyd olunmalıdır ki, Azərbaycan florasında olan *Medicago L.* cinsinin növləri fitokimyəvi və farmakoloji cəhətdən tədqiq edilməmişdir. Yuxarıda göstərilənləri nəzərə alaraq, demək olar ki, Azərbaycan florasında qarayonca növlərinin fitokimyəvi öyrənilməsi aktual və perspektivlidir.

Tədqiqatın məqsədi Azərbaycan florasında yayılmış *Medicago L.* cinsinə aid olan növlərin fitokimyəvi tədqiqi perspektivlərinin müəyyən edilməsidir.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqatlar məqsədilə istifadə olunan *M. rigidula L.* və *M. orbicularis L.* xammalları 2018-ci ilin aprel-iyun aylarında, müvafiq olaraq bitkinin çiçəkləmə və toxum əmələ gətirmə fazalarında, Azərbaycan Respublikasının Xızı və Yevlax rayonları ərazisindən tədarük edilmişdir. Xammaldan bioloji fəal maddələrin varlığı keyfiyyət reaksiyaları və müxtəlif xromatoqrafiya üsulları ilə müəyyən edilmişdir [2,4].

Rutinin standart nümunəsi (Lagerbed, seriya N130423), həlledicilər – etanol (Merck/Almaniya, seriya N 603-002-00-5), təmizlənmiş su, sirkə turşusu (Merck/Almaniya, seriya N 607-002-00-6), magnezium tozu, HCl turşusu, NaOH, qurğuşun asetat, sulfat turşusu və s. reaktivlər istifadə olunmuşdur. Tədqiqatlar Əczaçılıq kimyası kafedrasının nəzdində olan laboratoriyadakı Carry 60UV-Vis (Agilent technologies) adlı spektrofotometrdə aparılmışdır.

Eksperimental hissə. Ən geniş yayılmış bitki metaboloitlərindən biri flavonodilərdir. Bu birləşmələrə maraq günü gündən daha da artır, belə ki, flavonoidlərin qiymətli xassələri - antioksidant xassəsi, xərçəng əleyhinə, qan damarlarını möhkəmləndirici, qaraciyəri və mədə-bağırsaq traktını qoruyucu, beynin və ürəyin işini stimullaşdırıcı xassələri daha geniş maraq doğurur. Buna görə də, flavonoidlər geniş miqyasda müalicəvi və dietik qidaların tərkibinə əlavələr olaraq daxil edilir. Keyfiyyət reaksiyalarının və xromatoqrafik tədqiqatların köməyi ilə müəyyən edilmişdir ki, tədqiq edilən növlərin tərkibi flavonoid birləşmələri ilə zəngindir.

Ümumi olaraq *Siaidin* reaksiyası, *Brianta görə Sianidin* reaksiyası, dəmir (III)-xloridlə reaksiya, qələvi ilə reaksiya, qatı xlorid turşusundakı vanilinlə reaksiya aparılmışdır [1, 4].

Dərman bitki xammalında saponinləri aşkarlamaq üçün köpük əmələ gətirmə sınağı, çökdürücü reaksiyalardan qurğuşun asetatla, xolestrinin spirtdəki məhlulu ilə, rəngli reaksiyalardan *Lafon* reaksiyası, *Salkovskiy* reaksiyası, *Sanye* reaksiyası və saponinlərin kimyəvi təbiətinin təyin edilməsi reaksiyalarından istifadə edilmişdir.

Dərman bitki xammalından kumarinləri aşkarlamaq üçün *Lakton* sınağından və qələvi mühitdə diazoreaktivlə reaksiya aparılmışdır.

Dərman bitki xammalından iridoidləri aşkarlamaq üçün isə *Ştal* və *Trim-Xill* reaktivi ilə reaksiyalar aparılmışdır.

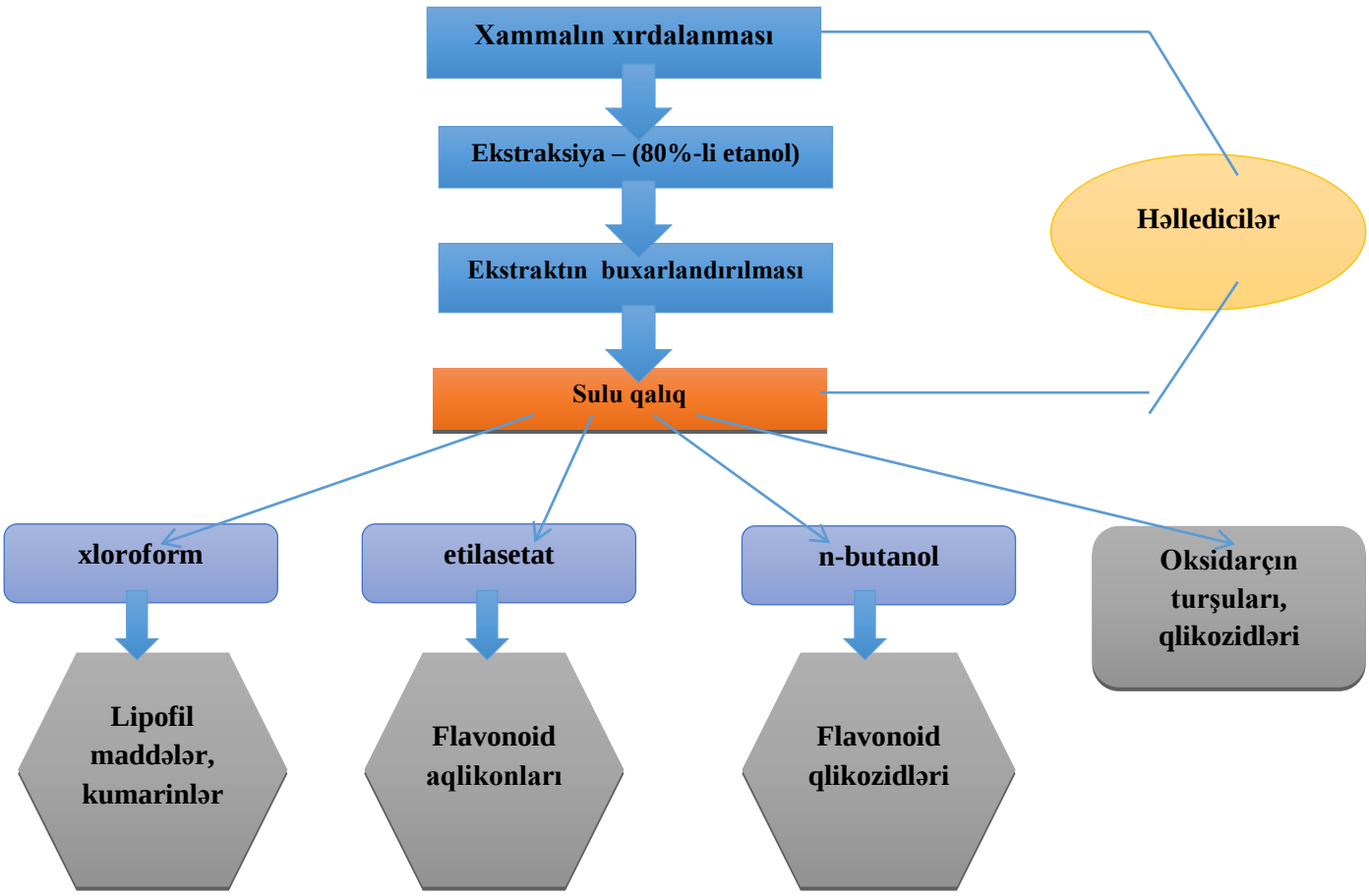
Medicago falcata L. xammalından fenol birləşmələrinin vahid sxem əsasında alınması həyata keçirilmişdir (Şəkil).

Təklif olunan sxem əsasında flavonoid aqlikonlarını, flavonoid qlikozidlərindən, eləcə də monozidləri biozidlərdən və triozidlərdən ayırmaq olur ki, bu da gələcəkdə maddələrin fərdi şəkildə ayrılmasını asanlaşdırır.

M. rigidula və *M. orbicularis* xammallraında flavonoidlərin spektrofotometriya üsulu ilə miqdari təyini üsulu işlənilib hazırlanmışdır. *M. rigidula* və *M. orbicularis* xammallarının (hər biri ayrı-ayrılıqda) – otlarının analitik nümunəsi o qədər xırdalanır ki, məsamələrinin diametri 1 mm olan ələkdən ələnsin. Xırdalanmış və ələnmiş xammaldan 1 qr (dəqiq çəki) götürülərək həcmi 150 ml olan cilalanmış kolbaya

keçirilir 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 süzülür. Süzmək üçün istifadə olunmuş pambıq ekstarksiya 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[3].



Şəkil. Medicago falcata L. xammalından fenol birləşmələrinin alınma sxemi

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:

$$X = \frac{D \cdot m_0 \cdot 100 \cdot 100 \cdot 100}{D_0 \cdot m \cdot 100 \cdot (100 - W)}$$

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.

Qeyd. Rutinin standart nümunə məhlulunun hazırlanması. 0,05 qr-a yaxın (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.

Spektrofotometrik üsulla tədqiq olunan xammallarda flavonoidlərin miqdarı təyini üzrə nəticələr aşağıdakı cədvəldə verilmişdir.

Cədvəl
Medicago növlərinin xammallarında flavonoidlərin miqdari təyini üzrə nəticələr

Sıra	Xammal növləri	Miqdarı %-lə	Nəticələrin statistik işlənməsi
1.	*M. rigidula L.*	2,21 2,18 2,17 2,27 2,22 2,25	X =2,22 S=0,04 Sx =0,02 εa=0,04 A=±1,86 a=0,36
2.	*M. orbicularis L.*	2,42 2,39 2,37 2,41 2,45 2,38	X=2,40 S=0,03 Sx =0,01 εa=0,03 A=±1,29 a=1,11

Analizlər nəticəsində *M. rigidula* və *M. orbicularis* xammallarında flavonoidlərin miqdarının müvafiq olaraq 2,21% və 2,42% olduğu müəyyən edilmişdir.

Nəticələr. Azərbaycan florasında *Medicago L.* cinsinə aid 21 növ yayılmışdır. *Medicago rigidula L.* və *Medicago orbicularis L.* növlərinin tərkibində flavonoidlərin, kumarinlərin, saponinlərin və s. olduğu müəyyən edilmişdir. *Medicago rigidula L.* və *Medicago orbicularis L.* növləri xammalından fenol birləşmələri məcmusu alınmışdır. Spektrofotometrik üsulla müəyyən olunmuşdur ki, xammalların tərkibində müvafiq olaraq 2.21% və 2.42% flavonoid məcmusu vardır. Kifayət qədər xammal ehtiyatı və zəngin kimyəvi tərkibi *Medicago L*. növlərinin fitokimyəvi tədqiqinin perspektivli və aktual olduğunu göstərir.

ƏDƏBİYYAT

1. Süleymanov T., Kərimov Y., İsayev C. Farmakoqnoziya praktikum. B., 2017, s. 26-30, 378-397.
2. Süleymanov T., Kırımer N., Şükürova A. Tikanlı odotu (Phlomis pungens Willd.) növünün bəzi fitokimyəvi tədqiqi // Azərbaycan Əczaçılıq və Farmakoterapiya jurnalı, 2013, N2, s. 22-25.
3. Государственная фармакопея СССР, XI издание. Выпуск 2, Медицина, 1989. с. 397
4. Корулькин Д.Ю., Абилов Ж.А., Музычкина Р.А., Толстиков Г.А. Природные флавоноиды, Новосибирск: Тео, 2007, 232 с.
5. Флора Азербайджана. Баку, Изд-во АН Аз ССР, в 5-х томах, 1952, с. 248-265.
6. Kundan S., Anupam S. Phytochemical and pharmacological potential of *Medicago sativa*: A review // Pharmaceutical Biology, 2011, v. 49, N:2, p.211-220
7. Barreira C., Visnevschi-Necrasov T., Nunes E. et al. *Medicago spp.* as potential sources of bioactive isoflavones: Characterization according to phylogenetic and phenolic factors // Phytochemistry, 2015, v.116, p 230-238.
8. Martinez R., Kapravelou G., Porres J. et al. *Medicago sativa L.*, a functional food to relieve hypertension and metabolic disorders in a spontaneously hypertensive rat model // Journal of Functional Foods, 2016, v.26, p. 470-484.
9. Muhammad K., Muhammad R., Hizb Kh. et al.Phytochemical and cytotoxic evaluation of *Medicago monantha*: In vivo protective potential in rats // Biomedicine & Pharmacotherapy, 2018, v.102, p. 1052-1063
10.Rodrigues F., Palmeira-de-Oliveira A., Neves J. et al. *Medicago spp.* extracts as promising ingredients for skin care products // Industrial Crops and Products, 2013, v. 49, p. 634-644

Резюме

Перспективы фитохимического исследование видов рода Medicago L. из флоры Азербайджана

Т.А. Сулейманов, А.С.Гарибли

Род *Medicago L.* из флоры Азербайджана представлен 21 видами. Установлено, что сырье видов *Medicago rigidula L.* и *Medicago orbicularis L.* богаты флавоноидами, кумаринами, сапонинами и другими биологически активными соединениями. Разработано схема получения суммы фенольных соединений из сырья *Medicago L.* Спектрофотометрическим методом установлено, что сырья *M. rigidula L.* и *M. orbicularis L.* содержит суммы флавоноидов соответственно 2,21% и 2,42% . Фитохимическое исследование видов роды *Medicago L.* из флоры Азербайджана является перспективным и актуальным.

Summary

Perspectives of phytochemical research of species of the genus Medicago L. from the flora of Azerbaijan

T.A. Suleymanov, A.S.Garibli

The genus *Medicago L.* from the flora of Azerbaijan is represented by 21 species. Determined that raw materials of Medicago rigidula L. and Medicago orbicularis L. rich in flavonoids, coumarins, saponins and other biologically active compounds. A scheme is developed for obtaining the summary of phenolic compounds from the raw material *Medicago L.* In a spectrophotometric method determined that, *M. rigidula L.* and *M. orbicularis L.* raw materials contain amounts of flavonoids of respectively 2.21% and 2.42%. Phytochemical research of the species of the genus *Medicago L.* from the flora of Azerbaijan is perspective and actual.

Daxil olub: 03.09.2018

KORONAR DAMARLARIN RESTENOZUNUN ANGİOQRAFİK RİSK AMİLLƏRİ

V.Ə.Əzizov[1], S.Z.Hacıyeva[1], F.N.İbrahimov[2]

[1]Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı; [2]Mərkəzi Klinik Xəstəxana, Bakı

Açar sözlər: koronar damarlar, stent, restenoz
Ключевые слова: коронарные сосуды, стент, рестеноз
Key words: coronary artery, stent, restenosis

Ürək-damar xəstəlikləri (ÜDX) yayılmasına, əhali arasında əmək qabiliyyətinin müvəqqəti və daimi itirilməsi göstəricilərinə və ölüm hadisələrinin səviyyəsinə görə dünyada və o cümlədən, Azərbaycan Respublikasında birinci yeri tutur. Hal-hazırda ürək-damar xəstəliklərindən ölümün əsas səbəbi ürəyin işemik xəstəliyi (ÜİX) sayılır. Ona görə də ÜİX-in, xüsusilə, stabil stenokardiyanın vaxtında diaqnostikası və adekvat müalicəsinin həyata keçirilməsi praktik təbabətin ən prioritet vəzifələrindən biri olaraq qalmaqdadır. Müasir təsdiqləyici təbabətin prinsipləri və farmako-iqtisadi dəyərlər nəzərə alınmaqla stabil stenokardiyanın optimal müalicə taktikasının seçimi bu gün də kardioloqların vacib vəzifələrdən biridir.

Endovaskulyar müdaxilə kardiologiyada yeni mərhələnin başlanğıcı oldu və ÜİX-in müalicə imkanlarını genişləndirdi [1-4]. İlk dövrlərdə koronar qan dövranının bərpası məqsədi ilə balon angioplastikasından geniş istifadə olunsa da, sonralar pasiyentlərin təqribən yarısında stentdaxili stenozun (restenozun) inkişaf etməsi səbəbindən balon angioplastikası müalicə üsulundan demək olar ki, imtina olundu [1, 5].

Praktik səhiyyəyə daxil olan koronar stentləşdirmə əməliyyatı intensiv inkişafına görə koronar angioplastikanın keçmiş texnologiyalarını iti sürətlə qabaqladı [1, 6-8]. Başlanğıc mərhələlərdə yüksək müvəffəqiyyət qazanmasına baxmayaraq, koronar stentləşdirmənin klinik praktikaya geniş tətbiqi ilk randomizəolunmuş tədqiqatıların nəticələrinə rəğmən uzaq optimist nəticələrə gətirib çıxarmadı [9-14]. Bu nəticələr kardioloqları koronar stentləşdirmə əməliyyatına öz mövqeyini dəyişməyə və endovaskulyar müalicəyə fərdi yanaşmağa məcbur etdi [15].

Dərman (sirolimus və analoqları) örtüklü stentlərin meydana çıxması restenozların rastgəlmə tezliyini xeyli azaltsa da, bu problemi tam həll edə bilmədi [15-19]. Baxmayaraq ki, standart metal stentlə

müqayisədə dərman örtüklü stentləşdirmədən sonra restenoz az hallarda inkişaf edir, amma digər mürəkkəb ağırlaşmalar müşahidə olunur [20-24]. Xüsusi qeyd edilməlidir ki, aparılan tədqiqatlar göstərir ki, dərman örtüklü stentləşdirmədən sonra yaranan restenozla əlaqədar təkrari revaskulyarizasiya standart metal stentləşmədən sonrakı revaskulyarizasiya ilə müqayisədə uzaq nəticələrə görə daha təhlükəlidir [25].

Restenozun inkişafının qarşısını almaq məqsədi ilə ilk növbədə onun risk amillərini müəyyənləşdirmək və müvafiq korreksiya aparmaq tələb olunur. İnvaziv kardiologiyanın hazırki durumu perkutant koronar müdaxiləyə məruz qalmış konkret pasiyentdə restenozun inkişaf edə biləcəyini öncədən müəyyənləşdirməyə imkan vermədiyindən hər hansı preventiv tədbirlərin planlaşdırılması mümkün deyildir. Bununla belə, bu günə kimi restenozun inkişafında rolu ehtimal olunan çoxsaylı risk amilləri barədə məlumatlar mövcuddur [10, 26-31]. Bu risk amillərindən biri də angioqrafik risk amilləri sayılır. Amma, bu istiqamətdə aparılan tədqiqatların nəticələri ziddiyyətlidir.

Tədqiqatın məqsədi. Koronar damarlarına stent qoyulmuş xəstələrdə restenozun inkişafında angiqrafik risk amillərinin rolunu müəyyən etməkdir.

Tədqiqatın material və metodları. Mərkəzi Klinik Xəstəxanada 2005-2015-ci illərdə stabil stenokardiya səbəbindən koronar damarlarına stent implantasiya olunmuş 1000 xəstənin (853 kişi və 147 qadın) xəstəlik tarixi tərəfimizdən retrospektiv olaraq araşdırılmışdır. Xəstələrin orta yaşı 59,2±7,6 il olmuşdur.

Xəstələrin kompleks müayinəsinə ümumi klinik metodlar (sorgu, orqan və sistemlər üzrə obyektiv müayinələr), qanın və sidiyin ümumi müayinəsi, biokimyəvi müayinələr (transaminazalar, qanın lipid spektri, kreatinin, cidik cövhəri, şəkər, C-reaktiv zülal, homosistein) aid edilmişdir.

Koronar restenozu təsdiq etmək üçün təkrari müayinə tələb edən əsas səbəb stenokardiya simptomlarının qayıtmasıdır. Ona görə də stent daxili restenozun diaqnostikası məqsədi ilə ilk növbədə Avropa kardioloqlar cəmiyyənin meyarları əsasında xəstələrdə stenokardiyanın tipik əlamətlərinin olub-olmaması müəyyən edilmişdir.

Perkutant koronar müdaxiləyə məruz qalan pasiyentlərin 48-58%-də restenozun asimptomatik gedişini nəzərə alaraq, müayinəyə cəlb olunan bütün xəstələrdə təkrari restenozun yaranma ehtimalını dəqiqləşdimək üçün tredmil yük sınağı aparılmışdır. Tredmil yük sınağı «General electronics» (ABŞ) aparatında Bruce protokolu əsasında həyata keçirilmişdir. Tipik stenokardiya əlamətlərinin meydana çıxması və / və ya EKQ-də 1 dəqiqədən çox davam edən işemik dəyişikliklərin olması (ST seqmentinin 1mm-dən çox yerdəyişməsi) sınağın müsbət olması kimi dəyərləndirilmişdir.

Həmçinin ağrısız işemiya epizodlarının olub-olmaması, onların sayı, davam müddəti, ST seqmentinin yerdəyişməsi (elevasiyası və ya depressiyası) və onun səviyyəsini müəyyənləşdirmək məqsədi ilə müayinəyə cəlb olunan xəstələrin hamısına EKQ-nin Holter monitoru müayinəsi aparılmışdır.

Xəstələrdə ilkin və təkrari koronaroqrafiya müayinəsi ”General electronic” (ABŞ) və ”Siemens” (Almaniya) aparatlarında Anjo konvensional angioqrafiya protokolu əsasında həyata keçirilmişdir. Təkrari angioqrafiyada stent implantasiya olunmuş damar seqmentində 50% və daha çox daralma təkrari stenoz (restenoz) kimi dəyərləndirilmişdir.

Tədqiqatın gedişində materialların statistik işlənməsində analiz olunan seçmənin orta, minimal və maksimal ölçüsü müəyyən edilmişdir. Standart sapmanın ölçüsü hesablanmışdır. Yuxarıda verilən göstəricilərdən başqa ortanın xətası, faiz və faiz xətası müəyyən edildi. Statistik analiz MS Microsoft Excel kompüter proqramı ilə həyata keçirilmişdir.

Alınan nəticələr və onların müzakirəsi. Bu xəstələr arasında təkrari stenoz (restenoz) olanlar (136 pasiyent) və restenoz olmayanlar (864 pasiyent) ayırd edilmişdir. Tədqiqatın məqsədinə müvafiq olaraq ilk növbədə restenoz olan və restenoz olmayan xəstələrin ilkin angioqrafik göstəricilərinin nəticələri tərəfimizdən araşdırılmışdır (cədvəl).

Cədvəldən göründüyü kimi, restenoz olan xəstələr qrupunda ilkin olaraq, əsasən sol enən arteriya, restenoz olmayanlarda isə dolanan arteriya və sağ koronar arteriya zədələnmişdir.

Ümumilikdə xəstələrin 433-nə (43,3%) holometallik stent, 567-nə (56,7%)- dərman örtüklü stent qoyulmuşdur. Restenoz olan xəstələrin təhlili göstərir ki, holometallik stent implantasiyası olanların 19,6%-ində (433 xəstədən 85-ində), dərman örtüklü stent qoyulmuş xəstələrin təqribən 9%-ində (567 xəstədən 51-ində) təkrari stenoz yaranmışdır.

Restenoz olan xəstələrin 85-nə (62,5%) standart metal (örtüksüz) stent və 51-nə (37,5%) sirolimus/analoqları örtüklü stent qoyulmuşdur (şəkil 1). Restenoz olmayan qrupda isə bu göstəricilər müvafiq olaraq - 348 (40,3%) və 516 (59,7%) təşkil etmişdir (hər iki halda, $p < 0,01$).

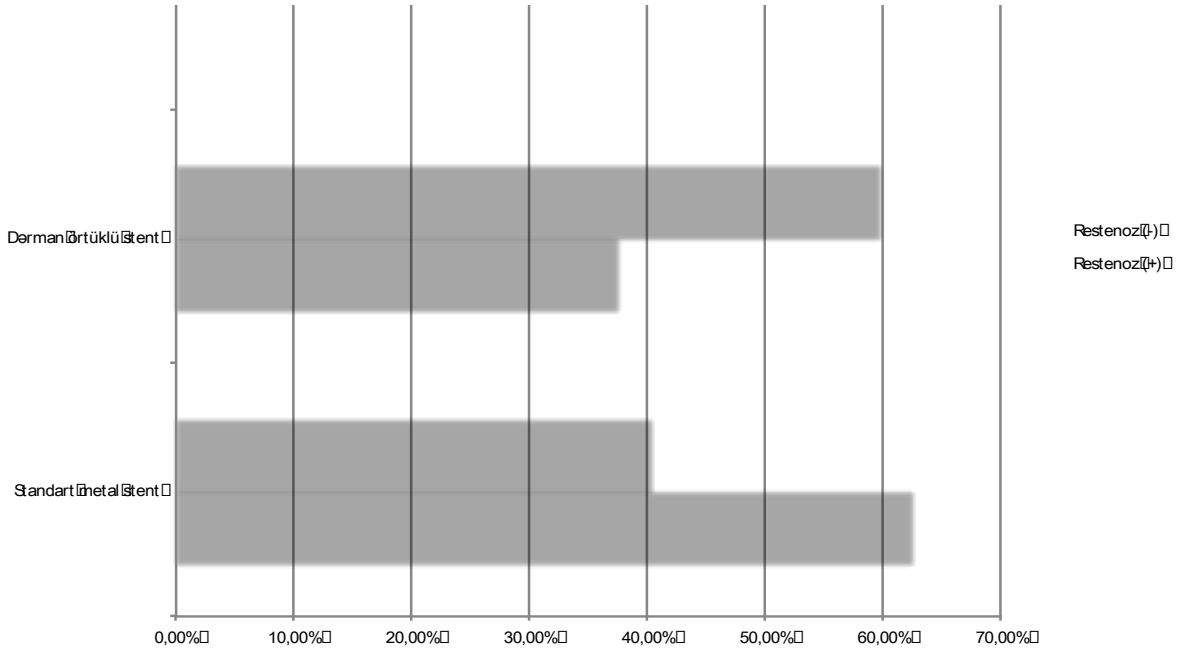
Göründüyü kimi, restenoz nisbətən çox hallarda holometallik stent implantasiyası aparılan xəstələrdə, nisbətən az hallarda isə dərman örtüklü stent qoyulmuş xəstələrdə müşahidə olunmuşdur.

Şəkil 2-də hər iki qrup xəstələrdə qoyulan stentlərin sayı müqayisəli şəkildə verilmişdir.

Cədvəl

Restenoz olan və restenoz olmayan xəstələrdə ilkin angioqrafik göstəricilərin təhlili

Göstəricilər	Restenoz olan xəstələr (n =136)	Restenoz olmayan xəstələr (n = 864)	P
Zədələnmiş koronar arteriyalar:			
Sol enən arteriya	47 (34,6%)	197 (22,8%)	< 0,01
Dolanan arteriya	45 (33,1%)	334 (38,7%)	< 0,05
Sağ koronar arteriya	44 (32.3%)	333 (38,5%)	< 0,05
Stentin tipi:			
Standart metal (örtüksüz) stent	85 (62,5%)	348 (40,3%)	< 0,01
Sirolimus/analoqları örtüklü stent	51 (37,5%)	516 (59,7%)	< 0,01
İmplant olunan stentlərin sayı:			
1	24 (17,6%)	484 (56,0%)	< 0,001
2	53 (39,0%)	221 (25,6%)	< 0,05
3	59 (43,4%)	159 (18,4%)	< 0,001
Stentin diametri, mm	2,82 ± 0,52	2,79 ± 0,51	> 0,05
Stentin uzunluğu, mm	18,3 ± 7,80	18,2 ± 7,74	> 0,05



Şək. 1. Restenoz olan və restenoz olmayan qruplarda standart metal və dərman örtüklü stent qoyulan xəstələrin sayı

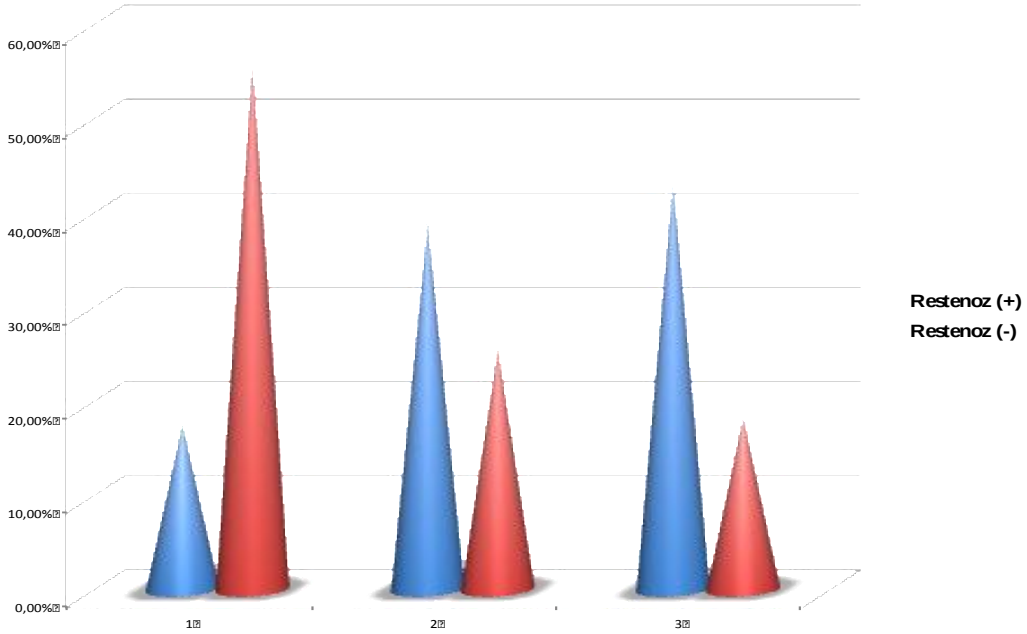
Şəkildən aydın görünür ki. restenoz olan qrupda xəstələrə qoyulan stentlərin sayı restenoz olmayan qrupla müqayisədə əhəmiyyətli dərəcədə çoxdur. Belə ki, restenoz olmayan qrupda 2 və 3 stent qoyulan xəstələrin sayı müvafiq olaraq 25,6% və 18,4% olduğu halda, restenoz olan qrupda bu göstərici əhəmiyyətli dərəcədə çox olmuş və müvafiq olaraq- 39% və 43,4% təşkil etmişdir.

Tədqiqata cəlb olunmuş hər iki qrup xəstələrdə stentin diametri və uzunluğu demək olar ki, bir-birindən fərqlənməmişlər (hər iki halda, p>0,05). Bununla belə, restenozolan qrupda stent implantant olunan arteriyaların diametri 2,5-3,5 mm olmuşdur. Maraqlı cəhət ondan ibarətdir ki, restenozun rastgəlmə tezliyi ilə zədələnmiş koronar damarın diametri arasında əlaqənin olması müəyyən edilmişdir (şək.3)

Şəkil 3-dən göründüyü kimi, stent qoyulmuş damarın diametri kiçildikcə, restenozun rastgəlmə tezliyi artmışdır. Belə ki, restenoz olan xəstələrin cəmi 2%-də damarın diametri 3,5 mm-dən çox olmuşdur, 18% xəstədə bu ölcü -3,5-3,2 32% xəstədə - 3,2-3,5 mm, ən çox, yəni 48% xəstədə damarların diametri 2,8 mm-dən az olmuşdur.

Restenoz qrupunda stentin uzunluğu xəstələrin 7-də (5,1%) 10 mm-ə qədər, 74 nəfərində (54,4%)= 10-20 mm, qalan 55 (40,5%) xəstədə - 20 mm-dən uzun olmuşdur. Bu da ona dəlalət edir ki, restenozun yaranma ehtimalı stentin uzunluğu ilə paralellik təşkil edir.

Nəticə: Beləliklə, tədqiqatımızın nəticələri restenozun inkişafında angioqrafik risk amillərinin rolunu təsdiq edir. Standart holometallik, uzun və dar mənfəzli stent implantasiyasından sonra restenozun yaranma ehtimalı yüksəkdir.



Şək.2. Restenoz olan və restenoz olmayan xəstələrə qoyulan stentlərin sayı (%)



Şək.3. Restenozun rastgəlmə tezliyi ilə zədələnmiş koronar damarın diametri arasında əlaqə

ƏDƏBİYYAT

1. Беленков Ю.Н., Самко А.Н., Батыралиев Т.А. и др. Коронарная ангиопластика, взгляд через 30 лет // Кардиология. 2007, No 9, с. 4-14

2.Mehran R., Mintz G.S., Popma J.J. et al. Mechanisms and results of balloon angioplasty for the treatment of in-stent restenosis // Am J Cardiol 1996, v.78, 618-22

3.Nakatani M., Takeyama Y., Shibata M. et al. Mechanisms of restenosis after coronary intervention, difference between plain old balloon angioplasty and stenting // Cardiovasc. Pathol, 2003, v.12, p.40- 48

4.Schoebel F.C., Gradaus F., Ivens K. et al. Restenosis after elective coronary balloon angioplasty in patients with end-stage renal disease, a case control study using quantitative coronary angiography // Heart, 1997, v.78, p.337–342

5.Alfonso F., Sandoval J., Perez-Vizcayno M.J. et al. Mechanisms of balloon angioplasty and repeat stenting in patients with drug-eluting in-stent restenosis // Int J Cardiol. 2015, v.178, p.213-20

6.Козлов К.Л. Интервенционная кардиология. Нейроиммуно-эндокринные механизмы реваскуляризации миокарда. СПб.: Наука, 2012, 140 с.

7.Fokkema M.L., James S.K., Albertsson P. et al. Population trends in percutaneous coronary intervention, 20-year results from the SCAAR (Swedish Coronary Angiography and Angioplasty Registry) // J Am Coll Cardiol., 2013, v.61(12), p.1222-30

8.Muramatsu T., Onuma Y., Zhang Y.J. et al. Progress in treatment by percutaneous coronary intervention, the stent of the future // Rev. Esp. Cardiol. 2013, v. 66, p. 483-496

9.Березовская Г.А., Ганюков В.И., Карпенко М.А. Рестеноз и тромбоз внутри стента // Российский кардиологический журнал. 2012, №6, с.91-95

10.Самко А.Н., Меркулов Е.В., Власов В.М., Филатов Д.Н. Рестеноз, причины и механизмы развития при различных видах эндоваскулярного лечения // Атеросклероз и дислипидемии, 2014, №1, с.5-8

11.Федорченко А.Н. Рестеноз как основная проблема после чрескожных коронарных вмешательств: Автореф. дис. ...д-ра мед.наук. Новосибирск, 2009, 30 с.

12.Черкавская О.В. Отдаленные результаты эндоваскулярного лечения при использовании различных типов стентов у больных ишемической болезнью сердца: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2012, 40 с.

13.Fujii N., Asano R., Nagayama M. et al. Long-term outcome of first-generation metallic coronary stent implantation in patients with coronary artery disease, observational study over a decade // Circ. J., 2007. v.71, p.1360-5

14.Garcia S., Murray S.T., Moritz T.E. et al. Culprit coronary lesions requiring percutaneous coronary intervention after vascular surgery often arise from in-stent restenosis of bare metal stents // Ann. Vasc. Surg, 2010, v.24, p. 596-601

15.Ma X., Wu T., Robich M.P. et al. Drug-eluting stents // Int. J. Clin. Exp. Med., 2010, v.3, p.192-201

16.Миронов В.М., Меркулов Е.В., Самко А.Н. Чрескожные коронарные вмешательства с использованием биорастворимого стента, опыт клинического применения // Атеросклероз и дислипидемии, 2013, No 4, с.16-20

17.Dangas G.D., Claessen B.E., Caixeta A. et al. In-stent restenosis in the drugeluting stent era // J. Am. Coll. Cardiol, 2010, v. 56, p. 1897-1907

18.Moses J.W., Leon M.B., Popma J.J. et al. Sirolimus-eluting stents versus standard stents in patients with stenosis in a native coronary artery // N. Engl. J. Med, 2003, v. 349, p. 1315-1323

19.Stefanini GG, Holmes DR, Jr. Drug-eluting coronary-artery stents // N Engl J Med 2013, 368,254-65

20.Aminian A., Kabir T., Eeckhout E. Treatment of drug-eluting stent restenosis, an emerging challenge // Catheter. Cardiovasc. Interv, 2009, v. 74, p. 108-116

21.Moussa I., Leon M.B., Baim D.S. et al. Impact of sirolimus-eluting stents on outcome in diabetic patients, a SIRIUS (SIRolImUS-coated Bx Velocity balloon-expandable stent in the treatment of patients with de novo coronary artery lesions) substudy //Circulation, 2004, v.109, p.2273-8

22.Sabate M., Jiménez-Quevedo P., Angiolillo D. J. et al. Randomized comparison of sirolimus-eluting stent versus standard stent for percutaneouscoronary revascularization in diabetic patients, the diabetes and sirolimuseluting stent (DIABETES) trial // Circulation, 2005, v.11, p.2175–2183

23.Schampaert E., Cohen E.A., Schluter M. et al. The Canadian study of thesirolimus-eluting stent in the treatment of patients with long de novo lesions in small native coronary arteries (C-SIRIUS) // J Am Coll Cardiol., 2004, v.43, p.1110-5

24.Schofer J., Schluter M., Gershlick A.H. et al. Sirolimus-eluting stents for treatment of patients with long atherosclerotic lesions in small coronary arteries, double-blind, randomised controlled trial(E-SIRIUS) // Lancet. 2003, v.362, p.1093-9

25.Ishikawa K., Aoyama Y., Hirayama H. Management of drug-eluting stent restenosis // J. Invasive Cardiol, 2012, v. 24, p.178-182

26.Герасимов А.М., Черкавская О.В., Масленников М.А. и др. Клеточные механизмы, клинические и морфологические факторы риска развития рестеноза // Вестн. рентгенол. радиол., 2011, № 4, с. 58-65 27.Cassese S., Byrne RA., Tada T. et al. Incidence and predictors of restenosis after coronary stenting in 10 004 patients with surveillance angiography // Heart, 2014, v.100, p.153-9

28.Chatani K., Muramatsu T., Tsukahara R. et al. Predictive factors of re-restenosis after repeated sirolimus-eluting stent implantation for SES restenosis and clinical outcomes after percutaneous coronary intervention for SES restenosis // J. Interv. Cardiol, 2009, v.22, p. 354-361

29.Chen J., Chen Y., Tian F. et al. Predictors of in-stent restenosis in coronary heart disease patients complicating with diabetes mellitus within 2 years after drug-eluting stents implantation // Zhonghua Xin Xue Guan Bing Za Zhi, 2014, v.42, p. 14-18

30.Park C.B., Park H.K. Predictors of diffuse-type in-stent restenosis following drug-eluting stent implantation // Exp. Ther. Med, 2013, v. 5, p. 1486-1490

31.Zurakowski A., Wojakowski W., Dzielski T. et al. Plasma levels of C-reactive protein and interleukin-10 predict late coronary in-stent restenosis 6 months after elective stenting // Kardiol. Pol, 2009, v. 67, p. 623-630

Резюме

Ангиографические факторы риска рестеноза коронарных сосудов

V.Ə. Əzizov, S.Z.Hacıyeva, F.N.İbrahimov

В настоящем исследовании представлены данные наблюдения 1000 пациентов с ишемической болезнью сердца после чрескожных коронарных вмешательств. В результате проведенного исследования нами были выявлены ангиографические факторы риска развития рестенозов коронарных артерий в отдаленном периоде. Таким образом, малый диаметр коронарных артерий, имплантация коронарных артерий длинными, а также голометаллическими стентами сопровождается повышенной частотой развития рестенозов.

Summary

Angiographic predictors of coronary restenosis.

V.A.Azizov, S.Z.Hajieva, F.N.Ibrahimov

We retrospectively analyzed 1000 patients after percutaneous coronary intervention with stents.The results of this study showed the predictors of coronary restenosis in the long-term follow up periods. We revealed that the small coronary artery diameter, the long length stent and bare metal stent implantation are associated with increased risk of coronary restenosis.

Daxil olub: 22.08 2018

LEYŞMANIOZ. MUKOKUTANOZ FORMA

F.R. Mahmudov, V.S. Sultanov, V.M. Pənahian, G.N. Kərimbəyova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Dermatovenerologiya kafedrası, Bakı; *Sologran Limited, Melburn, Avstraliya Azərbaycan Tibb Universiteti, Otorinolarinqologiya kafedrası, Bakı*

Açar sözlər: leyşmania, mukokutanoz leyşmania, küknar xlorofil-kerotin məcun

Ключевые слова: лейшманиоз, мукокутанозный лейшманиоз, хвойная хлорофиллокаротиновой паста

Key words: leishmaniasis, mucocutanosis leishmaniasis, coniferous chlorophyll-carotene paste

Dəri leyşmaniası parazitar dəri xəstəlikləri qrupuna aiddir. Xəstəliyi leyşmania cinsindən olan ibtidailər törədir. Əsasən 4 klinik forması ayırd edilir: dəri leyşmaniozu (Köhne və Yeni dünya), dəri-selikli qişa leyşmaniozu (mukokutanoz forma), diffuz dəri leyşmaniozu və visseral leyşmania. Dəri leyşmaniozunda ağcaqanadların sancdığı yerdə bir və ya bir neçə papula (düyüncük və ya qabarcıq) əmələ gəlir, xoralaşır və çapıq qoymaqla sağalır [4].

Ümumdunya Səhiyyə Təşkilatının verdiyi məlumata əsasən 80-ə yaxın ölkədə 350 milyon insan aktiv parazitə yoluxmanın mümkün ola biləcəyi ərazilərdə yaşayır. Təxminən 20 milyondan çox insan aktiv leyşmanioz xəstəsidir [6]. Və hər il 2 milyon insan da bu siyahiya yeni yoluxmuş kimi əlavə olunur [5].

Köhnə dünyanın dəri leyşmaniasında yaranmasında leishmania tropica major (zoonoz tip), leishmania tropica minor (antroponoz tip); Yeni dünyanın dəri leyishmanın yaranmasında leishmania - mexicana, amazonensis, venezuelensis, peruviana və s.; mukokutanoz leyishmanianın yaranmasında isə leishmania brasilensis (espundiya) və s. törədicilər mühüm rol oynayır [4]. Leyishmania törədiciləri sağlam insana flebotomus cinsindən olan ağcaqanadların 2 növü ilə -phlebotomus papatasi və phlebotomus sergenti vasitəsilə yoluxur [6].

Leyishmanianın müalicəyə çətin tabe olan formalarından biri dəri və selikli qişaların birgə zədələnməsi ilə müşahidə olunan mukokutanoz formasıdır [3]. Əsasən Amerika qitəsində rast gəlinən bu formanın törədicisi L.brasiliensis complexdir [5]. Leyishmaniyanın bu formasında burnun selikli qişasında iltihab, ödem, qanaxma, burun arakəsməsinin və burun qanadlarının qığırdaq hissəsinin dağılması, dodağın, dilin, damaq badamcıqlarının, damağın, hətta bəzi hallarda traxeya və qırtlağın da zədələnməsi baş verir. Proses illərlə davam edə bilər [4].

Dəri leyşmaniyasının differensial diaqnostikası impetiqo, furunkul, karbunkul, ektima, sibir xorası, dəri vərəmi, 3-cülü sifilis (qumma), frambeziya, sporotrixoz, kerion, miaz, drankunkulyoz, ziyillər, Buruli xorası, yad cisim qranuleması, keratoakantoma, bazalhüceyrəli və yastıhüceyrəli dəri xərçəngi kimi xəstəliklərlə aparılır [3].

Xəstəliyə diaqnoz mikroskopiya (zədəli yerlərdən hazırlanmış yaxmanın), kultivasiya (NNN mühitində biopsiya materiallarının və ya incə iynə aspiratının əkilməsi), PCR (biopsiya materialı və aspiratlarda) metodlarından istifadə etməklə qoyulur [1,3,6].

Dəri leyşmaniozunun müalicəsi yerli və sistem şəklində olmaqla 2 istiqamətdə aparılır. Yerli terapiyaya sürmə preparatlarının ocaqdaxili inyeksiyası, krioterapiya, ultrasəs terapiya, ocağın cərrahi ləğvi, elektrokoaqulyasiya kimi metodlar daxildir. Sistem terapiyada isə natrium-stiboqlukonat, meglumin, amfoterisin B, pentamidin, ketokonazol adlı dərman vasitələrindən istifadə olunur [1,3,4].

Kliniki müşahidələr göstərir ki, yerli terapiya zamanı estetik cəhətdən pasienti narahat edən dəri çapıqları və toxuma defektlərinin yaranması qaçılmazdır. Belə defektlərin olma ehtimalını aşağı endirmək üçün yerli terapiyada istifadə olunan dərman maddələrinin siyahısına təbii mənşəli XXKП (хвойная хлорофиллокаротиновой паста) adlı pastanın əlavə olunması məsləhətdir.

Bu preparat şam ağacının iynəyarpaqlarından xüsusi metodlarla əldə olunmuş ekstraktdan təşkil olunmuşdur. Tərkibinə xlorofil törəmələri, karotinoidlər (beta-karotin və digər karotinlər), bəzi yağ turşularının natrium duzu, mumabənzər maddələr, efir yağları, fitosterinlər, poliprenollar, labdanoidlər, antioksidantlar, əvəzolunmaz aminturşular, bioflavanoidlər, A,E,K,B,F vitaminlərinin provitaminləri, C vitamini və digər təbii komponentlər daxildir. Pastanın tərkibindəki maddələrin bakterisid, antiparazitar, immunstimulyator, dezodarasiyaedici, regenerasiyaedici, antioksidant, antiaterosklerotik, antikanserogen və s. kimi müsbət təsirlərə malik olması onun yanıqların, müxtəlif mənşəli yaraların, kolpitlərin, vulvovaginitin, uşaqlıq boynu eroziyasının müalicəsində istifadəsinə imkan verir [2].

Aşağıda sizlərə klinik təcrübəmizdən olan iki xəstə təqdim edilir :

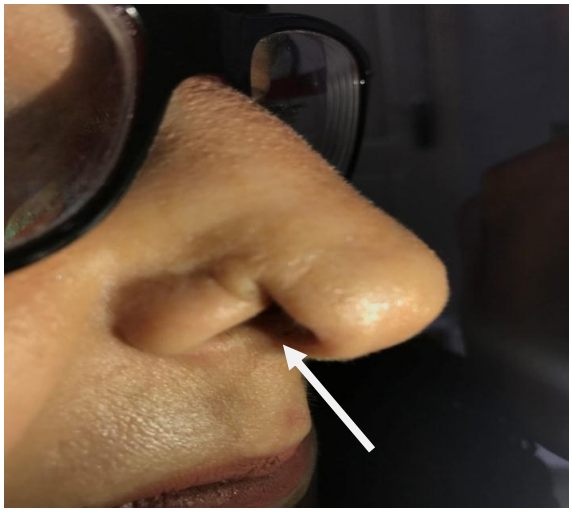
Xəstə F.D. (25 yaş, qadın) 14.05.2018-ci il tarixində Respublika Dəri-Zöhrəvi Dispanserinə (bundan sonra RDZD) burnun sağ qanadında atrofiya (şəkil 1), burunda qanaxma, qaşınma, burun boşluğunun sağ hissesinin bayır divarının selikli qişasında xora şikayətləri ilə müraciət etmişdir. Toplanılan anamnezdən mələmdur ki, xəstə F. özünü 2017-ci ildən xəstə hesab edir. Proses burunda qaşınma ilə başlamışdır. Və həmin ildən burunda kiçik deformasiya yaranmağa başlayıb. Bununla əlaqədar ilk dəfə həkimə 2017-ci il mart ayında müraciət etmişdir və xəstəyə burnun sağ hissəsinin ekzeması diaqnozu qoyulmuş, bu istiqamətdə müalicə təyin olunmuşdur (solkoseril gel, triderm krem). Aparılmış müalicə effekt verməmişdir. Qeyd etdiymiz kimi 2018.05.14 tarixində xəstənin bizə müraciəti zamanı burnun selikli qişasından yaxma götürülmüş və mikroskopik müayinə edilmişdir. Mikroskopiya zamanı görmə sahəsində çoxlu miqdarda Borovski cisimcikləri aşkarlanmışdır (şək.2). Bununla yanaşı aparılan rinoskopiya zamanı xəstənin burun boşluğunda eroziyalar müşahidə olunub (şək.3). Aparılan müayinələrin nəticəsi olaraq xəstəyə leyşmanianın mukokutanoz forması diaqnozu qoyulmuşdur. Mövcud diaqnoza əsasən xəstəyə ənənəvi terapiya metodu (qlukantim inyeksiya, metronidazol) ilə yanaşı küknar xlorofil-kerotin məcun də təyin olunmuşdur. Müalicə müddətində burnun selikli qişasında olan eroziyaların epitelizasiyasının ənənəvi terapiya ilə müqayisədə daha sürətli getdiyi rinoskopik müayinələr zamanı müşahidə olunmuşdur (şək.4).

İkinci xəstə S.M.(49 yaş, qadın cinsi) 04.04.2018-ci il tarixində burun arakesmesinin qığırdaq hissəsinin atrofiyası, burun qanadlarının aşağı kənarı və burun zirvəsinin qismən atrofiyası (şək.5), burun boşluğu

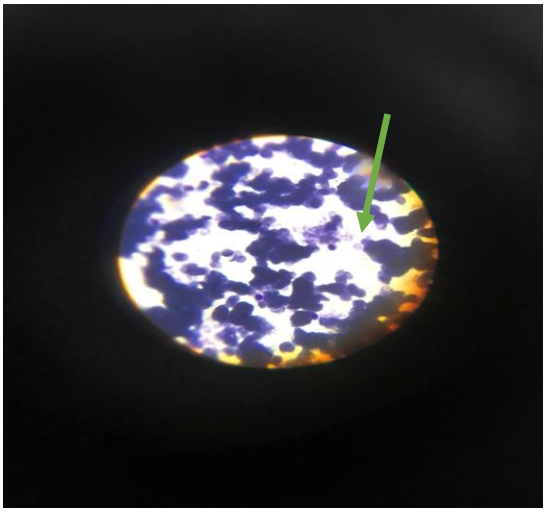
selikli qişasının eroziyası (şək.8,9) şikayətləri ilə RDZD-ye müraciət etmişdir. Anamnezdən məlumdur ki, şəxs özünü 2008-ci ildən xəstə hesab edir. Xəstənin dediyinə görə, xəstəlik ilk dəfə sızanaqşəkilli səpgi ilə başlamışdır. Uzun müddət həkimə müraciət etməmişdir. Xəstəliyi ilə əlaqədar ilk dəfə 2014-cü ildə müalicə almışdır. Lakin müalicə qənaətbəxş olmamışdır.

RDZD-yə müraciət zamanı xəstənin burnunun zədəli nahiyəsindən götürülmüş bioptatın patohistoloji müayinəsinin (şək.6) nəticəsində orta dərəcəli displaziya, yastı epitelin hiperplaziyası, hiperkeratoz; burun zədəli nahiyəsinin dərisindən və selikli qişasından alınmış materialın mikroskopik müayinəsi zamanı isə Borovski cisimcikləri aşkarlanmışdır (şək.7). Əlavə müayinə kimi rinoskopiya (şək.8,9) da aparılmışdır. Xəstəyə leyşmania əlehinə ənənəvi dərman terapiyası (qlukantim, metronidazol, metrogel) ilə paralel XXKП pastası da təyin olunmuşdur. Müalicə müddətində aparılan müayinələr zamanı burnun selikli qişasında olan eroziyalarda epitelizasiyanın sürətləndiyi rinoskopik müayinələr zamanı müşahidə olunmuşdur (şək.10).

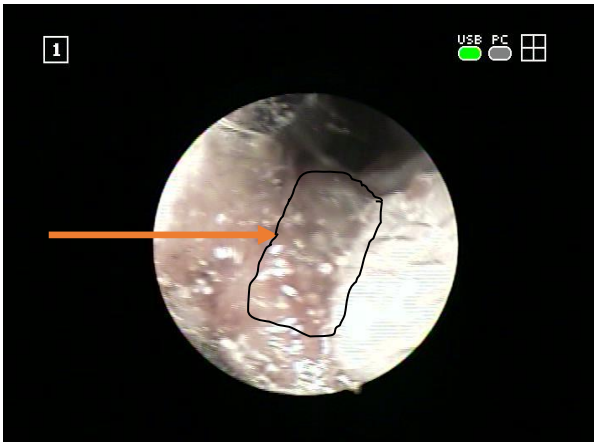
Pastanın müalicə məqsədilə təyini zamanı alınan nəticələr göstərir ki, bu istiqamətdə tədqiqatları davam etdirmək olar.



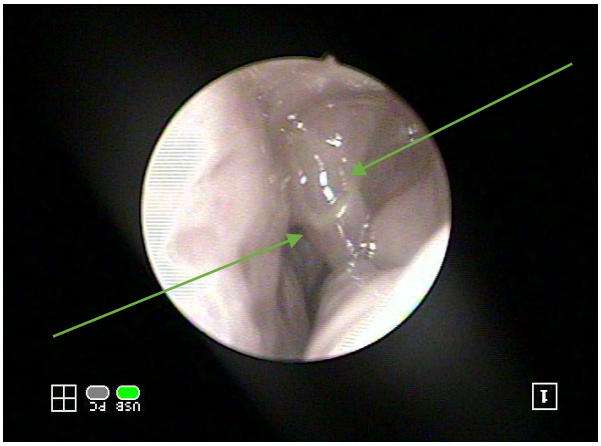
Şək.1. (oxla distrofiya göstərilmişdir)



Şək.2 .(oxla Borovski cisimcikləri göstərilmişdir)



Şək.3 (rinoskopiya, oxla eroziya ocağı göstərilmişdir, müalicədən əvvəl)



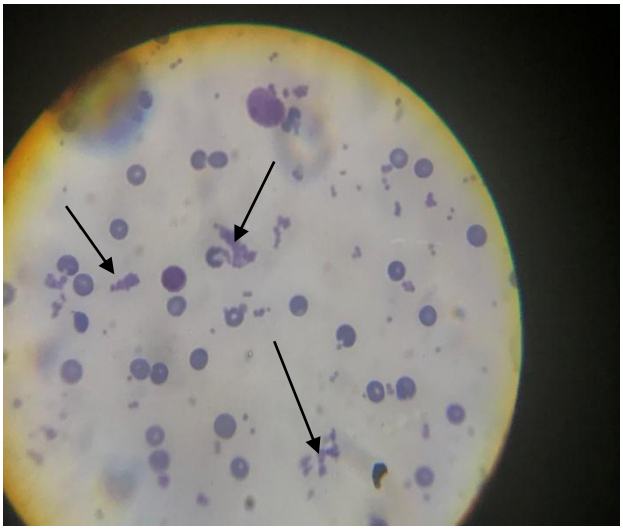
Şək.4 (rinoskopiya, oxla eroziya ocağının müalicədən sonrakı vəziyyəti göstərilmişdir)



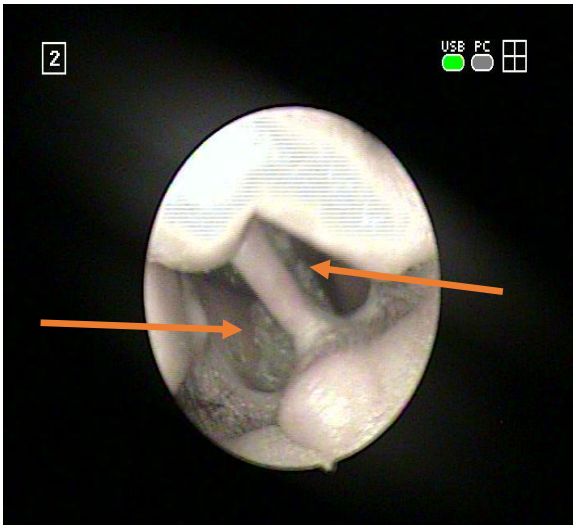
Şək. 5.Oxla atrofiya sahələri göstərilmişdir



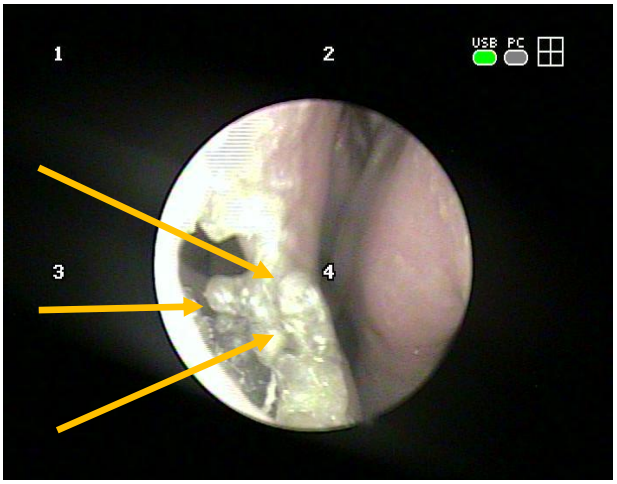
Şək.6. Bioptatın patohistoloji müayinəsi



Şək. 7. Oxla Borovski cisimcikləri göstərilmişdir



Şək.8.Rinoskopiya, oxla eroziya ocaqları göstərilmişdir



Şək. 9. Rinoskopiya, oxla eroziya ocaqları göstərilmişdir



Şək.10. Rrinoskopiya, oxla eroziya ocağının müalicədən sonrakı vəziyyəti göstərilmişdir

ƏDƏBİYYAT

1.Кацамбаса А.Д., Лотти Т.М., Европейское руководство по лечению дерматологических болезней / пер. с английского В.П. Адаскевич. 2-е издание, М.: МЕДпресс-информ, 2009, с.280-283.

2.Козлова Н.С., Султанов В.С., Васильев О.Д. и др. Оценка антимикробной активности хвойной хлорофилло-каротиновой пасты в сравнениис маслом чайного дерева / IX Съезд Всероссийского научно-практического общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов. Итоги и перспективы обеспечения эпидемиологического благополучия населения РФ. М., 2007

3.Скрипкин Ю.К., Бутова Ю.С., Клиническая дерматовенерология, руководство для врачей в 2 тома. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. Том I, с.350-372.

4.Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вулф К. и др. Дерматология. Атлас- справочник. Практика. Москва, 1999, с.870-877

5.Baykal Can, Dermatoloji atlası, 3.baskı. Nobel Tıp Kitapevi, 2012., Cilt 1, s. 108-111

6.Tüzün Yalçın, Serdaroğlu Server, Erdem Cengizhan ve b. Dermatolojide tedavi. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 2010, s. 466-474

Резюме

Лейшманиоз. Мукокутанозная форма

Ф.Р. Махмудов, В.С. Султанов, В.М. Панахиан, Г.Н.Керимбекова

Кожная лейшмания относится к группе паразитарных кожных заболеваний. Болезнь вызывают простейшие из семейства лейшмании. В основном, выделяют 4 клинические формы лейшмании: кожный лейшманиоз (Древний и Новый мир), лейшманиоз кожи и слизистой оболочки (мукокутанозная форма), диффузный кожный лейшманиоз и висцеральная лейшмания. При кожном лейшманиозе на месте укуса комара образуется одна или несколько папул (узелочки или выпячивания) с изъязвлением и заживает, но на этом месте остается рубец [4]. Из клинических наблюдений видно, что при местной терапии неизбежно образование кожных рубцов и дефектов тканей, с эстетической точки зрения очень беспокоящих пациентов. Для снижения допустимости таких дефектов в список лекарственных веществ, используемых при местной терапии, целесообразно включение и ХХКП (хвойной хлорофиллокаротиновой пасты) природного происхождения.

Summary

Leishmaniasis. Mucocutanus form

F.R. Mahmudov, V.S. Sultanov, V.M. Panahian, G.N.Kerimbekova

Cutaneous leishmania refers to the group of parasitic skin diseases. The disease is caused by the simplest of the Leishmania family. Basically, 4 clinical forms of Leishmania are distinguished: cutaneous leishmaniasis (Ancient and New World), leishmaniasis of the skin and mucous membrane (mukokutanozny form), diffuse cutaneous leishmaniasis and visceral leishmania. In cutaneous leishmaniasis, one or more papules (nodules or protrusions) with ulceration form and heal at the site of a mosquito bite and a scar is left in this place [4]. From clinical observations, it is clear that with local therapy, the formation of skin scars and tissue defects is inevitable, from an aesthetic point of view of very disturbing patients. To reduce the admissibility of such defects in the list of medicinal substances used in local therapy, it is advisable to include also HHCP (coniferous chlorophyll-carotene paste) of natural origin.

Daxil olub: 10.08 2018

DİŞ İMPLANTLARININ OSTEOİNTEQRASİYA PROSESİNDƏ SİTOKİNLƏRİN DİAQNOSTİK GÖSTƏRİCİLƏR KİMİ ROLU

T.G Mahmudov
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: dental implantasiya, diş-dişəti mayesi, mukozit, sitokinlər
Ключевые слова: дентальная имплантация, кровь, зубодесневая жидкость, мукозит, цитокины.
Key words: dental implantation, blood, dentogingival fluid, mucositis, cytokines.

Son 25 il ərzində tam və ya qismən adentiya olan xəstələrin reabilitasiyası üçün diş implantları ilə itkin dişləri dəyişilməsində qayğı standarta çevrilmişdir [1,7,12]. Bu əhəmiyyətli irəliləyiş osteointeqrasiya konsepsiyasına əsaslanır; yaşayan alveolar sümük və diş implantının bir yük daşıyıcısı kimi birbaşa struktur və funksional bir əlaqə olaraq təyin olunur [1,2,12].

Osteointeqrasiya prosesin mexanizmi sümüklərin birincili sağalma ilə oxşardır, burada mediatorun şəlaləsi ilə iltihabı proses hematoma, eləcə də cərrahi zədələnmədən sonra qan dövranın sirkulyasiyaya səbəb olur. Bunun nəticəsində, regenerasiya baş verir və beləliklə, yara sümük toxuması ilə əvəz olunur [3,5,8].

Induksiya olunan toxuma reaksiyasının növü implant materiallarının biouyğunluq dərəcəsi, yəni orqanizmə yerləşdirilən implantın toxumalara uyğun olaraq mövcud olması və fibroz kapsulun meydana gəlməsi və onun yoluxması kimi zərərli dəyişikliklər etməməsi ilə müəyyən edilir [5,7].

Əslində, normal şəraitdə sümük kütləsini, bir-birini balans edən osteoblast vasitəçiliyi olan sümük formasiyası ilə osteoklast vasitəçiliyi ilə sümük rezorbsiyasiyasının bağlanma yolu ilə, dəstəkləyir. Bu proses hormonlar və lokal sitokinlər tərəfindən tənzimlənir [7,10]. Məlumdur ki, implant materialları inert ola bilər və interleykin-1 (İL-1), interleykin-8 (İL-8) və şiş nekroz amil-alfa (ŞNA-alfa) kimi yüksək sitokin səviyyəsini təşkil edə bilər [4,6]. Bəzi tədqiqatlarda qeyd olunmuşdur ki, uğursuz diş implantları əhatə edən toxumalarda qeyri-normal immun cavabı periimplantat və periodontal toxumaları məhv edə bilən makrofaqlar, T-limfositlər, endotelial hüceyrələr, fibroblastlar, keratinositlər, osteoklastlar və osteoblastlar kimi müxtəlif tip hüceyrələrlə bağlıdır [6]. Bütün bu hüceyrələr, aktiv olduqları halda, iltihab və osteolitik proseslərə vasitəçilik edən sitokinləri və lipid mediatorları sintez edə və sərbəst buraxa bilər [7,14].

Sitokinlər çox funksional zülal və qlikoproteinlər olub, yerli və sistem səviyyəsində hüceyrələr arası tənzimləyici amillər kimi fəaliyyət göstərir. Onlar lokal iltihab toxuma infiltratlarında immunokompetent hüceyrələr tərəfindən istehsal olunur. Eyni zamanda, fibroblastlar, epiteliya və endotelial hüceyrələr kimi periodontal toxuma komponentləri də iltihabi reaksiyalar zamanı sitokinlərin formalaşmasında iştirak edirlər [11]. Beləliklə, periimplant xəstəliyinin (mukozit və periimplantit) markerləri kimi sitokinlərin (İL-1, İL-8 və ŞNA kimi) faydalılığı öyrənilmişdir [4,11]. Göstərilmişdir ki, plazmada sitokinlərin səviyyəsi dental əməliyyatdan sonra artır və periodontal sağlamlıq, ağız boşluğunda reaktiv və suppressor immun hüceyrələri, onların sitokinləri və mediatorlar arasında yerli balansından asılıdır [11].

Son 10 il ərzində sitokinlərin faydalı diaqnostik göstəriciləri kimi rolu araşdırılmışdır. Sitokinlər periimplant xəstəliyinin mövcudluğunu və ya olmamasını göstərə bilər və ya müalicənin nəticəsini göstərir. Bu da öz növbəsində eyni hallarda əlavə tibb proseduraların ehtiyacını istisna edir. Ədəbiyyat məlumatına görə iltihabönü sitokin və xemokinlərin artmış səviyyəsi iltihab səviyyəsi ilə əhəmiyyətli dərəcədə korrelyasiya edir [11].

Bütün yuxarıda sadalanan hazırki araşdırmanı aparmağa bizi vadar etdi.

Tədqiqatın məqsədi dental implantasiyadan əvvəl və sonra xəstələrdə qan və diş əti mayedə sitokin səviyyəsinin öyrənilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Dental sümükdaxili implantasiya 45-60 yaş arasında (orta yaş 54,6 ± 4,17) olan 164 nəfərdə həyata keçirilmişdir. Müayinə olmuş pasiyent arasında kişilərin sayı 78 (47,6%), qadınların isə 86 (52,4%) olmuşdur. 3 dişdən çox diş itkisinə məruz qalan xəstələr üstünlük təşkil etmişdir – 75,6% (124 xəstə). Diş itkisinin səbəbi ağırlaşmış karies, parodontit göstərilmişdir. 83 (50,6%) xəstədə madə-bağırsaq traktın xəstəlikləri, 59 (36,0%) xəstədə LOR-orqan və allergik xəstəliklər olmuşdur. 22 (13,4%) xəstədə yanaşı gedən xəstəliklər qeyd edilməmişdir. Kəskin mərhələ ilə ağır somatik xəstəliklərə məruz qalmış, mədə-bağırsaq sistemin xora-eroziv pozğunluqlarla, anamnezdə miokard infarktı olan, antikoaqulyant, kortikosteroid müalicəni qəbul etməyən xəstələr tədqiqata daxil olmamışdır.

Xəstələrin hamısına dental implantasiya bir və iki mərhəli LORGide membrana 25x25 mm (Almaniya) metodikası ilə aparılıb. Cəmi 641 implant qoyulmuşdur: 16 (9,7%) xəstəyə 2 implant, 24 (14,6%) xəstəyə 3 implant, 83 (50,6%) – 4 implant və 41 (25,0%) xəstəyə 5 implant qoyulmuşdur.

Nəzarət qrupu eyni yaşda olan 20 könüllülər təşkil etmişdir. Onlardan 9 (45,0%) kişi, 11 (55,0%) qadın

olmuşdur.

Tədqiqat Dünya Tibb Assosiasiyasının Helsinki Deklarasiyasına uyğun olaraq aparılmışdır. Xəstələr yazılı şəkildə öz razılığını bildirdilər.

Müayinə sorğu, anamnezin təhlili və baxışı, ağız boşluğun klinik vəziyyətini daxil edən ümumi qəbul edilmiş metodika əsasında aparılmışdır. Rentgenoloji müayinə xəstələrin hamısında sümükdaxili implantasiya əməliyyatdan əvvəl, əməliyyat günü, əməliyyatdan sonra və ikinci mərhələnin əvvəlində aparılmışdır. Əvvəlcə və müşahidələrin dinamikasında ağız boşluğunun gigiyenik vəziyyəti Green-Vermillion (1964), diş ərpi vizual, damağın qanaması Muhleman H.R. və Cowell I. (1975) görə qiymətləndirilmişdir.

Xəstənin implantasiyadan sonrakı dövrdə klinik vəziyyəti implant sahəsində ağrı olması, bədən hərarətinin artması, ağız boşluğun selikli qişasının şişməsi və lokal hiperemiya, yaradan ifrazat, reqional limfa düyünlərinin böyüməsinə görə müəyyənləşdirilirdi. İmplantasiyadan sonrakı dövrün gedişi xəstələrin hamısında 1-3 və 7 sutkada öyrənilmişdir.

Diş mayesi hər bir implantdan "F" steril filtr kağız zolaqlar vasitəsilə yığılırdı. Biomaterialın yığılması aşağıdakı kimi aparılnmışdır: ağızın aspirasiya ilə qurutması; diş əti şırımı sahəsini ağız sudan pambıq çubuqlarla təcrid edilməsi; sahənin yumşaq qurutması; steril kağız zolaqlarını implant və diş əti arasındakı şırıma yerləşdirərək bu mövqeyi 30 saniyə saxlamaq vasitəsilə maye nümunələrini almaq. Daha sonra hər bir hopdurulmuş nümünə 1 ml 0,155 M natrium xlorid məhlulu olan Ependorf sınaq şüşəsinə yerləşdirilib, 10 dəq. ərzində Kombispin FVL-2400N (BioSan, Latviya) sentrifuqa-vorteks köməyi ilə silkələnirdi. Nəticədə, diş əti mayenin nümunələri 1: 200 olan nisbəti ilə əldə edilmiş, -40°C-də dondurulmuş və analizə qədər saxlanılmışdır.

Sitokin profili implantasiya prosesindən əvvəl və 6-7 gün sonra müayinə olunmuşdur. İltihabönü: İL-1β, İL-6, ŞNA-α, interferon-qamma (İFN-γ) və iltihab əleyhinə İL-4, İL-10 sitokinləri qan serumunda və diş əti mayesində bərk fazalı immunferment analizi metodu ilə «Протеиновый контур», «Вектор-Бест» (Rusiya Federasiyası) istehsalı olan immunferment test-sistemin köməyi ilə müəyyən edilmişdir.

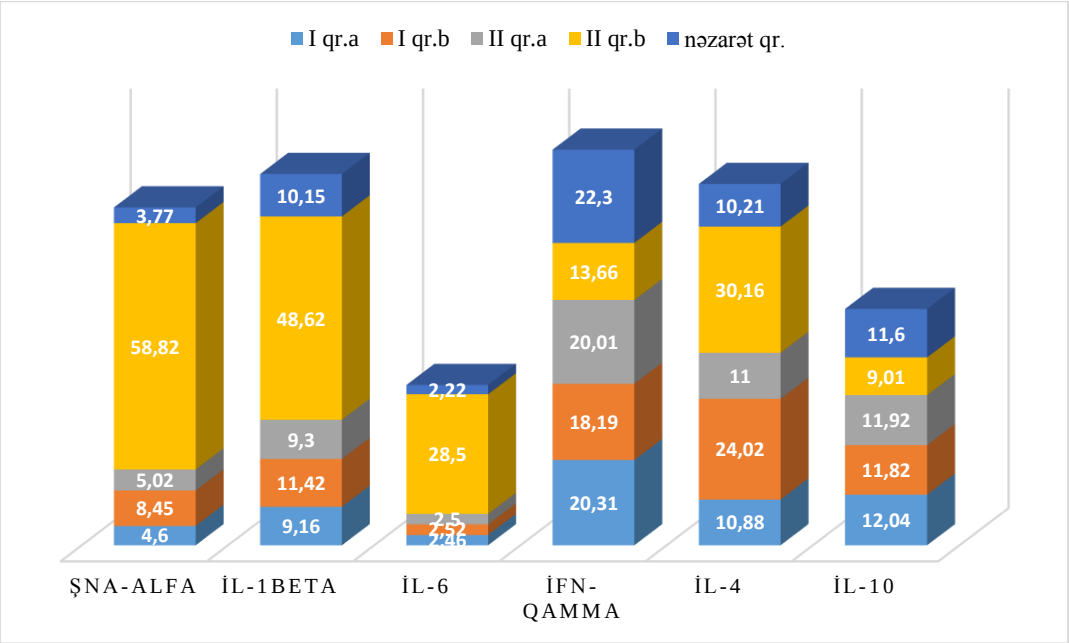
Alınan məlumatın statistik işlənməsi Statistica version 7.0 (ABŞ) proqramın standart paketlərin istifadəsi ilə aparılmışdır.

Nəticələr və onların müzakirəsi. Klinikaya müraciət edərkən xəstələr dişətindən qanama, onun inkişaf xarakterini qeyd edərək, dişarası aralıqlardan ifrazatlardan, dişlərin statikasının pozulmasından şikayətlənirdirlər. Xəstələrdə diş əti üstü və altı diş çöküntüləri ilə təzahür olunan ağız boşluğunun qeyri-kafi qiqiyena baxımı aşkar olundu. Xəstələrdə OHI-S indeksin göstəricisi orta hesabla 2,64±0,53 şərti vah. (nəzarət - 0,40±0,06 şərti vah., p<0,001), qanama indeksi - 2,44±0,27 şərti vah. (nəzarət - 0, p<0,001) təşkil etmişdir. Xəstələr professional gigiyenik tədbirlər keçirmişlər, ənənəvi mikrob aleyhinə müalicə və bundan sonra, bilavasitə diş implantasiyadan əvvəl OHI-S və Muhleman-Cowell indekslərinin orta səviyyəsi müvafiq olaraq 0,62±0,06 ş.v. və 0,43±0,04 ş.v. təşkil etmişdir.

İmplantasiyadan dərhal sonra (1-2 gün) bütün xəstələr ağrı, şişkinlik və hiperemiya qeyd etmişlər, lakin 119 (72,6%) xəstədə 3-cü gün bu simptomlar geriləmişdi, 45 (27,4%) xəstədə isə implant sahəsindəki ödem və yumşaq toxuma hiperemiyası ilə təzahür olunan kəskin mukozit diaqnozu qoyulmuşdur. Buna uyğun olaraq xəstələr 2 qrupa bölünmüşdür: I qrupa – fəsadı olmayan 119 xəstə, II qrupa kəskin mukozitli 45 xəstə daxil edilmişdir.

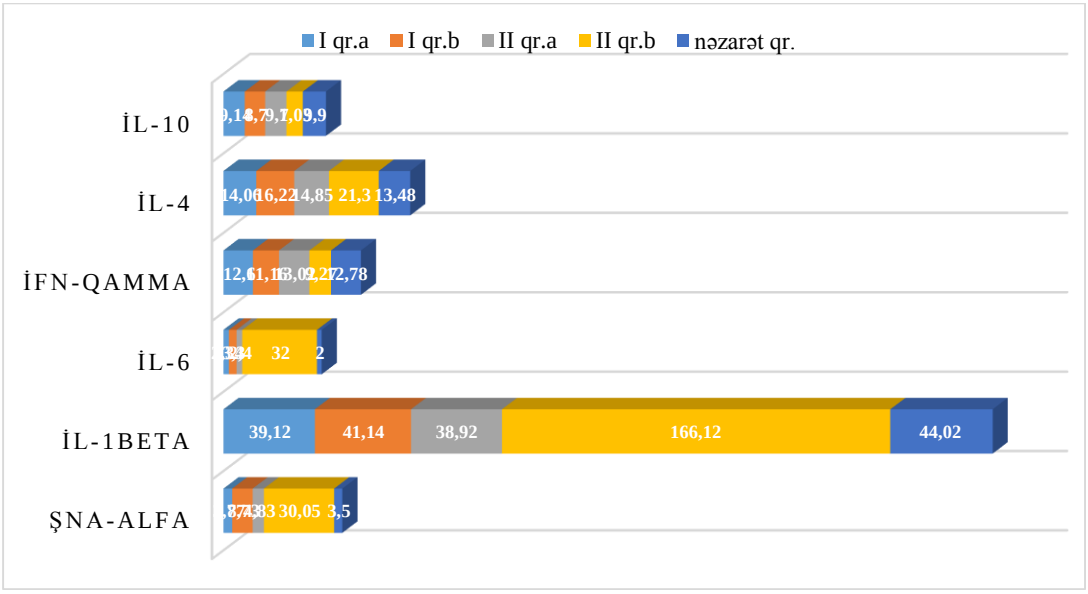
Şək.1-də qan serumunda və şək.2-də diş əti mayesində implantasiyadan əvvəl və sonra sitokinlərin səviyyələri göstərilmişdir.

Əsas iltihabönü sitokinlərdən biri, T-limfositlər, monositlər, limfositlər, granulositlər, təbii killer və makrofaglar tərəfindən ifraz olunan, ŞNA-α-dır. İmplantasiyadan əvvəl xəstələrdə qan serumunda və dişəti mayedə bu sitokinin qatılığı nəzarətdən yüksək olsa da fərq əhəmiyyətli olmamışdır. İmplantasiyadan sonra ŞNA-α sistem səviyyəsi I və II qrup xəstələrdə müvafiq olaraq nəzarət dəyərlərindən orta hesabla 2,2 dəfə (p<0,05) və 15,6 dəfə (p<0,001), lokal səviyyəsi isə 2,5 dəfə (p<0,01) və 8,6 dəfə (p<0,001) çox olmuşdur. İmplantasiyadan sonrakı dövrdə bu sitokinin qatılığı II qrup xəstələrdə I qrupla müqayisədə həm qanda (7,0 dəfə, p<0,001), həm də diş əti mayesində (3,4 dəfə, p<0,01) artmışdır.



Qeyd: a-göstəricilər transplantasiyadan əvvəl; b – transplantasiyadan sonra

Şək.1. Serumda dental implantasiyadan əvvəl və sonra sitokinlərin qatılığı (pq/ml)



Qeyd: a-göstəricilər transplantasiyadan əvvəl; b – transplantasiyadan sonra

Şək.2. Diş əti müyesində dental implantasiyadan əvvəl və sonra sitokinlərin qatılığı (pq/ml)

IL-1β və IL-6 miqdarını öyrənərkən oxşar şəkil qeyd edildi. Hər iki qrupun xəstələrdə qan serumunda IL-1β səviyyəsi orta hesabla bir az aşağı idi, lakin əməliyyatdan sonra onun dəyəri artdı və fəsadı olmayan xəstələrdə (qrup I) artım nəzarət dəyərindən əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənmirdi, kəskin mukozit olan xəstələrdə (II qrup) isə qanda IL-1β qatılığı orta hesabla 4,8 dəfə ($p < 0,01$) yüksək idi. İmplantasiyadan 6-7 gün sonda diş əti mayesində IL-1β miqdarı I qrup xəstələrdə nəzarət qrupa nisbətən bir az aşağı olduqda, kəskin mukozitlə xəstələrdə nəzarət göstəricilərlə müqayisədə 3,8 dəfə ($p < 0,01$) artıq olmuşdur. Qruplar arası analizi aşkar etmişdir ki, bu sitokinin səviyyəsi I qrupla müqayisədə II qrup xəstələrdə implantasiyadan sonra qanda (4,3 dəfə, $p<0,01$) və diş əti mayesində (4,0 dəfə, $p < 0,01$) artmışdır.

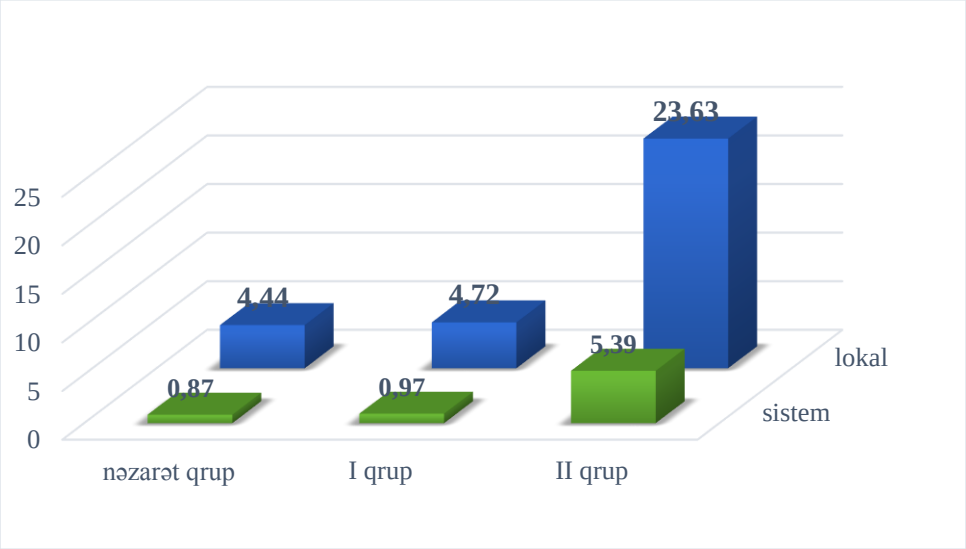
Diş implantasiyadan sonrakı dövrdə İL-6 miqdarının dəyişilməsi ŞNA-α və İL-1β ilə çox oxşar olmuşdur. İmplantasiyadan əvvəl İL-6 qatılığı qan serumunda və diş əti mayedə hər iki qrupda nəzarət qrupla müqayisədə əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənməmişdir. İmplantasiyadan 6-7 gün sonra qanda və diş əti mayedə İL-6 səviyyəsinin artması qeyd edilmişdir, lakin I qrup xəstələrdə nəzarət qrupla müqayisədə qanda sitokinin

fərqi əhəmiyyətli olmadıqda, II qrupda İL-6-nın sistem səviyyəsi nəzarət dəyərindən 12,8 dəfə (p<0.001) və I qrup göstəricidən 11,3 dəfə (p<0,001) çox olmuşdur. İmplantasiyadan sonrakı dövrdə fəsadsız gedişi olan xəstələrdə İL-6 lokal səviyyəsi nəzarət səviyyəsindən 1,6 dəfə (p<0,05), kəskin mukozit olan xəstələrdə isə İL-6-nın orta lokal səviyyəsi nəzarətlə müqayisədə 16,0 dəfə (p <0,001) və I qrupla müqayisədə 9,7 dəfə (p <0,001) yüksək olmuşdur.

Diş implantasiyadan əvvəl xəstələrdə IFN-γ-nın qatılığı nəzarət ilə müqayisədə praktiki olaraq dəyişməmişdir. İmplantasiyadan sonra bu sitokinin miqdarı lokal və sistem olaraq azalmışdır. Əməliyyatdan sonrakı fəsadsız gedişi ilə xəstələrdə nəzarət qrupla statistik əhəmiyyətli fərq yox idi. İmplantasiyadan 6-7 gün sonra IFN-γ-nın miqdarı kəskin mukozit zamanı nəzarətlə müqayisədə qanda 1,6 dəfə (p<0,05), diş əti mayedə isə 1,4 dəfə (p<0,05) az olmuşdur.

Implantasiyadan 6-7 gün sonra iltihab əleyhinə İL-4 və İL-10 sitokinlərin sistem və lokal dəyişikliklərin təhlili hər iki qrup xəstələrdə qanda İL-4 səviyyəsinin statistik əhəmiyyətli artmasını göstərmişdir. Qanda İL-4 səviyyəsi I və II qrup xəstələrdə nəzarətlə müqayisədə müvafiq olaraq 2,3 dəfə (p <0,05) və 2,9 dəfə (p <0,05) artmışdır. Diş əti mayedə nəzatərlə müqayisədə statistik əhəmiyyətli artması (1,6 dəfə, p<0,05) ağırlaşmış gedişatı olan xəstələrdə qeyd edilmişdir. Digər iltihab əleyhinə sitokinin səviyyəsi - İL-10, İL-4-ən fərqli olaraq implantasiyadan sonrakı ağırlaşmış dövrdə aşağı düşmüşdür. İmplantasiyadan əvvəl İL-10 qatılığı qanda və diş əti mayedə xəstərlərdə nəzarətlə müqayisədə praktiki fərqlənmirdi. İmplantasiyadan sonra nəzarət qrupla müqayisədə sitokinin azalması müşahidə olunurdu, lakin implantasiyadan sonrakı dövründə ağırlaşmış gedişi olan xəstələrdə statistik əhəmiyyətli fərq aşkar edilmişdir (1,4 dəfə, p<0,05).

IL-1β-nin və IL-10 nisbətinin, yəni iltihabönü və iltihab əleyhinə sitokinlərin nisbətinin əmsalının hesablanması kəskin mukozit zamanı iltihabönü sitokinlərin hiperistehsalının üstünlüyünü göstərmişdir (şək.3).



Şək.3. Dental implantasiyadan sonra İL-1β/İL-10 nisbətinin əmsalı

Diş implantasiyadan 6-7 gün sonra, fəsadı olmayan xəstələrdə, IL-1β / IL-10 nisbəti qanda və diş əti mayedə nəzarətkindən bir qədər yüksək idi, ağırlaşmış gedişli xəstələrdə bu dəyər 6,2 dəfə (p<0,001) və 5,3 dəfə (p<0,001) müvafiq olaraq qan və diş əti mayedə nəzarət qrupdan yüksək olmuşdur. Fəsadsəz və fəsadlı gedişi olan xəstələrin qrup arası müqayisəli təhlil II qrupda nisbətin qanda 5,5 dəfə (p<0.001) və diş əti mayedə 5,0 dəfə (p <0,001) artmasını göstərmişdir.

Diqqətimizi o fakt cəlb etdi ki, iltihabönü sitokinlərin maksimal yüksək və iltihab əleyhinə maksimal aşağı dəyərləri 5 implantlı 41 xəstədə müşahidə olundu.

Beləliklə, diş implantasiyadan sonradan, xüsusilə ağırlaşmış gedişi zamanı, iltihabönü və iltihab əleyhinə sitokinlərin disbalansı müşahidə edildi. Ən gözə çarpan dəyişikliklər ŞNA-α, İL-1β və İL-6 tərkibində qeyd edildi. Yerli iltihab reaksiyanın meydana gəldiyi zaman, müayinə altında olan xəstələrin qanında ŞNA-α, İL-1β və İL-6 səviyyəsi dəyişdi, yəni aktiv lokal iltihabla yanaşı sistematik iltihab prosesi də artdı.

İL-1β, lokal və ya yerli müdafiə reaksiyalarına vasitəçilik edir, İL-6 iltihab və immun cavabın inkişafında və toxumaların zədələməsində böyük rol oynayır, ŞNA-α fagositozu artırır və İFN-γ bakteriyaları neytrallaşdırır [12]. Müəyyən olunmuşdur ki, İL-6 kəski iltihab zamanı immuntənzimyəlici xüsusiyyətlərə malikdir, bu da ona iltihabı kəskin fazadan xroniki fazaya çevirməsinə imkan verir, nəticədə mononuklear

qranulomalar formallaşır [13]. Beləliklə, İL-6 əvvəlcə inkişaf edən iltihabın müdafiə reaksiyaları və anadangəlmə immunitetinin reaksiyaları qazanılmış immunitetinin reaksiyalarına keçid edə bilər. Bu sitokininin yüksək səviyyələri kəskin mükozitli xəstələrdə iltihab aktivliyini göstərmişdir. Bizim nəticələr digər tədqiqatların məlumatları ilə uyğun gəlir [9,14].

İltihabi proses İL-10 və İL-4 immunokompetent hüceyrələrin istehsalına səbəb olur. İL-4-dün artması da iltihab prosesinin aktivliyini göstərirdi. İL-10, iltihab əleyhinə sitokin olmaqla, bütün iltihabönü sitokinlərin istehsalını yatızdırır, lakin apardığımız tədqiqat kəskin mukozit fonunda İL-10 lokal səviyyəsinin azalmasını, eləcə də İL-1β-/İL-10 nisbətinin əmsalının dəyişməsini göstərdi ki, bu da iltihabönü və iltihab əleyhinə sitokinlərin arasında müvazinətinin pozulmasını təsdiq etmişdir.

Nəticələr. 1. Dental implantasiyadan əvvəl və sonra xəstələrdə qan serumunda və diş əti mayedə sitokinlərin səviyyəsi iltihabönü və iltihab əleyhinə sitokinlərin balansında dəyişiklik olduğunu göstərir. 2. İltihab əleyhinə sitokinlərin istehsalın artması xüsusilə kəskin mukozit fonunda daha çox qeyd edilmişdir. 3. Kəskin mukozit olan xəstələrdə iltihab əleyhinə İL-4 və İL-10 sitokinlərin səviyyəsində dəyişiklik çoxyönlü idi.

ƏDƏBİYYAT

1. Гараев З.И., Джавадов Р.А., Насирова Х.Б. Снижение риска развития осложнений дентальной имплантации // Современная стоматология, 2014, №2, с. 74–76.
2. Загорский В.А. Дентальная имплантация. Материалы и компоненты // Символ науки, 2016, №9-2, с. 132-136.
3. Зекий А.О. Анализ маркеров воспаления и остеорезорбции в ротовой жидкости для оценки адаптации к дентальным имплантатам // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета, 2015, №4 (56), с. 63-66.
4. Король Д.М., Кайдашев И.П., Шинкевич В.И., Рябенко В.В. Характеристика состояния локального иммунитета слизистой оболочки десны при установленном дентальном имплантате // Современная стоматология, 2003, №1, с. 80.
5. Походенько-Чудакова И.О., Карсюк Ю.В. Обоснование исследования по разработке системы прогнозирования исходов дентальной имплантации. Аналитический обзор литературы // Вестник ВГМУ, 2014, Том 13, №1, с. 6-12.
6. Югай Ю.В., Толмачев В.Е., Маркелова Е.В., Голицына А.А. Оценка цитокинового профиля у пациентов до и после дентальной имплантации // Тихоокеанский медицинский журнал, 2013, №1(51), с. 31-33.
7. Al Duboni G., Osman M.T., Taha B.I., Muhamed L.A. The Potential Role of Inflammatory Cytokines as Useful Diagnostic Indicators in Osseointegrated Dental Implants // World Applied Sciences Journal, 2012, v. 20 (5), p. 649-655
8. Bhardwaj S. K., Prabhuji M. L. Comparative volumetric and clinical evaluation of peri-implant sulcular fluid and gingival crevicular fluid // J Periodontal Implant Sci., 2013, v.43, p. 233–242.
9. Biomechanics of dental implants: handbook for researchers. ed. Murat Cehreli. N.Y.: Nova Science Publishers. 2012, 365 p.
10. Millen C., Brägger U., Wittneben J.G. Influence of prosthesis type andretention mechanism on complications with fixed implant-supportedprostheses: a 149 systematic review applying multivariate analyses // Int J.Oral Maxillofac Implants, 2015, v.30, p. 110-124.
11. Petkovic-Curcin A., Mati S., Vojvodic D., Stamatovic N., Todorovic T. Cytokines in pathogenesis of peri-implantitis. Vojnosanit Pregl, 2011, v.68(5), p.435-440.
12. Saini R. Dental Implants: A Review // Research and Reviews: Journal of Dental Sciences, 2013, v.1, Issue 3, p. 8-11.
13. Wauttcr P. Implant endo osseux et protheve adjointe maxillaire // Chir Dent. Fr., 2011, vl. 61, p. 43-47.
14. Yamamoto M., Yoshizflki K., Kishimoto T., Ito H. IL-6 is reguired for the development of Th-1 cell-mediated murine colitis // J. Immunol., 2000, v.164, p. 4878-4882.

Резюме

Цитокины как диагностические показатели в процессе остеоинтеграции дентальных имплантатов

Т.Г.Махмудов

Целью исследования явилось изучение уровня цитокинов в крови и зубодесневой жидкости у пациентов до и после дентальной имплантации. Обследовано 164 лиц с дентальными имплантатами, средний возраст- 54,6±4,17 лет. Мужчин было 78 (47,6%), женщин- 86 (52,4%). Дентальная

имплантация проводилась по одно- и двухэтапной методике и использованы остеопластические материалы Geistlich Bio-Oss spongiosa гранулы 0.5g и Bio-Gide мембраны:25x25 мм (Германия). Всего было установлено 641 имплантат. Течение послеимплантационного периода изучали у всех пациентов в 1-3-е и 6-7 сутки. Зубодесневую жидкость собирали из каждого имплантата стерильными фильтровальными бумажными полосками «Ф». Исследование цитокинов проводили до и на 6-7 сутки после имплантации в сыворотке крови и десневой жидкости методом твердофазного ИФА. Сразу после имплантации (1-2 сутки) все пациенты отмечали болезненность, отечность и гиперемию, которые на 3-и сутки регрессировали у 119 (72,6%) больных, а у 45 (27,4%) пациентов был диагностирован острый мукозит, выраженный отеком и гиперемией мягких тканей в зоне имплантата. После дентальной имплантации наблюдался дисбаланс про- и противовоспалительных цитокинов, особенно при осложненном течении. Наиболее выраженные изменения отмечались в содержании ФНО-α, ИЛ-1β и ИЛ-6. Выявлено преобладание гиперпродукции провоспалительных цитокинов при остром мукозите. Соотношения про- и противовоспалительных цитокинов при остром мукозите было увеличено в 5,5 раз ($p<0,001$) в крови и в 5,0 раз ($p<0,001$) в десневой жидкости.

Summary

Cytokines as diagnostic indicators in the process of osseointegration of dental implants

T.G.Mahmudov

Goal. A study of the level of cytokines in the blood and dentogingival fluid in patients before and after dental implantation. 164 patients with dental implants were examined, the average age was 54.6 ± 4.17 years. The men were 78 (47.6%), women - 86 (52.4%). Dental implantation was performed in a one- and two-stage procedure and osteoplastic materials of Geistlich Bio-Oss spongiosa granules 0.5g and Bio-Gide membranes were used: 25x25 mm (Germany). A total of 641 implants were installed. The course of the post-implantation period was studied in all patients on days 1-3 and 6-7. Dental fluid was collected from each implant with sterile filter paper strips "F". The cytokines were examined before and 6-7 days after implantation in the blood serum and gingival fluid by the solid-phase ELISA method.

Results. Immediately after implantation (1-2 days), all patients noted soreness, swelling and flushing, which on day 3 regressed in 119 (72.6%) patients, and 45 (27.4%) patients were diagnosed with acute mucositis, expressed by edema and hyperemia of soft tissues in the area of the implant. After dental implantation, an imbalance of pro- and anti-inflammatory cytokines was observed, especially in complicated flow. The most pronounced changes were noted in the content of TNF-α, IL-1β and IL-6. The predominance of hyperproduction of pro-inflammatory cytokines in acute mucositis was revealed. The proportions of pro- and anti-inflammatory cytokines in acute mucositis were increased 5.5 times ($p <0.001$) in the blood and 5.0 times ($p <0.001$) in the gingival fluid.

Daxil olub: 09.08 2018

MƏDƏCİKLƏRİN ERKƏN REPOLYARİZASİYASI SİNDROMU OLAN MƏKTƏB YAŞLI UŞAQLARDA ÜRƏK RİTMİNİN VEGETATİV TƏNZİMLƏNMƏSİNİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Z.K.Rəhmanov, B.M.Xəlilova, E.V.Qədimova, G.A.Qafarlı
C.Abdullayev adına ET kardiologiya institutu, Bakı

Açar sözlər: ürək ritmi, vegetativ sistem, uşaqlar, ürək mədəcikləri
Ключевые слова: сердечный ритм, вегетативная система, дети, сердечные желудочки
Keywords: heart rate, vegetative system, children, heart ventricles

Mədəciklərin erkən repolyarizasiyası sindromu (MERS) idiopatik elektrokardioqrafik fenomen olaraq, QRS kompleksinin enən hissəsində J-dalğası və ST seqmentinin psevdokoronar qalxması ilə xarakterizə olunur [1,2,3,4]. MERS ilk dəfə R.Shipley və W.Halleran tərəfindən 1936-cı ildə qeyd olunub və uzun müdət normanın variantı kimi hesab olunurdu.

Həmi sağlam, həm də müxtəlif xəstəlikləri olan insanlarda aşkarlandığına görə MERS-un yaranması ilə bağlı birmənalı fikir yoxdur. EKQ müayinəsi zamanı MERS ümumi populyasiyanın 1-9%-da müəyyən olunur [5].

Yaşın artması ilə bu sindromun rast gəlmə tezliyi azalır [6]. Əsasən oturaq həyat tərzi keçirən kişilərdə, idmançılarda və tünd dərili insanlarda MERS daha çox qeyd olunur [7,8]. Qadınlarla müqaisədə kişilərdə MERS 2-3 dəfə daha çox rast gəlir [9].

Aralıq toxumanın displaziyası, sinir sistemi xəstəlikləri, mədə-bağırsaq patologiyası olan xəstələrdə MERS-ın rast gəlmə tezliyi artır [10]. Ekstrakardial patologiyası olan xəstələrlə müqaisədə, ürək-damar sistemi xəstəlikləri olan pasiyentlərdə MERS nəzərə çarpacaq dərəcədə çox müşahidə olunur [11]. Qeyd olunur ki, intensiv terapiya şobələrinə döş qəfəsi ağrıları ilə qəbul olunan xəstələrin 13-48%-da aşkarlanır [12]. CASPER tədqiqatının nəticələri göstərmişdir ki, naməlum səbəbli ürək dayanmalardan sağ qalmış orqanik kardial patologiyası olmayan pasiyentlərdə, MERS-un rast gəlmə tezliyi 8% təşkil edir [9]. QT intervalının qısalması sindromu olan xəstələrdə erkən repolyarizasiyanın EKQ əlamətləri 65% halda qeyd olunur və bunun mövcudluğu aritmik epizodların yaranmasının risk faktoru hesab edilir [13].

MERS-n proqnostik əhəmiyyətilə bağlı birmənalı fikir yoxdur. Müəlliflərin çoxu bunu xoşxassəli EKQ fenomeni sayır [14,15]. Bununla belə, bu vaxta qədər toplanan məlumatlar MERS-na miokardda baş verən patoloji proseslərin bir hissəsi kimi baxmağa məcbur edir [4,16,17,18].

Tikkanen J.T. və h.m. məlumatlarına görə aşağı aparmalarda MERS qeyd olunan sindromu olmayan insanlarla müqayisədə ürək və aritmogen ölüm riski statistik dürüst çoxdur [19].

Ürək-damar patologiyası ilə yanaşı MERS olan xəstələrdə ürək ritminin və keçiriciliyinin stabil pozulmalarının rast gəlmə tezliyi MERS olmayan xəstələrlə müqayisədə 2-4 dəfə çoxdur [16,20,21].

MERS-un mərkəzi hemodinamika göstəricilərinə olan təsirləri axıra qədər oyrənilməmiş qalır. Bobrov A.L. və h.m. məlumatlarına görə MERS olan şəxslərdə sindrom olmayanlarla müqayisədə ürəyin sistolik və diastolik funksiyalarının göstəricilərinin pozulmaları, sol mədəciyin kütləsinin artması qeyd olunur. Mərkəzi hemodinamika göstəricilərinin pisləşməsini, sistolik və diastolik funksiyaların patoloji dəyişilməsini əsas götürərək, müəlliflər MERS və ürək çatmamazlığı arasında olan patogenetik əlaqələr olması barədə fikir irəli sürürlər (1).

Beləliklə, mədəciklərin erkən repolyarizasiyası sindromu əvvəllər hesab olunduğu kimi təhlükəsiz elektrokardioqrafik fenomen deyil. Bu sindrom ürək-damar patologiyası olan xəstələrdə daha çox aşkarlanır. MERS olan insanlarda supraventrikulyar ürək ritminin pozulmaları daha çox qeyd olunur. Bu sindromu olan insanlarda mərkəzi kardiohemodinamikanın vəziyyətinin pisləşməsi aşkarlanır ki, bu da ürək çatmamazlığının yaranmasının səbəbi ola biər.

Tədqiqatın məqsədi. Yuxarıda deyilənləri nəzərə alaraq, işin əsas məqsədi mədəciklərin erkən repolyarizasiyası olan məktəb yaşlı uşaqlarda qan dövranı üzvlərinin vegetativ tənzimlənməsinin xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi olub.

Tədqiqatın material və metodları. Mövzu üzrə 7-16 yaşlı 61 MERS olan uşaq müayinə olunmuşdur. Bunlardan 24 – 6-11 yaşında (1-ci qrup), 37 isə 12-16 yasında 2-ci qrupu təşkil ediblər. Nəzarət qrupunu 6-11 yaşlı 14, və 12-16 yaşlı 17 praktiki sağlam uşaq təşkil edib. Ümumi klinik, anamnestik və geneoloji əlamətləri öyrənməklə yanaşı, bütün uşaqlarda antropometriya, arterial təzyiqin ölçülməsi, elektrokardioqrafiya (EKQ), kardiointervaloqrafiya (KİQ) müayinə üsulları tətbiq olunmuşdur. EKQ qeydi 12 ümumi qəbul olunmuş aparmalarda EK1T-03M2 cihazında aparılmışdır. EKQ göstıricilərində ritmin tezliyi və xüsusiyyətləri, atrioventrikulyar keçiriciliyi, elektrik sistolanın uzunluğu (Q-T), qulaqcıq dişinin uzunluğu və davamiyyəti, QRS və S dişləri və s. analiz olunmuşdur. Vegetativ tonus və reaktivlikdən ibarət

olan vegetativ qomeostazın vəziyyətini təyin etmək üçün KİQ üsulundan istifadə olunub. KİQ qeydiyyatı bir kanallı elektrokardioqrafla, 2-ci standart aparmada, sutkanın eyni vaxtı, qeydiyya kaqızının 25 mm/san sürəti ilə aparılmışdır. 100 ardıcıl kardiosikl (R-R intervalları) analiz olunmuşdur. Kardiointervalların uzunluğu əl ilə ölçülmüş və aşağıdaki parametrlər təyin olunmuşdur.

1. Moda (Mo) – ürək ritminin humoral kanalının tənziminin vəziyyətini əks etdirən, daha çox müşahidə olunan R-R intervalı.
2. Modanın amplitudu (AMo)- vegetativ sinir sisteminin (VSS) simpatik şöbəsinin fəallığını əks etdirən kardiosiklların ümumi sayından modanın aşkar olunma tezliyi.
3. Variasion qolaylanma (dX)- VSS-in parasimpatik şöbəsinin fəallığının səviyyəsini əks etdirən R-R intervallarının maksimal və minimal uzunluğunun fərqi.

Hesablanmışdır:

1. Vegetativ tarazlığın indeksi (VTİ) mərkəzləşdirilmiş idarəetmənin dərəcəsi, ürəkdə simpatik və parasimpatik təsirin tarazlığını xarakterizə edir.
2. Tənzimlənmə prosesinin adekvatlılıq göstəricisi (TPAG) mərkəzi sinir ya da humoral stimullaşmanın yolunu göstərir.
3. Gərginlik indeksi (Gİ) ürək ritminin mərkəzləşdirilmiş idarə etmə dərəcəsini, sinir fəallığı, həmçinin humoral kanalların tənzimlik fəallığını nəzərə alaraq əks etdirir.

Alınan nəticələrin statistik analizi Vilkokson-Mann-Uitni qeyriparametrik üsulu ilə aparılmışdır. Bütün hallarda $p<0.05$ olduğu halda fərq dürüst hesab olunub.

Cədvəl 1

Mədəciklərin erkən repolyarizasiyası sindromu olan 7-11 yaşlı uşaqlarda kardiointervaloqrafiya göstəricilərinin xüsusiyətləri $\left[\frac{M}{(min-max)}\right]$

	Sağlam	MERS	p
Mo	**0,69** 0,58-0,80	**0,61** 0,22-0,86	
AMo	**22** 14-27	**28** 12-54	
dX	**0,29** 0,20-0,48	**0,22** 0,06-0,52	
Gİ	**57,10** 31,25-82,24	**166,17** 19,23-750,00	0,05
VTİ	**78,164** 50,0-125,0	**189,218** 30,0-750,0	0,05
TPAG	**31,810** 23,333-48,077	**46,533** 15,385-103,846	

Cədvəl 2

Mədəciklərin erkən repolyarizasiyası sindromu olan 12-16 yaşlı uşaqlarda kardiointervaloqrafiya göstəricilərinin xüsusiyətləri $\left[\frac{M}{(min-max)}\right]$

	Sağlam	MERS	p
Mo	**0,75** 0,60-0,86	**0,73** 0,44-1,10	
AMo	**20** 14-30	**26** 10-57	0,05
dX	**0,26** 0,16-0,34	**0,24** 0,04-0,62	
Gİ	**51,85** 32,95-76,12	**156,23** 7,61-1448,86	0,01
VTİ	**77,266** 46,667-118,750	**185,756** 16,129-999,999	0,05
TPAG	**26,1** 16,667-37,500	**39,198** 9,434-115,909	0,05

Alınan nəticələr və onların müzakirəsi. Alınan nəticələrin təhlili göstərmişdir ki, MERS olan uşaqların hamısında humoral və parasimpatik təsirlərin azalması müşahidə olunur. Bunu, 1-ci yaş qrupundan MERS olan uşaqlarda Mo və dX göstəricilərin (cədvəl 1), sağlam uşaqların göstəriciləri ilə müqayisədə, müvafiq olaraq, 11,59% və 24,14%, (p>0,05), və 2-ci yaş qrupunda (cədvəl 2), müvafiq olaraq, 2,67% və 7,69%, (p>0,05), azalması göstərir.

KİQ müayinəsini keçmiş MERS olan uşaqların hamısında VSS-in simpatik şöbəsinin fəallığının artması aşkarlanır ki, bu da AMo və VTİ göstəricilərinin artması ilə təsdiq olunur (cədvəl 1,2). Belə ki, kiçik yaşlılar qrupunda sağlam və MERS olan uşaqlarda qeyd olunan göstəricilərin fərqi, müvafiq olaraq, 27,27%, (p>0,05), və 142,09%, (p<0,05), 2-ci yaş qrupunda isə, müvafiq, 30,0%, (p<0,05), və 140,4%, (p<0,05), təşkil etmişdir.

MERS olan uşaqlarda TPAG və Gİ göstəricilərinin, sağlam uşaqların eyni parametrlərinə nisbətən, artması müşahidə olunur. Belə ki, MERS olan uşaqlarda TPAG və Gİ orta mənaları artmış, və kiçik yaşlılarda müvafiq, 46,28%, (p>0,05), və 191,02%, (p<0,05), 2-ci yaş qrupunda isə, müvafiq olaraq, 50,18%, (p<0,05), və 201,31%, (p<0,01), nəzarət göstəricilərindən çox olmuşdur.

Aparılan tədqiqatın nəticələri MERS olan uşaqlarda vegetativ tənzimlənmənin sinir kanalının fəallaşması və idarəetmənin mərkəzləşməsini göstərir ki, bu da bu grup uşaqlarda adaptasion kompnsator mexanizmlərinin gərginləşməsinə işarə edir.

ƏDƏBİYYAT

1. Бобров А.Л., Шуленин С.Н. Новая классификация синдрома ранней реполяризации желудочков: клиническое значение и применение // Кардиология СНГ, 2006, № 1, с. 123
2. Di Grande A., Tabita V., Lizzio M.M. et al. Early repolarization syndrome and Brugada syndrome: is there any linkage? // Eur. J. Intern. Med., 2008, v. 19, p. 236-240
3. Letsas K.P., Efremidis M., Pappas L.K. et al. Early repolarization syndrome: is it always benign? // Int. J. Cardiol., 2007, v. 114, p. 390-392
4. Macfarlane P.W., Antzelevitch C., Haissaguerre M. et al. The Earli Repolarization Pattern // J Am Coll Cardiol., 2015, v.66, p.270-7
5. Андрейченко Т.А., Шепелева А.А., Сергеев И.Н. Состояние здоровья выпускников медицинского колледжа // Приложение к журналу «Кардиоваскулярная терапия и профилактика», 2005, № 4, с.14-15
6. MacKenzie R. Asymptomatic ST segment elevation // J. Insur. Med., 2004, v. 36, p. 84-87.
7. Haissaguerre M., Chatel S., Sacher F. et al. Ventricular fibrillation with prominent early repolarization associated with a rare variant of KCNJ8/KATP channel // J. Cardiovasc. Electrophysiol., 2009, v.20, p. 93-98.
8. Richter S. The surface ECG in the diagnosis of cardiac arrhythmias: the value of the right precordial leads // Herzschrittmacherther. Elektrophysiol., 2007, v.18, p. 8-16.
9. James A.F., Choisy S.C., Hancox J.C. et al. Recent advances in understanding sex differences in cardiac repolarization. Prog // Biophys. Mol. Biol., 2007, v.94, p. 265-319.
10. Letsas K.P., Efremidis M., Pappas L.K. et al. Early repolarization syndrome: is it always benign? // Int. J. Cardiol., 2007, v. 114, p.. 390-392
11. Шуленин С.Н., Бойцов С.А., Бобров А.Л. Клиническое значение синдрома ранней реполяризации желудочков, алгоритм обследования пациентов // Вестник аритмологии, 2008, № 50, с. 33-39
12. Riera A.R., Uchida A.H., Schapachnik E. et al. Early repolarization variant: epidemiological aspects, mechanism, and differential diagnosis // Cardiol. J., 2008, v. 15, p. 4-16
13. Watanabe H., Makiyama T., Koyama T. et al. High prevalence of early repolarization in short QT syndrome // Heart Rhythm., 2010, v.7, № 5. p. 647-652
14. Surawicz B, Knilas T.K. Chou's electrocardiography in clinical practice. Sixth edition. Philadelfia: Elsevier Saunders, 2008, 732 p.
15. Gussak I, Antzelevitch C. Electrical diseases of the heart: genetics, mechanisms, treatment, prevention. London: Springer-Veriag, 2008, 968 p.
16. Antzelevitch C, Yan G-X, Ackerman MJ et al. Wave Syndromes Consensus Conference: Emerging Concepts & Gaps in Knowledge // Heart Rhythm. 2016, v.13(10), p.265-e324
17. Shen W-K, Sheldon RS, Benditt DG et al. 2017 ACC/AHA/HRS Guideline for the Evaluation and Management of Patients With Sincope // Circulation,2017, v.136, p.e60-e122
18. Медведев М.М., Велеславова О.Е. Синдром ранней реполяризации желудочков: стратификация риска // Вестник аритмологии, 2018, №91, с.64-72

19.Tikkanen J.T., Anttonen O., Junttila M.J. et al. Long-Term Outcome Associated with Early Repolarization on Electrocardiography // N Engl J Med., 2009, v.361(26), p.2529-37

20.Haissaguerre M., Derval N., Sacher F. et al. Sadden cardiac arrest associated with early repolarizasion // N Engl J Med.. 2008, v.358, p.2016-23

21.Rosso R., Kogan E., Belhassen B. et al. J-point elevation in survivors of primary ventricular fibrillation and matched control subjects: incidence and clinical significance // J Am Coll Cardiol., 2008, v.52, p.1231-8.

Резюме

Особенности вегетативной регуляции сердечного ритма у детей школьного возраста с синдромом ранней реполяризации желудочков сердца

З.К. Рахманов, Б.М. Халилова, Э.В. Гадимова, Г.А. Гафарлы

Целью исследования явилось определение состояния вегетативной регуляции органов кровообращения у детей школьного возраста с синдром ранней реполяризации желудочков (СРРЖ). Обследован 61 ребёнок с СРРЖ. Диагноз СРРЖ ставился на основании характерных электрокардиографических признаков. Для определения адаптационных возможностей вегетативной нервной системы (ВНС) нами был применён метод кардиоинтервалографии (КИГ). Анализ результатов исследования показал, что у всех обследованных с СРРЖ детей происходит активация нервного канала регуляции и централизация управления сердечного ритма при одновременном снижении парасимпатических и гуморальных влияний. Полученные данные указывают на напряжённость механизмов вегетативной адаптации в данной группе детей.

Summary

Features of the vegetative regulation of heart rhythm in school-age children with early ventricular repolarization syndrome

Z.K. Rahmanov, B.M. Khalilova, E.V. Gadimov, G.A. Gafarly

The aim of the study was to determine the state of the vegetative regulation of the circulatory organs in school-age children with early ventricular repolarization syndrome (SRRG). Surveyed 61 children with SRSR. The diagnosis of SRSR was made on the basis of characteristic electrocardiographic signs. To determine the adaptive capacity of the autonomic nervous system (ANS), we used the cardiointervalography method (CIG). Analysis of the results of the study showed that in all the children examined with SRRZ, activation of the nerve canal of regulation and centralization of cardiac rhythm control occur while simultaneously reducing parasympathetic and humoral influences. The data obtained indicate the intensity of the mechanisms of vegetative adaptation in this group of children.

Daxil olub: 16.08 2018

NORMAL YERLƏŞMİŞ CİFTİN VAXTINDAN ƏVVƏL AYRILMASININ DİAQNOSTİKA VƏ PROFİLAKTİKASININ MÜASİR MƏSƏLƏLƏRİ

A.M.Paşayeva

Ə.Əliyyv adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: cift, ciftin ayrılması, döl, dölün hipoksiyası, diaqnostika, differensial diaqnostika

Ключевые слова: плацента, отслойка плаценты, плод, гипоксия плода, диагностика, дифференциальная диагностика

Key words: placenta, placental abruption, fetus, fetal hypoxia, diagnosis, differential diagnosis

Ana ölümü, ölüdoğuş və postanatal ölümün aşağı salınması sıx şəkildə mamalığın normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması kimi son dərəcə təhlükəli ağırlaşmasının profilaktika və müalicəsi ilə bağldır. Bu patologiya 0,5-2% hallarda hamiləliyin gedişatını ağırlaşdıran patologiya kimi çıxış edir. Elmi-praktik mamalıq-ginekologiya, anesteziologiya və reanimatologiyada nəzərəçarpan nailiyyətlərin əldə edilməsinə baxmayaraq, bu problemin tam olaraq öz həllini tapmamışdır. Hazırda əldə edilən nəticələr mama-ginekoloqları qane etmir. Mamalıq qanaxmlarının ümumi sturkturunda normal yerləşmiş ciftin vaxtından

əvvəl ayrılması preeklampsiya olan hamilələrin 20-45,1% və 45.3%-ni təşki edir. Qanaxma nəticəsində ana ölümü sturkturunda ikinci hipo- və atonik qanaxmalar yer alır və 32,5-42% təşkil edir [1,2].

Normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılmasının patogenezinin öyrənilməsində nailiyyətlərin əldə edilməsinə baxmayaraq, bu patologiyanın mahiyyətinə qarşı vahid yanaşma hələ edə yoxdur. Aparıcı patogenetik mexanizmi dəqiq təyin etmək hər zaman mümkün olmur. Çünki normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması preeklampsiya, döl qişasının qalxan infeksiyası, xronik pielonefrit fonunda baş verir [3].

Normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması (separacio placenta normaliter inserte) dedikdə, döl doğulana qədər normal yerləşmiş ciftin uşaqlığın divarından qopması nəzərdə tutulur.

Normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması və cift gəlişi ümumi simptomlara malik olur, əsas simptom uşaqlıq yolundan olan qanaxmadır. Digər klinik simptomlar bir-birindən fərqlənir və differensial diaqnostikanın aparılmasını tələb edir. Onlardan ən əsasları qarında diskomfort və uşalığı ağrılı yığılmasıdır. Normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması disedual qişaya qanaxmadan başlayır, tədricən artaraq ciftin ayrılması baş verir və qanaxma başlayır. Birincili qanaxmanın səbəbi məlum deyildir [4].

Normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılmasının risk faktorları iki qrupa ayrılır: zəmin yaradan və birbaşa faktorlar. Zəmin yaradan (fon) faktorlara ana orqanizmində damar sistemində dəyişikliklər (vaskulopatiya, damarlarda nüfuzluluğun artmsı və onların kövrəkliyi) aiddir. Bunlar ağır preeklampsiya, şəkərli diabet, xronik somatik patologiyalar, ürək qüsurları zamanı aşkar edilir. Uşaqlıq mioması (xüsusilə selikli qışa altında yerləşən düyünlər), endometrit, uşaqlığın inkişaf qüsualrı, hamiləlik düşükləri zamanı baş verən itihabi, degenativ və başqa patoloji proseslər də əhəmiyyət kəsb edir. Uşaqlığın dartılma (çoxmayelik, çoxdöllük, böyük döl) da zəmin yaradan faktordur. Adətən zəmin yaradan faktorların olması kifayət etmir, birbaşa cift ayrılmasına səbəb olan faktoru aşkar etmək lazım gəlir. Bunlara travmalar, sinir-psixi pozuntular (qarına zərbənini vurulması, qarın üstünə yıxılma, kobud xarici mamalıq manipulyasiyaları, göbək ciyəsinin qısa olması, əkizlərdən birinin tez doğulması, qorxu, əsəb gərginliyi və s.) [5].

Ciftin qopması travmadan sonra baş verə bilər. Yol-avtomobil qəzaları çox təhlükəli hesab edilir. Vacib deyil ki, qarnın travması baş versin, bədənin hər hansı bir nahiyəsinin zərbə ilə travması və zərbə əleyhinə dalğa böyük rol oynayır.

Bir qayda olaraq, normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılmasının inkişafında iki tipdən olan faktorlar iştirak edir. Normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması mexanizmi bir neçə mərhələdə baş verir. Adətən ciftin kiçik bir nahiyəsindən başlayır, nəticədə uşaqlıq-cift damarlarının tamlığı pozulur və qanaxma baş verir. Ayrılma ciftin kənarlarından başlayırsa, qan cift ilə uşaqlıq divarı arasında dolur. Nəticədə retroplasentar hematoma baş verir, onun böyüməsi nəticəsində proses daha da güclənir. Cift nahiyəsinin dartılması o dərəcədə ağır ola bilər ki, cırılmalar baş verir, seroz qişalara çataraq, orada yayılır. Bu zaman uşaqlıq qişası qanla dolur (Küveler qanı) [6].

Miometriyanın zədələnməsi və qanın retroplasentar laxtalanması nəticəsində ananın qanında çoxıu sayda tromboplastin yaranır. Ağır hallarda fibrinin düşməsi nəticəsində damardaxili laxtalanma baş verir. Pediferik qanda fibrinogenin defisiti nəticəsində hipofibrinogenemiya baş verir və kəskin qanaxma təkcə uşaqlıqdan deyil, həm də başqa orqanlarda baş verir. Axan qan ciftin aşağı qütbünü ayırırsa, qişalar ilə uşaqlıq divarı arasında özünə yol açır, xarici qanaxma başlayır. Cüzi sahə ayrıldıqda hamiləlik və doğuşlar normal gedə bilər. Ayrılma 1/3-dən ço hissəni əhatə etdikdə döl uşaqlıq-cift qan dövranının pozulması nəticəsində adətən asfiksiyadan məhv ola bilər [7].

Vaxtından əvvəl ayrılan ciftin xarakerik görünüşü olur. Onun uşaqlıqda olan səthində tünd qan laxtaları olur. cift daha sıx olur, rəngi solğun sarı rəngdə olur, onun payları arasındakı sərhəd hamar olur. Normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması hamiləliyin I və II yarısında müşahidə edilir.

Klinik mənzərə bir sıra səbəblərdən asılı olur. Əsas məsələ ana və döl orqanizmin hipoksiyaya qarşı olan reaksiyasıdır. Normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması zamanı qanaxmadan başqa digr simptomlar da vardır (ağrılıq, uaşqlıq tonusunun artması, dölün vəziyyətinin pisləşməsi, AT-in aşağı düşməsi, taxikardiya). Bunları bildikdə differensial diaqnostikanın aparılmasına ehtiyac qalmır [8].

Normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılmasının təsnifatına ağır dərəcəsindən asılı olmayaraq üç forma aiddir: yüngül forma, bir qayda olaraq ağrı simptomu olmur. Bu zaman cift ayrılması doğuan sonra aşkar edilir, çünki uşaqlıq üzərində kraterə bənzər çökəklik yaranır və qan laxtası ilə dolu olur. Bəzi hallarda normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılmasının yeganə simptomu xarici qanaxma olur. Son illər normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılmasının diaqnostikası məqsədilə (yüngül və orta ağır dərəcə) uğurla USM aparılır. Bu metod yalnız ayrılmanın yerini və həcmini təyin etməyə imkan verir. Bundan başqa, USM etibarlı şəkildə mamalıq-qanaxmasının başqa səbəbini istisna etməyə imkan verir [3]

Retroplsentar hematoma servikal kanala çatarsa, uşaqlıq yolu qanaxmasının baş verəcəyi aydın məsələdir. Ciftin uşaqlıq boşluğunda yüksəkdə yerləşdikdə və ya ayrılma və qanaxma uşaqlığın mərkəzində baş verdikdə, onun kənarları ilə uşaqlığın divarlarına bitişik olduqda qan ümumiyyətlə uşaqlıq yoluna düşməyə bilər. Ona görə də normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması zamanı uşaqlıq yolu qanaxmasının həcmindən danışdıqda həm onun tamamilə olmamasından qanaxmanın çox böyük həcmdə olmasına qədər qeyd etmək mümkündür. Bazal təbəqədə qanaxma uşaqlıq əzələsinə yığılmağa stimullaşdırır. Qadın qarnın aşağı nahiyəsində ağrıdan şikayət edir, palpasiya zamanı uaşqlıq ağrılı olur. Kəskin yığılma ağrıları tez-tez ola bilər, bəzən uşaqlığın spastik yığılmaları baş verir [9].

Normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması dğlün oksigenlə təminatını pozur, ona görə də hətta cüzi ayrılma olduqda (1/4) hər zaman onun vəziyyəti üçün təhlükə yaranır. Normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılmasına şübhə yarandıqda mütləq şəkildə dölün vəziyətinin elektron monitorinqi aparılmalıdır. Əfsuslar ki, oksigen itkisi ilə əlaqədar olaraq dölün bətndaxili məhv olması bir çox hallarda qeydə alınır (bütün normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılmasının 15%-i). Koaqulopatiya qanaxması prosesə qoşuldquda xəstənin vəziyyəti daha da ağırlaşır. Normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması çox zaman mamalıq DDL-sindromu ilə təminat koaqulopatiyaya səbəb olur, hipofibrinogenemiya şəklində və fibrin deqradasiyası məhsullarının azalması ilə özünü göstərir. Normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması zamanı trombositlərin miqdarı azalır və protrombin və hissəvi tramboplastin vaxtı artır. Yuxarıda qeyd edildiyi kimi, bu koaqulopatiya damardaxili və retroplasentar qan laxtalanamsı nəticəsində baş verir. Damardaxili fibrinogen trombyaratamanın dalğavarı artımı nəticəsində fibrinə çevrilir. Qanda təkcə fibrin azalmır, trombositlər, protrombon, V, VIII faktorlar da azalır [10].

Orta ağır forma zamanı cift ayrılmasının cift sahəsinin ¼-dən çoxunu əhatə etməsi nəzərdə tutulur. İlkin simptomlar tədricən inkişaf edə bilər, qarında daimi ağrılar baş verir, uşaqlıq yolundan tünd rəngli qanaxma olur. Bəzən qabarıq şok və kollaps simptomları da olur. Uşaqlığln tonusu ya tam, ya da lokal olaraq artmış olur, sancılar arasında onun tam boşalması baş vermir, dğl asfiksiyadan əziyyət çəkir, onun bətndaxili ölümü baş verə bilər. Kəskin qabarıq uşaqlıq tonusu nəticəsində dölün ürək döyüntüsü çətinliklə eşidilir. Qanın laxtalanma sistemində və böyrək funksiyasında (oliquriya) pozuntular da prosesə qoşulur [11,12,13].

Normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılmasının ağır forması (kəskin cift çatışmazlığı) 2/3 hissədən çox sahə ayrıldıqda müşahidə edilir. Başlanğıcı adətən gözlənilməz olur: qarında kəskin ağrılar baş verir, kəskin zəiflik yaranır, baş fırlanmaları, bəzən bayılma halları qeydə alınır. Baxış zamanı xəstənin narahat olması, dəri örtüyünün və görünən selikli qişaların rənginin solğunlaşması baş verir. Xəstənin üzü soyuq tər ilə örtülür, tənəffüs sürətlənir, nəbzi zəif və gərgin, AT normadan aşağı olur. baxış zamanı qarın köpmüş olur, uşaqlıq gərgin olur, dölün kiçik hissələri və ürək döyüntüsü təyin edilmir. Cinsiyyət yollarından xarici qanaxma bu zaman orta olur və ya tamamilə olmur. Differensial diaqnostika cift gəlişi, uşaqlıq cırılması, dölyanı mayenin emboliyası, uşaqlıq tetaniyası (doğuş fəaliyyətinin diskoordinasiyası, qabarıq variant), damarların yerləşməsi, vaxtından əvvəl doğuşlar arasında aparılmalıdır [1].

Normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılmasının diaqnostikası. Diaqnoz qoyulduqda xəstənin ümumi vəziyyətinin düzgün qiymətləndirilməsi və qan itkisinin həcmi təyin edilməlidir. Xəstənin şikayətlərini, anamnezi, ağırlaşmların klinik gedişatını, eləcə də obyektiv, instrumental və laborator müayinələrin nəticələrini də nəzərə almaq lazımdır. Preeklampsiya olan xəstələr xüsusi maraq doğurur [14].

Normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılmasının diaqnostikası hamiləlik və ya doğuş zamanı hipertonus və uşaqlıq assimetriyası fonunda qanlı ifrazatın, döldə hipoksiya və asfiksiyanın artması fonunda aşkar edilməsin əsaslanır. Daxili qanaxmanın əlamətləri nəbzin yüngül, kiçik, asanlıqla tapılması, arterial hipotoniyadan ibarətdir [15].

Doğuş zamanı normal yerləşmiş cift vaxtından əvvəl ayrıldıqda sancılar qeyri-müntəzəm olur, uşaqlıq sancılar arasında boşalmır.

Diaqnostika o zaman çətinləşə bilər ki, xarici qanaxma olmasın, xəstənin vəziyyətinin ağırlaşması üçün başqa səbəblər də mövcud olsun. Bunlara başqa həyat vacıb orqanalrın zədələnməsi aiddir ki, bunlar da eklampsiya, anuriya, xarici tənəffüs funksiyasının pozulması nəticəsində baç verə bilir. Bununla yanaşı olaraq, sadalanan halların klinik mənzərəsi ciftin ayrılması üzərində dominantlıq etmiş olsun. Normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılmasının müayinəsində USM böyük rol oynayır ki, bu da retroplasentar hematomanın lokalizasiya və həcmini müəyyən etməyə imkan verir. Xarici qanaxma olmadıqda retroplasentar hematoma uşaqlıq divarı ilə cift arasında yerləşən müxtəlif ölçüdə olan hipoexogen törəmə kimi viruallaşır. Bu mənzərə uşaqlığın yan və ön duvarlarında yerləşdikdə daha dəqiqi görünür [16].

Hemostaz sistemin laborator müayinələrinin nəticələrinə əsasən ağır formalı cift ayrılması olan qadınlarda qan laxtalanma faktoru ilə əlaqədar olaraq hipokoaqulyasiya qeydə alınır. Trombositlərinin miqdarının, fibrinogen konsentrasiyasnın və III antitrombogen səviyyəsinin azalması aşkar edilir. Normal

yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması zamanı patomorfoloji diaqnostika zamanı ciftin ana tərəfindən makroskopik görünüşü üzrə fikir irəli sürür: fasetlərin olması və basılma. Mikroskopik müayinələr üzrə ciftdə böyük mikroinfarktlar, fibrin tromblar, liflərin sklerozu, deisual toxumaların zəifləməsi və olaması qeydə alınır. Ölmüş qadınlarda perikardda, plevrada, mədənin selikli qişasında, qida borusu, ağızda böyük qanaxmalar aşkar edilir. Kəskin qanazlığı, ağciyərlərdə ödem, atelektaz, parenximatoz orqanlarda ağır distorfik və nektorik dəyişikliklər aşkar edilir. Normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılmasının differemsial diaqnostikasını uşaqlıq parçalanması və uşaqlığın rudimental buynuzu arasında aparılır [17].

Uşaqlıq parçalanması olan qadınlarda mamalıq-ginekoloji anamnezin özünməxsus xüsusiyyətləri olur. Burada miometriyada digenerativ dəyişikliklər (uşaqlıqda çapıq, uşaqlığın qaşınması, reproduktiv sistemdə iltihabi xəstəliklər, əvvəlki hamiləliyin ağırlaşması və s.) qeyd olunur. Cari hamiləlik uşaqlığın dartılması ilə (çoxmayelilik, böyük döl) ağırlaşır, çanaq gəlişi formalaşır. Bu zaman qarnın aşağı nahiyəsində, beldə, uşaqlıqda çapıq nahiyəsində daimi və uzun müddətli, dəqiq lokalizasiyası olmayan ağrılar baş verir. Doğuşlar patoloji preliminar dövr, dölyanı mayenin vaxtından əvvəl axması, doğuş prosesinin diskoordinasiyası, dölün gələn hissəsinin çanaq ölçüsünə müvafiq olmaması ilə ağırlaşır. Hamiləlik və doğuş zamanı xarici qanaxmanın baş verməsi vaxtında müayinə edilməyən cift gəlişi ilə bağlı ola bilər. Lakin bu hallarda, bir qayda olaraq, uşaqlıqda ağrılar və grginlik olmur. Həmçinin anamnezdə müəyyən fərqlər olur. Belə ki, normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması daha çox gənc (birinci dəfə doğan) preeklampsiyalı qadınlarda inkişaf edir. Onlarda zəmin yaradan esktragenital xəstəliklər olur (ürək-damar sistemi, böyrək xəstəliklər və şəkərli diabet). Cift gəlişi adətən təkrar doğan qadınlar üçün xarakterik olur [18,19,20].

Beləliklə, normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması son dərəcə təhlükəli ağırlaşma hesab edilir. Bu həm ana, həm də dölün həyatı üçün təhlükəs taradır [20,21].

Ciftin ayrılması-hamiləlik zamanı baş verən özünəməzsus bir insultdur, bu zaman DDL sindromunun kəskin forması inkişaf edir və böyük qanaxma, sirkulyator pozuntular, hətta poliorqan çatışmazlıq başlayır [22].

Erkən mamalıq ağırlaşmaları (preeklampsiya, ciftin ayrılması) əsasən simptomkompleks kimi nəzərdən keçirilidisə, müalicə simptomatik xarakter daşıyır. Müasir mamalıq isə intensiv şəkildə etiopatogenetik aspektləri tədqiq edir, profilaktika və müalicənin prinsipləri işlənib hazırlanır [20].

Müəyyən edilmişdir ki, normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması genetik trombofiliyanın üç homoziqot formasından və ya ik- üç homo və heteroziqot genetik trombofilya formasından (antifosfoliöid anticisimlər) ibarət olan multigen trombofilya olan qadınlarda inkişaf edir. Genetik və qazanılmış trombofiliyanın bu şəkildə yanaşı olması trombotik ağırlaşmaların inkişaf etməsi üçün son dərəcə yüksək risk faktoru hesab edilir və normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılması və hamiləliyin arzuolunmaz sonluğuna zəmin yaradır.

ƏDƏBİYYAT

1. Акмурадова Г.К. Состояние системы гемостаза при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты: Автореф. дисс. .. канд. мед.наук. М., 2008, 21с.
2. Адамова Л.Р. Клиническое значение исследований системы гемостаза у беременных с гестозами //Автореф. дисс. канд. мед наук. М.,2009
3. Аббуллаходжаева М.С., Кхваджа С. Характеристика маточно-плацентарного комплекса при полной отслойке нормально расположенной плаценты на фоне ЕРН-гестоза и анемии беременных // Арх.патол., 2007, №1.
4. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия. М.: Медицина, 2007.
5. Ариас Ф. Беременность и роды высокого риска. М.:Медицина,-2010.
6. Беккер С.М.Патология беременности. Л.,2010.
7. П.Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. М.: Медицина, 2011.
8. Баркаган З.С. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови / Руководство по гематологии под ред. Воробьева А.И. М.: Медицина, 2007.
9. Ananth C.V., Lavery J.A., Vintzileos A.M. et al. Severe placental abruption: clinical definition and associations with maternal complications // Am J Obstet Gynecol. 2016, v.214(2), p. 272
10. Ghaheh H.S., Feizi A., Mousavi M. et al. Risk factors of placental abruption // J Res Sci. 2013, v.185, p.422-426.
11. Kasai M., Aoki S., Ogawa M. et al. Prediction of perinatal outcomes based on primary symptoms in women with placental abruption // J Obstet Gynaecol Res., 2015, v.41, p.850-856.
12. Maarkhus V.H., Rasmussen S., Lie S.A., Irgens L.M. Placental abruption and premature rupture of membranes // Acta Obstet Ginecol Scand., 2011, v.90, p.1024

13. Вачнадзе И.К. Сравнительная оценка методов родоразрешения при позднем токсикозе беременных, осложненном преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты / Материалы II съезда акушеров -гинекологов Узбекистана. Ташкент, 2007.
14. Мордухович А.С. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Медицина УзССР, 2011.
15. Балуда В.П. Физиология системы гемостаза. М.,2009.
16. Баркаган З.С. Геморрагические заболевания и синдромы. М.: Медицина, 2005.
17. Басист И.М. Ультразвуковая диагностика ретрохориальной гематомы /Ультразвуковая диагностика. 2009.
18. Бордули Г.М., Фролова ОТ. Репродуктивные потери. М., 2008.
19. Бунин А.Т., Стрижаков А.Н.//Особенности клиники и тактики ведения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты / Материалы II съезда акушеров- гинекологов. Ташкент, 2007.
20. Ведение беременности и родов высокого риска: Руководство для врачей. М., 2011.
21. Милованов А.П., Фокин Е.И., Калашникова Е.П. Радзинский В.Е. и др. //Патологоанатомическое изучение последа. Методические рекомендации. М.: Медицина, 2008.
22. Мордухович А.С., Резник Ф.И. Клинические и иммунологические данные при преждевременнойотслойки нормально расположенной плаценты // Акуш. и гин., 2009, №2

Резюме

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

А.М.Пашаева

Снижение материнской летальности, мертворождаемости и постнатальной смертности новорожденных тесно связано с профилактикой и лечением такой грозной патологии, как преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), осложняющей от 0.5 до 2% всех родов. Достижения акушерской науки и практики, анестезиологи и реанимации, патоморфологии способствовали определенным успехам в разрешении этой проблемы. Однако имеющиеся к настоящему времени результаты не могут удовлетворить акушеров. В общей структуре акушерских кровотечений преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты составляет 20-45,1% и 45.3% у беременных с поздними токсикозами

Summary

Premature detachment of a normally located placenta

A.M. Pashayeva

Reduction of maternal lethality, stillbirth and postnatal mortality of newborns is closely connected with the prevention and treatment of such formidable pathology as premature detachment of the normally located placenta (PONRP), complicating from 0.5 to 2% of all genera. The achievements of obstetric science and practice, anesthesiology and resuscitation, pathomorphology contributed to certain successes in resolving this problem. However, the results to date can not satisfy obstetricians. In the general structure of obstetric bleeding, premature detachment of the normally located placenta is 20-45.1% and 45.3% in pregnant women with late toxicoses.

Daxil olub: 24.08 2018

ИЗУЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ С ЭКТОПИЕЙ И ПОЛИПАМИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Х.Р.Биннатзаде

Родильный дом №2, г.Сумгаит

Açar sözlər: uşaqlıq boynu xəstəlikləri, poliplər, ektopiya, diaqnostika
Ключевые слова: заболевания шейки матки, полипы, эктопия, диагностика
Key words: cervical diseases, polyps, ectopia, diagnosis

Патология шейки матки является одним из наиболее часто встречающихся гинекологических заболеваний. Комплексное использование современных методик и соответству-ющая оценка полученных данных с определенной достоверностью позволяют устано-вить правильный диагноз. Однако в ряде случаев объем и качество обследования отстают от современного уровня, о чем свидетельствует нарастание частоты заболеваемости раком шейки матки, который стабильно занимает второе место среди всех злокачественных за-болеваний репродуктивных органов [6]. Особенную тревогу вызывает увеличение таких больных в возрастной группе до 40 лет. Несомненно, данный контингент представляет трудоспособную и репродуктивно активную часть населения, что имеет большое социаль-ное значение [5,6]. Основным направлением в профилактике рака шейки матки является активное выявление больных с фоновыми и предраковыми заболеваниями, особенно женщин, у которых изменения на шейке про-текают длительно и остаются нелеченными. Выявление и наблюдение этих заболеваний невозможно без современных знаний об этио-логии и патогенезе фоновых и предраковых заболеваний, наличия высокой квалификации и онкологической настороженности врачей, а также умения клинически оценивать визуальные и кольпоскопические картины, результа-ты цитологических и гистологических исследований [3,5].

Течение беременности у женщин с изменениями шейки матки характеризуется высокой частотой невынашивания и фетоплацентарной недостаточности [1,3,7]. В доступной литературе имеется небольшое количество работ, касающихся диагностики и лечения изменений шейки матки у беременных.

Цель исследования - изучение особенности изменений шейки матки у беременных по данным УЗИ, кольпоскопии и цитологического исследований.

Материал и методы исследования. Обследовано 123 беременных женщин. Возраст пациенток колебался от 21 до 36 лет и в среднем составил 27,5±6,7 лет. Первобеременные составили 30,1% (37 женщин), повторнобеременные - 69,9% (86). Обследованные были разделены на 2 группы: I группу (основную) составили 81 беременных с измененной шейкой матки, из которых у 58 (71,6%) пациенток выявлена эктопия шейки матки, у 23 (28,4%) - полипы, II группу (сравнения) составили 42 беременные, у которых изменений шейки матки выявлено не было.

Всем пациенткам было проведено комплексное обследование, которое включало: изучение анамнестических данных; общий и гинекологический осмотр; общеклинические исследования, УЗИ (трансабдоминально и трансвагинально), простая и расширенная кольпоскопия в динамике беременности, цитологическое исследование мазков с оценкой по Папаниколау. УЗИ проводили на аппарате «Aloka-1100» (Япония), кольпоскопию - с помощью бинокулярного кольпоскопа (КНб-01 «Зенит», Россия). УЗИ проводили в I (9-11 нед.), II (16-28 нед.) и III (32-36 нед) триместре.

Статистический анализ полученных результатов производили с помощью стандартных пакетов программ прикладного статистического анализа Statistica (Microsoft Excel 2007). В исследовании рассчитывали среднее арифметическое, среднее квадратичное отклонения, ошибки средней арифметической, t-критерий Стъюдента.

Результаты и обсуждение. По данным анамнеза длительность менструального цикла у обследованных групп практически не отличалась. Так, у женщин I группы она колебалась от 23 до 33 дней (27,55±3,04), у II группы - от 23 до 35 дней (28,03±2,18). Менструальный цикл у большинства обследованных женщин был регулярным, как в основной группе - у 70 (81,6%), так и в группе сравнения- у 37 (88,1%) пациенток. Нарушение менструального цикла по типу олигоменореи встречалось у 3 (3,7%) пациенток основной группы и у 1 (2,4%) пациентки группы сравнения, а по типу дисфункциональные маточные кровотечения - соответственно у 8 (9,9%) и у 4 (9,5%) пациенток.

Возраст начала половой жизни колебался от 19 до 25 лет, в среднем составляя 21,77±3,11 лет в I группе и 20,40±2,55 лет во II группе.

Проведенное исследование свидетельствует о наличии в анамнезе полипов (18,5%) и эктопии (21,0%) у женщин I группы, причем не леченных, а также частоты эндоцервицита и воспалительных заболеваний придатков матки у беременных основной группы по сравнению с группой сравнения. Так, эндоцервицит отмечали 7 (8,7%) женщин основной группы и 1 (2,4%) женщина группы сравнения, воспалительные заболевания придатков матки соответственно 58 (71,6%) и 5 (11,9%) пациенток.

Анализ данных УЗИ у обследованных женщин позволил выявить увеличение размеров и объема шейки матки по мере прогрессирования беременности во II и III триместрах (табл.1).

Таблица 1

Данные УЗИ шейки матки у обследованных женщин

Показатели	I группа (n=81)			II группа (n=42)		
	9-11 нед.	16-28 нед	32-36 нед	9-11 нед	16-28 нед	32-36 нед
длина, мм	34,8±3,5	40,0±4,5	37,8±4,2	35,2±4,5	43,5±4,2	39,8±3,6
толщина, мм	32,0±3,6	40,7±3,8	45,8±4,2	29,3±2,6	33,7±2,0	40,4±3,1
диаметр внутреннего зева, мм	5,2±1,8	5,8±1,6	11,3±3,1*	3,9±0,9	4,3±1,0	8,7±2,4*

Примечание: * - достоверность различий показателей в I и III триместре внутри группы ($p<0,05$)

Из приведенных в табл.1 данных следует, что длина матки в I группе была ниже в сравнении с таковой во II группе, но разница носила недостоверный характер. В обеих группах динамика изменения длины шейки матки носила одинаковый характер. Длина шейки увеличивалась во II триместре и уменьшалась в III триместре, но при этом была выше, чем в I триместре. В процессе исследования выявлено, что минимальная длина шейки матки в I триместре, равная в среднем 31,7±1,4 мм встречалась у 11 пациенток с эктопией и 6 пациенток с полипами. Аналогично отмечалось в последующих триместрах беременности.

Толщина шейки матки у пациенток I группы в сравнении со II группой была выше на протяжении всей беременности в среднем в 1,1, 1,2 и 1,1 раз в I, II и III триместрах соответственно. Другой показатель - диаметр внутреннего зева возрастал по мере прогрессирования беременности у пациенток обеих групп. Диаметр внутреннего зева на протяжении всей беременности у пациенток с измененной шейкой матки в среднем был выше в 1,3 раз. Сравнительный внутригрупповой анализ показал, что разница этого показателя у обследованных женщин с неизмененной и измененной шейкой в III и I триместре составила в среднем 2,2 раз ($p<0,05$).

При кольпоскопическом исследовании нормальная кольпоскопическая картина в целом наблюдалась у 47 (38,2%), изменения шейки матки имели место у 76 (61,8%) беременных. По данным проведенной кольпоскопии в начале исследования, т.е. в I триместре у 35 (28,4%) из 123 обследованных беременных женщин выявлены признаки воспаления шейки матки, при этом слизистая оболочка была отечной, имела очаговую или диффузную гиперемию. Воспалительные изменения шейки матки в I триместре были выявлены в I группе у 33, во II группе у 2 пациенток. При этом, воспалительные изменения шейки матки в основном отмечали у пациенток с эктопией - 20 женщин и у 13 пациенток с полипами. Однако с прогрессированием беременности среди пациенток с эктопией число случаев воспалительных изменений увеличивалось и во II триместре достигало 31, а в III триместре - 42 случаев. Воспалительные изменения шейки матки у пациенток с полипами в I, II и III триместрах оставались практически без изменений. Йоднегативные изменения были выявлены в обеих группах обследования практически в одинаковом проценте случаев, составив в III триместре беременности соответственно 7,4% и 7,1%.

У 50 пациенток с эктопией во время беременности эктопия прогрессивно увеличивалась в размерах, контуры шейки матки становились нечеткими и увеличивалось выделение слизи. При кольпоскопии эктопированный цилиндрический эпителий имел ярко-красный цвет, сосочки увеличивались, и имели сходство с полипами.

При цитологическом анализе выявлено, что из 123 обследованных женщин I тип мазка по Папаниколау отмечался у 86 (69,9%) и II тип - у 37 (30,1%) беременных (табл.2).

Как видно, при цитологическом исследовании у беременных I группы в 37,% случаев выявлялись признаки воспаления, доброкачественных и реактивных изменений, что в сравнении со II группой было в 2,2 раз ($p<0,05$) чаще.

Среди всех обследованных женщин, несмотря на наличие воспалительных изменений у ряда пациенток, как с нормальным состоянием шейки матки, так и с изменениями шейки матки,

атипические изменения не были выявлены ни в одном случае.

Таблица 2
Результаты цитологического обследования беременных I и II групп

Группы обследования	Цитологическое заключение по классификации Папаниколау	
	Цитограмма норма (I тип)	Цитограмма воспаления (II тип)
I группа общее число (n=81)	51 (63,0%)	30 (37,0)*
в том числе: с эктопией (n=58)	36 (62,1%)	22 (37,9%)
с полипами (n=23)	15 (65,2%)	8 (34,8%)
II группа (n=42)	35 (83,3%)	7 (16,7%)

Примечание: * - достоверность различий показателей между группами, p<0,05

Таким образом, согласно данным анамнеза, до наступления настоящей беременности у большинства женщин I группы были выявлены факторы риска последующего развития изменений шейки матки. Так, заболевания шейки матки чаще отмечались у повторнобеременных женщин, составивших в I группе 72 (88,9%), во II группе - 14 (33,3%), анамнез которых был значительно чаще отягощен репродуктивными потерями 34,6% и 23,8% и искусственными абортами 37,0% и 19,0% соответственно в I и II группах. Обращала на себя внимание частая встречаемость в анамнезе полипов цервикального канала (18,5%), доброкачественных заболеваний шейки матки и полипов эндометрия (21,0% и 9,9%), эндоцервицита и воспалительных заболеваний придатков матки (8,7% и 71,6%) у беременных с изменениями шейки матки по сравнению с группой без изменений шейки матки - 2,4% и 11,9 соответственно.

Средняя длина шейки матки в I триместре составив 34,8±3,5 мм в I группе и 35,2±4,5 мм во II группе, увеличивалась и достигла максимального значения к 16-28 нед. беременности, затем она уменьшалась по мере созревания и раскрытия шейки. В литературе нет единого мнения о динамике длины шейки матки в течение нормальной беременности при исследовании с помощью трансвагинального УЗИ. В большинстве случаев обнаружено удлинение в середине беременности и последующее укорочение [9], но некоторые авторы не сообщают о каком-либо существенном изменении длины [10,11,13]. По данным O. Kushnir et al. [9], длина шейки матки прогрессивно нарастала до 20-25 недели беременности, достигая максимума 48 мм. K. Adhikari et al. [5], также выявили достоверное увеличение длины шейки матки во время беременности. Однако V. Smith et al. [11] в исследовании с использованием трансвагинальной ультрасонографии отметили, что длина шейки матки была постоянной, составляя в среднем 37 мм до конца третьего триместра. Так же A. Zorzoli et al. [13] отмечали, что средняя длина шейки матки (43 мм) значительно не изменялась. Наши данные согласуются с наблюдениями ряда авторов [3,6,9] в том, что длина шейки уменьшается в конце III триместра. Мы также выявили, что на длину шейки матки не влияют предшествующие беременность или роды. Однако, A. Zorzoli et al. [13] отметили, что у многорожавших женщин была более длинная шейка, чем у женщин с первой беременностью или предшествующим кесаревым сечением, и высказали предположение, что скорее механические, чем гормональные факторы имеют больший эффект на длину шейки матки.

У беременных женщин I группы, т.е. с высоким риском, средняя длина шейки матки в сроки 32-36 нед. составляла в среднем 37,8±4,2 мм, что короче по сравнению с женщинами II группы на таком же сроке беременности (в среднем 39,8±3,6 мм). Большинство сообщений свидетельствует, что длина шейки менее 20 мм при ультрасонографии является патологической независимо от метода исследования [5,8,10].

Диаметр внутреннего зева - наиболее важный показатель для прогнозирования несостоятельности шейки матки [5,6,9]. Средняя толщина шейки на уровне внутреннего зева в I группе составляла 32,0±3,6 мм в ранние сроки беременности (9-11 недель) с нарастанием в течение беременности до 45,8±4,2 мм. Полученные результаты соответствует данным V. Smith и et al. [11], которые обнаружили увеличение толщины шейки на уровне внутреннего зева в ходе беременности. По данным ряда авторов [7,12], средняя ширина внутреннего зева существенно не изменяется с 10-й до 36-й недели беременности. Однако эти авторы, использовавшие трансабдоминальное УЗИ в своем исследовании, применяли методику полного мочевого пузыря. Растяжение мочевого пузыря, как известно, искажает форму шейки, что делает ее более длинной и узкой и, следовательно, маскирует несостоятельность шейки. Внутренний диаметр зева прогрессивно возрастает до родов, так как увеличенный диаметр шейки на поздних сроках беременности скорее связан с расширением

цервикального канала, чем с утолщением стенки, поскольку раскрытие шейки влечет за собой ее истончение.

Следует отметить, что не менее важную роль в высокой частоте заболеваний шейки матки способствовал и тот факт, что в прегравидарный период пациентки не получали адекватного лечения, на что указывали результаты проведенного кольпоскопического исследования. Нормальные кольпоскопические картины наблюдались лишь в 38,2% случаев. К ним относился оригинальный многослойный плоский эпителий - 32,5% и эктопия без признаков воспаления - 5,7%.

Цитологическое исследование мазков у 123 беременных выявило нормограмму в 69,9% случаев, а 2 класс цитограммы - в 30,1% случаев. В последних случаях цитологическая картина была представлена эпителиальными клетками с незначительными морфологическими изменениями: небольшим увеличением ядра и единичными клетками метаплазированного эпителия, что указывало на признаки воспаления.

Таким образом, УЗИ, кольпоскопическое обследование шейки матки и цитологическое исследование мазков у беременных является важным диагностическим критерием, позволяющим на ранних этапах выявлять воспалительные процессы, не видимые при визуальном обследовании и выработать тактику ранней терапии с целью предотвращения развития эктопии или полипов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доброкачественные заболевания матки: А. Н. Стрижаков, А. И. Давыдов, В. М. Пашков, В. А. Лебедев. СПб, ГЭОТАР-Медиа, 2011, 288 с.
2. Заболевания шейки матки: М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014, 160 с.
3. Клиническая онкогинекология. В 3 томах. Том 3: СПб: Практическая Медицина, 2012,348 с.
4. Куликов И.А., Сидорова И.С., Макаров И.О. Патологические состояния шейки матки во время беременности // Вопросы гинекологии, акушерства и перииатологии, 2009, Т.8, №5, с. 75-80.
5. Adhikari K., Bagga R., Suri V. et al. Cervicovaginal HCG and cervical length for prediction of preterm delivery in asymptomatic women at high risk for preterm delivery // Arch Gynecol Obstet, 2009, v.280, p. 565-572.
6. Ayers J.W., DeGrood R.M., Compton A.A. et al. Sonographic evaluation of cervical length in pregnancy: diagnosis and management of preterm cervical effacement in patients at risk for premature delivery // Obstet Gynecol, 1988, vol.71, p.939-944.
7. Bergelin I., Valentin L. Patterns of normal change in cervical length and width during pregnancy in nulliparous women: a prospective, longitudinal ultrasound study // Ultrasound Obstet Gynecol, 2001, v.18, p.217–222.
8. Berghella V., Roman A., Daskalakis C. et al. Gestational age at cervical length measurement and incidence of preterm birth // Obstet Gynecol., 2007, v. 110, p.311-317.
9. Kushnir O., Vigil D.A., Izquierdo L. et.al. Vaginal ultrasonographic assessment of cervical length changes during normal pregnancy // Am J Obstet Gynecol, 1990, v162, p.991-993.
10. Maitra N., Sharma D., Agarwal S. Transvaginal measurement of cervical length in the prediction of successful induction of labour // J Obstet Gynaecol, 2009, v. 29, p.388-391.
11. Smith V, Devane D, Begley CM, Clarke M, Higgins S. A systematic review and quality assessment of systematic reviews of fetal fibronectin and transvaginal length for predicting preterm birth // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2007, v.133, p.134-142.
12. Soon Ha Yang, Cheong Rae Roh, Jong Hwa Kim. Transvaginal Ultrasonography for Cervical Assessment Before Induction of Labor / J Ultrasound Med., 2004, v.23, p.375–382.
13. Zorzoli A., Soliani A., Perra M. et al. Cervical changes throughout pregnancy as assessed by transvaginal sonography // Obstet Gynecol, 1994, v.84, p.960-964.

Xülasə

Ektopiya və polip olan qadınlarda uşaqlıq boynunun exoqrafik, kolposkopik və sitoloji mənzərəsinin xüsusiyyətləri

X.R.Binnətzadə

123 hamilə qadında USM, kolposkopiya və sitoloji müayinələrin göstəricilərinə əsasən uşaqlıq boynu dəyişiklikləri öyrənilmişdir. Qadınların orta yaş həddi 27,5±6,7 olmuşdur. Hazırki hamiləlik baş verənə qədər I qrup qadınların əksəriyyətində uşaqlıq boynunda dəyişikliklər inkişaf etmişdir. I trimestrdə uşaqlıq boynun orta uzunluğu I qrupda 34,8±3,5 mm, II qrupda 35,2±4,5 mm olmuşdurş hamləliyin 16-28 həftələrində maksimal həddə çatmışdır. hamiləliyin sonuna yaxın və uşaqlıq boynun açılana qədər azalmışdır. Ümumilikdə 47 (38,2%) normal kolposkopik mənzərə olmuşdur, 76 (61,8%) uşaqlıq boynunda dəyişikliklr aşkar edilmişdir.

Summary

Features echographic, colposcopic and cytological picture of the cervix in pregnant women with ectopia and polyps

K.R.Binnetzade

The features of cervical changes in 123 pregnant women were studied by ultrasound, colposcopy and cytology. The average age was 27.5 ± 6.7 years. Before the onset of this pregnancy, according to anamnesis, the majority of women in group I had identified risk factors for the subsequent development of cervical changes. The average length of the cervix in the first trimester, reaching 34.8 ± 3.5 mm in group I and 35.2 ± 4.5 mm in group II, increased and reached its maximum value by 16-28 weeks. pregnancy, then it diminished as the neck ripens and opens. Normal colposcopic picture was generally observed in 47 (38.2%), changes in the cervix occurred in 76 (61.8%) pregnant women.

Daxil olub: 13.07 2018

SABİT GƏRGİNLİK STENOKARDİYASI OLAN XƏSTƏLƏRDƏ QANDA MAQNEZİUMUN SƏVİYYƏSİNİN İŞEMİK EPİZODLARIN AĞIRLIQ DƏRƏCƏSİNƏ VƏ MİOKARDIN FUNKSİONAL VƏZİYYƏTİNƏ OLAN TƏSİRİNİN ÖYRƏNİLMƏSİ

R.F.Abdullayev, A.D.Quliyeva, R.R. Abdullayeva[1], N.F.Səfərova

Akad. C.M. Abdullayev adına ET Kardiologiya İnstitutu

[1]Azərbaycan Tibb Universiteti, I daxili xəstəliklər kafedrası, Azərbaycan, Bakı

Açar sözlər: ST seqmenti, maqnezium, miokardın disfunksiyası

Ключевые слова: сегмент ST, магний, дисфункция миокарда

Keywords: ST seqment, magnesium, myocardial dysfunction

Son illərdə ürək–damar xəstəliklərinin artmasında və inkişaf etməsində elektrolit balansının pozulmasına, xüsusi ilə maqnezium defisitinə xüsusi diqqət yetirilir [1,2,3]. Müxtəlif mənbələrin məlumatına görə əhalinin 20-40%-də maqnezium defisiti təsadüf edilir [4,5].

Maqneziumun kardioprotektiv xüsusiyyətləri bu mineralın qan damar sisteminə kompleks təsiri ilə izah edilir:damarların tonusuna [6,7], ürək ritminə, miokardın energetik metabolizminə [8], lipid mübadiləsinə [9], aterosklerozun inkşafına [10] və s.ilə əaqələndirir.

Elmi ədəbiyyatın təhlili göstərir ki, ürəyin xronik işemik xəstəliyi zamanı, xüsusilə sabit gərginlik stenokardiyası olan xəstələrdə maqneziumun qanda olan konsentrasiyasının belə xəstələrdə işemik epizodların ağırlıq dərəcəsinə və sol mədəcik miokardın funksional vəziyyətinə olan təsiri tam öyrənilməmişdir.

Bunu nəzərə alaraq apardığımız tədqiqatın əsas məqsədi sabit gərginlik stenokardiyası olan xəstələrdə qanda maqneziumun səviyyəsinin tredmil - test sınağı zamanı ST seqmentinin depressiyasının ağırlıq dərəcəsinə və miokardın funksional vəziyyətinə olan təsirinin öyrənilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqata 116 nəfər II–III funksional sinifli sabit gərginlik stenokardiyası olan xəstə daxil edilmişdir (orta yaş 53,5±1,2 il). Bu xəstələrdə 32 nəfərində işemik epizodların ağırlıq dərəcəsinin təyin edilməsi məqsədilə tredmil-test yükləmə sınağı aparılmışdır.116 xəstənin hamısında isə exokardoqrafik (ExoKQ) müayinə aparılmışdır.

Tredmil–test yükləmə sınağı kompyuterləşmiş "Carello Stress Test Cardioline RHC–500" aparatı vasitəsi ilə yerinə yetirilmiş və R.Brusenin modifikasiya olunmuş protokolu üzrə aparılmışdır. Exokardioqrafik (ExoKQ) müayinə VİVİD- 1 (ABŞ) aparatı vasitəsi ilə aparılmışdır. Sol mədəcik miokardının sistolik funksiyasını tədqiq etmək üçün son sistolik həcm (SSH), son diatolik həcm (SDH) və atım fraksiyası (AF) qiymətləndirilmişdir. Diastolik funksiyasının isə aşağıdakı parametrlər öyrənilmişdir: erkən diastolik dolmanın sürəti (E), son diastolik dolmanın sürəti (A), onların nisbəti (E/A) və erkən diastolik dolmanın ləngimə müddəti (DT). Alınan nəticələrin statistik təhlili STATİSTİKA 6.0 proqramı vasitəsi ilə aparılmışdır. Orta rəqəmlərin müqayisəli təhlili üçün Manna Uitni, Styudentin t və Pirsonın χ^2 kriteriyalarından istifadə edilmişdir. $p<0,05$ olduqda alınmış nəticə fərqi statistik dürüst sayılmışdır.

Nəticələr və müzakirə. Tredmil-test sınağı antianqinal və digər kardiotrop preparatların qəbulunun diyandırılmasından 48 saat sonra aparılmışdır (sublinqval nitroqliserin istisna olmaqla). Yükləmə sınağı

zamanı ST seqmentinin izoxətdən aşağı enməsi dərəcəsindən asılı olaraq xəstələr 3 qrupa bölünmüşdür: 1-ci qrupa ST seqmentinin depressiyasının 1 mm-ə olan 11 xəstə; 2-ci qrupa ST seqmentinin depressiyasının 2 mm-ə qədər olan 14 xəstə; 3-cü qrupa isə ST seqmentinin izoxətdən aşağı enməsinin 2 mm-dən çox olan 7 xəstə daxil olmuşdur. Aldığımız nəticələr 1-ci cədvəldə göstərilmişdir.

Cədvəl 1

Sabit gərginlik stenokardiyası olan xəstələrdə qanda maqneziumun səviyyəsinin tredmil - test sınağı zamanı ST seqmentinin izoxətdən aşağı enmə göstəriciləri və maqneziumun qan zərdabındakı səviyyəsi

Xəstələrin qrupları		Mg^{++} qanda səviyyəsi mmol/l	Fərqlərin dürüstlüyü	P_1 P_2 P_3
1	ST seqmentinin izoxətdən 1mm aşağı olması	0,90±0,02 (0,75-1,10)	P_1	P_1–P_2 <0,05
2	ST seqmentinin izoxətdən 2mm aşağı olması	0,85±0,02 (073-0,98)	P_2	P_2–P_3<0,01
3	ST seqmentinin izoxətdən 2mm – dən çox aşağı olması	0,77±0,03 (0,64-0,85)	P_3	P_1–P_3<0,01

Göründüyü kimi 1-ci qrupa daxil olan xəstələrdə (ST seqmentinin depressiyasının 1mm-ə qədər olması) maqneziumun qanda səviyyəsi 0,75-dən 1,10 mmol/l arasında olub, orta hesabla 0,90±0,02 mmol/l təşkil etmişdir. 2-ci qrup xəstələrdə (ST –nin izoxətdən 2 mm-ə qədər aşağı enməsi) maqneziumun səviyyəsi 0,73-dən 0,98 mmol/l arasında olub, orta hesabla 0,85±0,02 mmol/l təşkil etmişdir. Bunlar arasında fərq statistik dürüst olmuşdur (p<0,05). Lakin 3-qrup xəstələrdə isə, yəni yükləmə sınağı zamanı ST seqmentinin izoxətdən aşağı enməsinin göstəricisi 2 mm-dən çox olan xəstələrdə isə mqneziumun qanda konsentrasiyası orta hesabla ən az səviyyədə olmuşdur və orta hesabla 0,77±0,03 mmol/l (0,64-dən 0,85 mmol/l-ə qədər) təşkil etmişdir.

Beləliklə aldığımız nəticələr göstərir ki, II-III FS sabit gərginlik stenokardiyası olan xəstələrdə tredmil-test sınağı zamanı meydana çıxan ST seqmentinin depressiyasının ağırlıq dərəcəsi ilə qanda maqneziumun səviyyəsi arasında əks asılılıq mövcuddur. Başqa sözlə qan zərdabında maqneziumun səviyyəsinin azalması yükləmə sınağı zamanı ST seqmentinin depressiyasının artması ilə müşaiyət olunur.

Bununla yanaşı biz II-III FS sabit gərginlik stenokardiyası olan 116 xəstədə qanda maqneziumun səviyyəsi ilə exokardioqrafik müayinə zamanı təyin edilən sol mədəcik miokardının funksional vəziyyəti arasındakı qarşılıqlı əlaqə öyrənilmişdir. Xəstələr 4 qrupa bölünmüşdür: 1-ci qrupa yalnız sistolik disfunksiyası olan 20 xəstə (AF<5,5%), 2-ci qrupa yalnız diastolik disfunksiyası olan 36 xəstə (E/A<1,0), 3-cü qrupa həm sistolik, həm diastolik disfunksiyası olan 18 xəstə və nəhayət 4-cü qrupa isə sistolik və diastolik disfunksiyası olmayan 42 xəstə daxil edilmişdir.Alınmış nəticələr cədvəl 2-də öz əksini tapmışdır.

Göründüyü kimi 1-ci qrup xəstələrin (sistolik disfunksiya) qanında maqneziumun səviyyəsi orta hesabla 0,80±0,02 mmol/l olmuşdur. Lakin yalnız diastolik disfunksiyası olan 2 qrup xəstələrdə isə bu elektrolitin səviyyəsi 0,78±0,02 mmol/l olmuşdur. Onlar arasında fərq statistik dürüst olmamışdır (p>0,05). Bununla yanaşı həm sistolik,həm diastolik disfunksiyası olan xəstələrdə (3-cü qrup) maqneziumun səviyyəsi ən aşağı səviyyədə olub və orta hesabla 0,76±0,01 mmol/l olmuşdur. Digər qruplar ilə müqaisədə bu göstərici 1-ci qrupdakı göstəricidən statistik dürüst az (p<0,05), 2-ci qrupdakı göstəricilər isə statistik olaraq qeyri dürüst az olmuşdur (p>0,05).

Cədvəl 2

Sabit gərginlik stenokardiyası olan xəstələrdə qanda maqneziumun səviyyəsi və sol mədəcik miokardının funksional vəziyyətinin göstəriciləri

Ümumi qrup n=116	1-ci qrup sistolik disfunksiya n=20	2-ci qrup diastolik disfunksiya n=36	3-cü qrup sistolo-diastolik disfunksiya n=18	4-cü qrup disfunksiya olmayan xəstələr n=42
Qanda Mg^{++} mmol/l	0,80±0,02 P_1	0,78±0,02 P_2	0,76±0,01 P_3	0,85±0,03* P_4
P	P_1 P_2>0,05	P_2 P_3 >0,05	P_1 P_3 <0,05	

Qeyd: * -p<0,05 1-ci, 2-ci,3-cü qruplarla müqayisədə

Lakin maqneziumun qanda ən yüksək səviyyəsi sistolik və diastolik disfunksiyası olmayan 4-cü qrup xəstələrində (0,85±0,03 mmol/l) qeyd olunmuşdur və bu göstərici digər 3 qrup xəstələrin göstəricilərindən əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olmuşdur ($p<0,05$).

Beləliklə aldığımız nəticələr onu söyləməyə əsas verir ki, sabit gərginlik stenokardiyası olan xəstələrdə maqnezium qanda ən aşağı səviyyəsi sol mədəcik miokardının həm sistolik və həm də diastolik disfunksiyası olan xəstələrdə daha çox təsadüf edilir.

Nəticələr

1. Sabit gərginlik stenokardiyası olan xəstələrdə tredmil-test sınağı zamanı ST seqmentinin izoxətdən aşağı enmə dərəcəsi ilə qanda maqneziumun səviyyəsi arasında sıx əlaqə mövcuddur. Belə ki, qanda maqneziumun konsentrasiyasının azalması yükləmə sınağı zamanı ST seqmentinin izoxətdən daha çox aşağı enməsi ilə müşaiyət olunur.
2. Sabit gərginlik stenokardiyası olan xəstələrdə sol mədəcik miokardının funksional vəziyyətinin pisləşməsi qanda maqneziumun səviyyəsinin azalması ilə parallel gedir. Bu elektrolitin ən aşağı səviyyəsi miokardın həm sistolik və həm də diastolik disfunksiyası olan xəstələrdə daha çox təsadüf edilir.

ƏDƏBİYYAT

1. Трисветова Е.Л. Дефицит магния и сердечно-сосудистые заболевания: время действовать // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии, 2014, №1, с. 99-105
2. Cruber U., Schmidt J., Kisters K. Magnesium in Prevention and Therapy // Nutrients 2015, v.7, p. 8199-8226
3. Kolte D., Vijayaraghavan K., Khera S. et al. Role of magnesium in cardiovascular diseases // Cardiol Rev 2014, v.22, p. 182-192
4. Bourre J.M. Effects of nutrients (in food) on the structure and function of the nervous system: update on dietary requirements for brain. Part 1: micronutrients // J. Nutr. Health Aging. 2006, v.10, p.377-385
5. Classen H.G. Magnesium orotate-experimental and clinical evidence // Rom.J. Intern. Med. 2004, v.42, p.491-501
6. Libby P., Ridker P. M., Maseri A. Inflammation in atherosclerosis // Circulation 2002, v. 105, p. 1135-1143
7. Rosanof A. Magnesium supplements may enhance the effect of antihypertensive medications in stage 1 hypertensive subjects // Magnes Res 2010, v. 23, No 1, pp. 27-40
8. Thomas F., Benetos A., Ducimetire D. et al. Determinants of left ventricular mass in a French male population // Blood pressure 1999, v. 8, pp.79-84
9. Hruby A., O'Donnell C.J., Jacques P.F. et al. Magnesium intake is inversely associated with coronary artery calcification: the Framingham Heart Study // JACC Cardiovasc Imaging 2014, v.7, p. 59-69
10. Ma J., Folsom A.R., Melnick S.L. et al. Associations of serum and dietary magnesium with cardiovascular disease, hypertension, diabetes, insulin, and carotid arterial wall thickness: the ARIC study. Atherosclerosis Risk in Communities Study // J Clin Epidemiol 1995, v.48, p. 927-940

Резюме

Изучение влияния уровня магния в крови на выраженность ишемических эпизодов и функциональное состояние миокарда у больных стабильной стенокардией напряжения

R.F.Abdullayev, A.D.Quliyeva, R.R. Abdullayeva, N.F.Səfərova

Целью исследования явилось изучение влияния уровня магния в крови на степень смещения сегмента ST ниже изолинии и функциональное состояние миокарда. Обследованы 116 больных стабильной стенокардией напряжения II-III ФК. Всем пациентом была проведена эхокардиографическое исследование, а у 32 из них выполнялся нагрузочные пробы на тредмил-тесте. Установлено, что чем меньше уровень магния в крови, тем больше степень смещения сегмента ниже изолинии на ЭКГ при тредмил-тесте. Наряду с этим самый низкий уровень магния наблюдался у больных с сочетанным нарушением систолической и диастолической функции миокарда левого желудочка.

Summary

Studying the effects of magnesium levels on the severity of ischemic episodes in the blood and the functional state of myocardial infarction in patients with stable angina

R.F.Abdullayev, A.D.Quliyeva, R.R. Abdullayeva, N.F.Safarova

The aim of the study was to study the effect of magnesium levels in the blood on the degree of displacement of the ST segment below the isoline and the functional state of the myocardium. 116 patients with stable angina of voltage II-III FC were examined. All patients underwent an echocardiographic study,

and 32 of them underwent stress tests on the treadmill test. It is established that the lower the level of magnesium in the blood, the greater the degree of displacement of the segment below the isoline on the ECG during the treadmill test. Along with this, the lowest magnesium level was observed in patients with a combined violation of the systolic and diastolic functions of the myocardium of the left ventricle.

Daxil olub: 06.07 2018

NADİR KLİNİK HAL: PARAFARİNGİAL NAHİYƏNİN EPİDERMOİD KİSTASI

[1,2] E.M. Sadıqov, [2]Y.T. Əfəndiyev, [2]İ.N. Rəhimova

1.Ə. Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Bakı

2.N. Tusi adına Memorial klinika, Bakı

Açar sözlər: parafaringial epidermoid kista, MRT, difuziya yüklüklü təsvir

Ключевые слова: парафарингиальная эпидермольная киста, МРТ, диффузионно-взвешенное изображение

Keywords: parapharyngeal Epidermoid Cyst, MRI, DWI

Baş və boyun nahiyədə lokalizasiya olunan bütün epidermoid kistaların rastgəlmə tezliyi 1,6 %-dən 7%-ə qədərdir [1]. Parotid, submandibulyar və parafaringial sahələrdə epidermoid kistalar çox nadir rastlanır və tüpürcək vəzi absesi, mukosele, kistik tumor, hiqroma və digər kistalarla fərqləndirilməsi çətin ola bilər [2,3].

24 yaşlı kişinin sol parafaringial sahəsində radioloji diaqnostik metodlarla aşkar etdiyimiz epidermoid kista digər kistoz proseslərlə müqayisədə nadir rast gəlinir. Parafaringial epidermoid kista diaqnozu yüksək rezolyusiyalı ultrasəs (HRUS), kompyuter tomoqrafiya (KT) ve maqnit rezonans tomoqrafiyada (MRT) alınmış təsvirlər və həmçinin postoperasion material əsasında təsdiqləndi.

Bəzən radioloji metodlara əsasən epidermoid kistanı digər kistalarla fərqləndirmək mümkün deyil [3, 4]. Epidermoid kistaların diferensial diaqnostikasında MR difüzyon yüklüklü təsvirin (DWI) və ölçülən diffuziya koefisentinin (ADC) rolu əvəzsizdir [4,5].

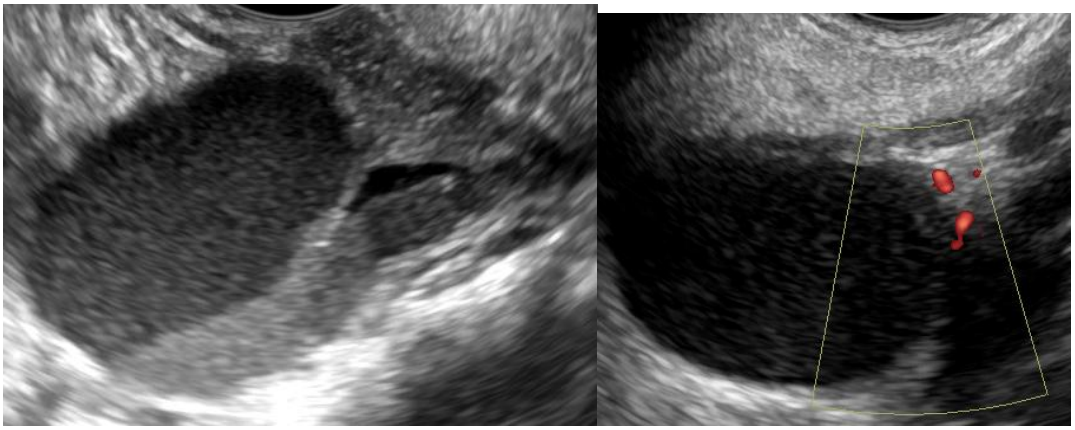
Tədqiqatın material və metodları. 24 yaşlı gənc oğlan sol ağız-udlaq nahiyədə ağrısız şişkinliyin olması və son 3 ay ərzində şişkinliyin tədricən artması şikayətləri ilə klinikamıza müraciət etmişdir. Xəstə həmçinin udma aktı və qida qəbulu zamanı sol ağız-udlaq nahiyədə maneənin olmasından şikayət edirdi. Daha öncə hər hansı travma, yüksək qızdırma və ya əməliyyat halları olmamışdır. Boyun nahiyənin palpasiyası zamanı limfadenopatiya və nevroloji defisit əlamətləri qeyd olunmadı. Xəstədə kliniki instrumental və laborator müayinələr zamanı digər orqan və sistemlərdə patoloji dəyişikliklər aşkarlanmamışdır, həyati göstəricilər norma daxilində olmuşdur. Fiziki muayinə zamanı intraoral soltərəfli ağız-udlaq nahiyədə hərəkətli, yumşaq və bir az dalğavarı kütlə əlləndi. İlkin kliniki diaqnoz sol ağız-udlağın şişi qoyulmuşdur.

Sol qulaqətrafı vəzin USM müayinəsi zamanı vəzin dərin payı proyeksiyasında arakəsmə ilə iki kameraya ayrılmış və kameralardan birinin daxilində hərəkətli çöküntü olan hamar və aydın konturlu kistoz ocaq aşkarlandı. İntraoral müayinədə kistanın daxilində hipoexogen kiçik partikullar olması, rəngli və energetik Doppler müayinəsində kistoz kapsulanın və arakəsmənin qanlanması izlənildi (şək.1). Kistanın ölçüləri 3.8 sm × 3.0 sm olmuşdur. USM diferensial diaqnostikada retension kista və ya I-li qəlsəmə yarığı kistası düşünülmüşdür.

KT müayinəsi zamanı sol parafaringial nahiyədə patoloji hipodens və arakəsməsi olan törəmə təyin edilir. Törəmənin konturları dəqiq, strukturu homogen izlənir. Törəmə alt çənənin sol şaxəsindən medialda yerləşir, arxa konturu sol bizəbənzər çıxıntıya intim yerləşir və ağız-udlağın sol tərəfini ön və mediala deformasiya edir (şəkil 2). Ətraf toxumalarda infiltrasiya və ya invaziya qeyd edilməmişdir. KT müayinədə retension kista və ya I-li qəlsəmə yarığı kista düşünüldü və diferensasiya üçün xəstə MR müayinəyə yönləndirildi.

MRT müayinədə sol parafaringial nahiyədə patoloji ikikameralı kistoz törəmə təyin edilir. Törəmə kapsulaya malikdir, konturları dəqiq qeyd olunur, medial (kiçik ölçülü) və lateral (böyük ölçülü) kameralardan ibarətdir. Patoloji törəmə T2 yüklüklü və FLAİR MR təsvirlərdə hiperintens, T1 yüklüklü MR təsvirlərdə izointens siqnal nümayiş etdirir. Hər iki kameranın daxilində T2 rejimlərdə hiperintens və T1 rejimində zəif hiperintens siqnala malik olan çöküntü aşkar edilir. MR DWI təsvirlərdə kistoz törəmə yüksək

siqnal intensivliyi nümayiş etdirdi (şəkil 3). Törəmənin medial konturu sol qulaqətrafı vəzin dərin payına intim yerləşir, vəzin kompressiyası qeyd olunur. Törəmə venadaxili kontrast maddəni kapsula və arakəsmə ilə toplayır.



Şək. 1. Sol qulaqətrafı vəzin dərin payı proyeksiyada B-rejim US təsvirlərdə daxilində arakəsmə və çöküntü olan, hipoexogen exolar içərən homogen, anexogen epidermoid kista. EDM-də arakəsmə və kapsulada qan görünür.

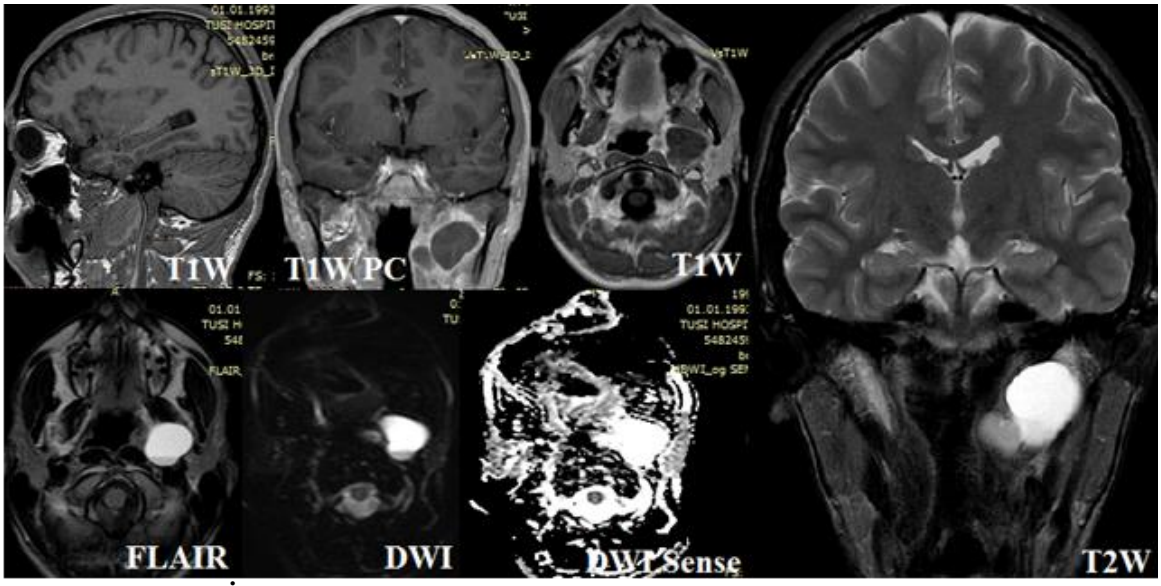


Şək.2. Sol parafaringial nahiyədə hipodens, homogen strukturlu, aydın və hamar konturlu epidermoid kista

Xəstə İİAB icra edilmədən birbaşa əməliyyat olunmaq üçün üz-çənə cərrahiyyəsi şöbəsinə göndərilib və əməliyyatdan sonra parafangial epidermoid kista diaqnozu qoyulub.

Nəticələrin müzakirəsi. anadangəlmə epidermoid kistalar intrauterin həyatın 3-cü və 4-cü həftələrində I və II qəlsəmə yarıqları arasında olan ektodermal elementlərdən inkişaf edir [5]. Ədəbiyyat məlumatlarına əsasən parotid və submandibulyar sahələrin epidermoid kistaları çox nadir görülən xoşxassəli kistik patologiya olub, adətən gənc və orta yaşlı insanlarda aşkarlanır [6]. Diaqnoz əsasən yüksək rezolyusiyalı US, KT və MRT əsasında aparılır, bu müayinələr kistanın kistoz xüsusiyyətlərini, ölçüsünü və anatomik əlaqələrini aydın göstərir [7-10]. Parotid və submandibulyar nahiyələrin epidermoid kistaları incə divarlı və aydın seçilən konturlara malik olur. Bəzən uzunmüddətli kistalarda ikincili infeksiya qoşulması səbəbindən abses formalaşa bilər. Bu hallarda kistanın kapsulası qalınlaşmış olur. KT və MRT kistanın dəqiq lokalizasiyasına, anatomik strukturlarla əlaqəsinə və özəlliklə cərrahın böyük və orta böyüklükdəki kistalar üçün ən uyğun cərrahi giriş seçməsinə imkan verir [8,11]. USM-də epidermoid kistaların arxa hissəsində akustik güclənmə olur, strukturları homogen və daxilində hipoexogen exolar olan anexogen kütlə şəklində görülür. Daxili struktur hiperexogen yağ, sümük və ya diş elementlərinin varlığına bağlı olaraq heterogen

görülə bilər. KT müayinədə bu kistalar hipodens olur, venadaxili kontrast vurulmasından sonra divarlarında kontrast güclənməsi göstərir. Epidermoid kistalar T1 yüklüklü görüntülərdə yağ və zülal komponentinə bağlı olaraq yüksək və ya əzələyə yaxın izointens T1 siqnal verə bilər.



Şək 3. T2 və FLAİR təsvirlərdə hiperintens, T1 təsvirlərdə izointens siqnal nümayiş etdirən ikikameralı parafaringial epidermoid kista. Kameraların daxilindəki çöküntü T2 təsvirlərdə hiperintens, T1 təsvirdə zəif hiperintens siqnala malikdir. MR DWI təsvirdə yüksək siqnal qeyd olunur. Postkontrast T1 təsvirdə kapsula və kameralar arası arakəsmədə güclənmə vardır.

Yağ siqnalı STİR sekanslarda supressiya oluna bilər. T2 yüklüklü təsvirlərdə bu kistalar adətən hiperintens olur. Bir çox hallarda kistanın daxili heterogen strukturu və aydın demarkasiyalı kənarları olur. MRT daha yaxşı yumşaq toxuma vizualizasiyası, xarakteristikası və multiplanar görüntüləmə üstünlüklərinə sahibdir [5,10,11]. Epidermoid kistalar MR DWI görüntülərdə həmişə yüksək siqnal intensivliyi nümayiş etdirir. Parotid, parafaringial nahiyələrin kistik patologiyalarının diferensial diaqnostikası çox vacibdir, çünki cərrahi texnika bütün hallarda eyni olmur. Parotid və parafaringeal nahiyələrin kistoz patologiyalarının diferensial diaqnostikasına kistik hiqroma, mukosele, qəlsəmə yarığı kistası, kistoz degeneraiyaya uğramış limfa düyünü və abses daxildir. Belə klinik hallarda USM, KT, MRT və İİAB müayinələrinin birgə istifadəsi vacibdir [1,12]. İİAB xüsusilə maliqnant kistik proseləri inkar etmək üçün uyğun diaqnostik vasitədir [12]. Cərrahi enukleasiya bu cür proseslər üçün yeganə effektiv müalicədir. Kistanı əhatə edən fibroz kapsula enukleasiyanı asanlaşdırır, bu da öz növbəsində kistanı tam xaric etməyə və gələcəkdə residivin olmamasına imkan verir [13].

Nəticə parotid və parafaringial sahələrin kistoz patologiyaları izləndiyi hallarda epidermoid kista da diferensial diaqnostik alqoritmə daxil edilməlidir. Əməliyyatönü radioloji diaqnostika və cərrahi giriş planı zamanı USM, KT, MRT və İİAB vacibdir. Patologiyanın kistoz təbiətli olmasının təsdiqində USM tez-tez ilkin diaqnostik metod kimi istifadə olunur. Kistanın lokalizasiyasının, anatomik sərhədlərinin və struktur tərkibinin dəyərləndirilməsində KT və MRT vacib informasiyaya malikdir və əməliyyatönü planlaşdırmada ən optimal sayılır. Alınmış hiperintens siqnal sayəsində, epidermoid kistanın digər kistalarla diferensial diaqnostikasında ən dəqiq radioloji diaqnostik üsul MR DWI olmuşdur. Boyun kistalarının müayinəsində bütün standart MR üsullar tövsiyə olunur, lakin növbəti addım olaraq kontrast T1 yox, MR DWI seçilməlidir.

ƏDƏBİYYAT

1. Seo S., Yoon Y. Dermoid cyst of the parotid gland // Otolaryngol Head Neck Surg. 2010, v.142, p.768-769.

2. Janarthanam J., Mahadevan S. Epidermoid cyst of submandibular region // Journal of Oral and Maxillofacial Pathology, 2012, v. 16, p. 435-437

3. Yasumoto M., Shibuya H., Gomi N., Kasuga T. Ultrasonographic appearance of dermoid and epidermoid cysts in the head and neck // J Clin Ultrasound. 1991, v.19(8), p.455-461.

4. Aynehchi B., Newman J.G. Brooks J.S. Dermoid cyst of the parotid gland // Ear Nose Throat J. 2010, v.89 , E4–E6

5. Manz D., Bankfalvi A., Lehnerdt G. Epidermal cyst of the parotid gland // HNO. 2011, v.59, p.64-67.
6. Gonzalez-Perez L.M., Crespo-Torres S. Dermoid cyst of the parotid gland // Oral Radiol., 2013, v.29, p.92-95.
7. Birsan C., Raza A., Cobb C. Parotid dermoid cyst: a case report // Int J Surg Pathol. 2013, v.21(2), p.197-201.
8. Kar R., Thorawade V., Jagade M. et al. An unusual case of epidermal cyst in submandibular space // International Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery, 2014, v. 3, p. 213–21
9. Hegde P. N., Kishan Prasad H. L., Sunil Kumar Y. et al. A rare case of an epidermoid cyst in the parotid gland which was diagnosed by fine needle aspiration cytology // Journal of Clinical and Diagnostic Research, 2013, v. 7, p. 550–552
10. Chikui T., Shimizu M., Goto T.K. et al. Interpretation of the origin of a submandibular mass by CT and MRI imaging// Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2004, v.98(6), p.721-729
11. Sanglee C., Kaunkin H. Iatrogenic epidermoid cyst in the parotid gland: a case report // Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons, 2011, v.37, p. 237-240
12. Baschinsky D., Hameed A., Kehyani S. Fine needle aspiration cytological features of dermoid cyst of parotid gland. A report of two cases // Diagnostic Cytopathology, 1999, v. 20, p. 387-388
13. Rosai J. Major and minor salivary glands / in Ackermans Surgical Pathology, R. J. Mosby, Ed., Mosby, St Louis, Mo, USA, 8th edition, 1996, p. 815-856

Резюме

Редкий клинический случай: эпидермоидная киста парафарингеальной области

Э.М. Садыхов, Ю.Т. Эфендиев, И.Н. Рагимова

Частота встречаемости всех эпидермоидных кист, локализованных в области головы и шеи, составляет от 1,6% до 7%. Эпидермоидная киста в околоушной, подчелюстной или парафарингеальной областях очень редкое образование, и его можно легко принять за абсцесс слюнной железы, слизистую оболочку, кистозное новообразование, гигрому и другие кисты. Эпидермоидная киста, обнаруженная нами с помощью радиологических методов диагностики в левой парафарингеальной области 24-летнего мужчины, является редкой по сравнению с другими кистозными процессами. Диагностика эпидермоидной кисты глотки была основана на ультразвуковом исследовании высокого разрешения, компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии (МРТ) и послеоперационном материале. Иногда невозможно отличить эпидермоидные кисты от других кист согласно радиологическим методам. Роль магнитно-резонансного (MR) диффузионно-взвешенного изображения и кажущихся коэффициентов диффузии в диагностике эпидермоидных кист незаменимы.

Summary

Rare clinical condition: epidermoid cyst of parapharingeal region

E.M. Sadıgov, Y.T. Efendiyev, İ.N. Rahimova

The frequency of occurrence of all epidermoid cysts localized in the head and neck area is from 1.6% to 7%. The diagnosis of an epidermoid cyst in the parotid, submandibular or parapharyngeal regions very rare entity and it could be easily mistaken for a salivary gland abscess, mucocele, cystic neoplasm, hygroma and other cysts. The epidermoid cyst that we discovered by radiological diagnostic methods in the left parapharyngeal region of 24-year-old man is rare in comparison to other cystic processes. Parapharyngeal epidermoid cyst diagnosis was based on high resolution ultrasound (HRUS), CT scans and magnetic resonance imaging (MRI) and postoperative material. Sometimes it is not possible to differentiate epidermoid cysts from other cysts according to radiological methods. The role of magnetic resonance (MR) diffusion-weighted image (DWI) and apparent diffusion coefficients (ADC) in the diagnosis of epidermoid cysts are irreplaceable.

Daxil olub: 19.07 2018

UŞAQLARDA EKSTRASİSTOLİYALAR ZAMANI MİOKARDIN ELEKTRİK QEYRİ-HƏMCİNSLİYİNİN QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİNDƏ QT İNTERVALININ VƏ ONUN DİSPERSİYASININ ƏHƏMİYYƏTİ

İ.İ.İsayev., Z.İ.Məmmədova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Terapevtik və pediatrik propedevtika kafedrası

Açar sözlər: uşaqlar, ekstrasistoliya, miokard, interval QT
Ключевые слова: дети, экстрасистолия, миокард, интервал QT
Key words: children, extrasystoli, myocard, interval QT

Uşaqlarda aritmiyalar anadangəlmə ürək qüsurları ilə birlikdə ürək-damar patologiyalarının strukturunda rast gəlmə tezliyinə görə aparıcı yerlərdən birini tutur (60-70%). Aritmiyaların geniş yayılmasına baxmayaraq onların diaqnostika və müalicəsi hal-hazırda çox zaman bir sıra çətinliklər törədir [2]. Uşaqlar arasında ürək ritminin pozğunluqlarından daha çox təsadüf edilən forması taxikardiyalar və ekstrasistoliyalardır [8,13.

Ədəbiyyat araşdırmalarından məlum olur ki, uşaq yaşlarında mədəcik aritmiyalarının az təsadüf olunmasına baxmayaraq, onlar miokardın aritmogen disfunksiyasının, həyati təhlükəli ağırlaşmaların, eyni zamanda qəfləti ürək ölümünün meydana çıxması ilə səciyyələnir [13,14,15,16].

Əksər hallarda uşaq və yeniyetmələrdə mədəcik aritmiyaları ürəyin üzvi zədələnməsi olmadan, kardiomiopatiyaların, müxtəlif mənşəli miokarditlərin və digər patologiyaların ağırlaşması şəklində təzahür edir [19,20,21].

Uşaqlarda ekstrasistoliyaların inkişafına bir çox faktorlar səbəb ola bilər. Məktəbyaşlı uşaqlarda 60% hallarda vegetativ pozğunluqlarla əlaqəli ekstrasistoliyalara rast gəlinir [4].

Gənc yaşlarında mədəcik ekstrasistoliyaları ürək ritminin pozğunluqlarının daha çox rast gəlinən formasıdır. Ədəbiyyat məlumatlarına görə aritmiyaların strukturunda mədəcik ekstrasistoliyalarının rast gəlmə tezliyi 75%-dir. Tək-tək ekstrasistoliyalar sakit halda çəkilmiş EKQ-də yenidoğulmuşlarda 0,8%, yeniyetmələrdə-2,2%, EKQ-nin holter monitorlaşdırılması zamanı yenidoğulmuşlarda - 18%, yeniyetmələrdə - 50% hallarda ürəyin üzvi zədələnməsi olmadan rast gəlinir [1, 18]. Başqa bir tədqiqatın nəticələrinə görə EKQ –nin holter monitorlaşdırılması zamanı mədəcik ekstrasistoliyaları həyatın birinci ilində 6-20%, pubertat dövrdə 47-77% hallarda təsadüf edilir [12,23].

Böyüklərdən fərqli olaraq uşaq və gənc yaşlarda ekstrasistoliyalar əksər hallarda simptomsuz davam edir. Əsas klinik simptomlar vegetativ disfunksiya və ya ürəyin üzvi patologiyası ilə əlaqədar olur. Zamanında və adekvat terapiya aparılmadıqda, əksər aritmiyalar 4-6 il müddətində proqressivləşir və nəticədə miokardın funksiyasında cərrahi müdaxilə tələb edən davamlı və geridönməz pozğunluqlar formalaşır [10,17].

Tədqiqatların nəticələrindən məlum olmuşdur ki, həyati təhlükəli aritmiyaların inkişafında kardiomiositlərdə ion kanallarında fəaliyyətin həm irsi, həm də qazanılma pozğunluqları əsas yerlərdən birini tutur və bu pozğunluqlar da öz növbəsində fəliyyət potensialının pozulmasına səbəb olur [22].

Ədəbiyyatda müxtəlif anadangəlmə və qazanılma patologiyalar zamanı QT intervalının uzanması və ya qısalması haqqında məlumatlar qeyd olunsa da [22], ürək ritminin pozğunluqları zamanı QT intervalında baş verən dəyişikliklər az öyrənilmişdir. Ürək ritminin pozğunluqları zamanı QT intervalının uzanması və onun indekslərində baş verən dəyişikliklərin normadan nəzərə çarpacaq dərəcədə tərəddüd etməsi, miokardda repolyarizasiya prosesinin homogenliyinin pozulmasının əsas göstəricisi olmaqla yanaşı, aritmogen kardiomiopatiyanın, ürək çatmamazlığının inkişafının və gənc yaşlarda qəfləti ölüm riskinin əsas xəbərdarlıq edici markeri hesab edilir.

Mədəcik miokardının qeyri-həmcinsliyinin qiymətləndirilməsinin diaqnostik və proqnostik roluna dair həsr olunmuş tədqiqatlar bir sıra alimlər tərəfindən aparılmışdır [5,6,7,8]. Lakin uşaqlarda ürək ritminin pozğunluqları zamanı praktikada daha çox tətbiq edilən qısa çəkilişli EKQ-də mədəcik miokardının repolyarizasiyasının qeyri-homogenliyinin klinik-proqnostik rolunun qiymətlənditilməsinə dair məlumatlar çox azdır.

Tədqiqatın məqsədi Məktəbyaşlı uşaqlarda ekstrasistoliyaların növündən asılı olaraq miokardın bioelektrik həmcinsliyinin QT intervalının təhlilinin aparılması ilə təyin edilməsidir.

Tədqiqatın material və metodları. Bu məqsədlə müayinəyə 73 nəfər məktəb yaşlı ekstrasistoliyalı uşaq cəlb olunmuşdur. Bunlardan23 nəfərində supraventrikulyar,50 nəfərində mədəcik ekstrasistoliyası qeyd edilmişdir. Müayinə edilən ürək ritminin pozğunluğu olan xəstələr uşaq yaş dövrləri və yaş xüsusiyyətləri nəzərə alınaraq iki qrupa ayrılmışdır:kiçik məktəb yaşlı (6-10 yaş) və böyük məktəb yaşlı (11-17 yaş). Supraventrikulyar ekstrasistoliyalı xəstələrin 11 nəfəri (5 oğlan, 6 qız) 6-10 (orta 8,2±0,46) yaş, 12 nəfəri (6

oğlan, 6 qız) 11-17 (orta 14,4±0,56) yaş, mədəcik ekstrasistoliyalı xəstələrin 24 nəfəri (12 oğlan,12 qız)6-10 (orta 8,1±0,29) yaş, 26 nəfəri (12 oğlan,14 qız) isə 11-17 (orta 14,4±0,56) yaş qrupuna daxil edilmişdir. Nəzarət qrupuna, hər yaş qrupuna 25 nəfər olmaqla, 50 nəfər praktiki sağlam uşaq daxil edilmişdir. Bu qrupa ürək-damar və sinir-psixi xəstəlikləri olmayan, eyni zamanda EKQ müayinə zamanı normadan kənara çıxmalar müşahidə olunmayan uşaqlar cəlb edilmişdir. Müayinə planına anamnestik,ümumi klinik- laborator, 12 standart aparmada EKQ müayinə daxil edilmişdir. Ürək ritminin pozğunluqları zamanı miokardda repolyarizasiya prosesinin qeyri-həmcinsliyinin dəqiq diaqnostikası məqsədilə EKQ həm birqütblü (aVR, aVL,aVF, V1-V6), həm də I,II,III standart aparmalarda QTmax,QT min, QTorta və dQT, QT intervalının davam etmə müddətinin əvvəlki RR intervalının davam etmə müddətindən asılı olduğunu nəzərə alaraq QTc (QT intervalının korreksiya olunmuş göstəricisi), bu göstəricilərlə yanaşı QT intervalının dQTmax, QTcmin, QTcmax, dQTc, dQTcmax kimi indeksləri təyin edilmişdir. QT intervalının maximal və minimal qiymətləri, onun dispersiyası qiymətləndirilmişdir. Ekstrasistoliyaların qeyri-iltihabı mənşəli olmasını təsdiq etmək məqsədilə xəstələrə qanın biokimyəvi analizi (ASO, CRP) və EÇS təyin olunmuşdur.

Nəticələrin müzakirəsi. QT intervalı miokardınfəaliyyət potensialının davam etmə müddətini əks etdirərək, aritmiyalar zamanı trigger aktivliklə əlaqəli olan əsas göstəricilərdən biridir. Bəzi müəlliflərin fikrincəQT intervalının uzanması təhlükəli mədəcik aritmiyalarının əsas və dürüst markeri kimi qiymətləndirilir [9,11]

Bu məqsədlə apardığımız elmi-tədqiqat işinin nəticələrinin təhlili zamanı QT intervalının davam etmə müddətinin, dispersiyasının və onun törəmələrinin orta kəmiyyət göstəricilərinin sağlamlarla müqayisədə artması müşahidə olunmuşdur.

Tədqiqatın nəticələri cədvəl 1 və 2-də əks olunmuşdur.

Aparılan müşahidələrin nəticələrinə (cədvəl 1) əsasən 6-10 yaşlı xəstələrdə QT intervalının maksimal qiymətində nəzarət qrupu ilə I qrup arasında 3,29% (p<0,001), II qrup arasında isə 5,66% (p<0,001) artım müşahidə olunmuşdur.Göründüyü kimi II qrupda müşahidə olunan fərq daha əhəmiyyətli olmuşdur.

II qrupa daxil olunan, yəni mədəcik ekstrasistoliyalı xəstələrdə QT maksimumun qiyməti artaraq 14 nəfərdə müqayisə qrupundan 3,00-5,85% arası, 10 nəfərdə müqayisə qrupundan 6,05-7,48% arası fərqlənmişdir.

Cədvəl 1

Ürək ritminin pozğunluğu olan 6-10 yaşlı uşaqlrda QT intervalının indekslərinin dəyişməsi (praktik sağlamlarla müqayisdə %-lə M ± m)

Göstəricilər	I qrup	P	II qrup	P	P1
ÜVS	98,2 ± 1,57 92,0 - 106,0	<0,001	97,0 ± 1,09 92,0 - 106,0	<0,001	>0.05
QTmax	3,29 ± 0.21 (2,43 - 4,29)	<0.001	5,66 ± 0,27 (3,00 -7,48)	<0,001	<0,01
QT min	3,17 ± 0,25 (2,19 - 4.5)	<0,001	5,82 ± 0,28 (2,87-7,69)	<0,001	<0,01
dQT	3,94 ± 0,25 (2,40 - 5,11)	<0,001	4,82 ± 0,35 (1,70 -7,55)	<0,001	>0.05
dQTmax	2,00 ± 0,17 (1,68 - 2,59)	>0.05	3,11 ± 0,50 (1,54 - 4,65)	<0,05	>0.05
dQTc	9,19 ± 0,33 (6,84 - 10.67	<0,001	9,32 ± 0,17 (7,20 - 11,63	<0,001	>0.05
dQTcmax	7,35 ± 0,34 (6,28 - 8,42)	<0,001	7,58 ± 0,60 (6,21 - 9,15)	<0,001	>0.05

Qeyd: P – nəzarət qrupu ilə müqayisədə, P1- I qrupla müqayisədə dürüstlük

Cədvəldən göründüyü kimi QT intervalının minimal qiyməti supravenrikulyar ekstrasistoliyalı uşaqlarda 3,17% (p<0,001), mədəcik ektrasistoliyalı xəstələrdə isə 5,88% (p<0,001) artmışdır. 11-17 yaşlı uşaqlarda miokardın bioelektrik fəallığının təhlili zamanı (cədvəl 2) 6-10 yaşlılarla müqayisədə fərqli səpgidə dəyişikliklər müşahidə olunmuşdur. Belə ki, böyükməktəbyaşlı uşaqlarda QT intervalının maksimal qiyməti eyni yaşlı sağlamlarla müqayisədə I qrupda qrup üzrə orta hesabla 4,49 ±0,34%, II qrupda isə qrup üzrə orta hesabla 4,38 ± 0,34% , QTmin müvafiq olaraq 4,50 ± 0,37% və 4,20 ± 0,25% artaraq statistik dürüst səciyyələnmişdir (p<0,001). Ümumilikdə müayinəyə cəlb olunmuş ekstrasistoliyalı uşaqların hamısında QT max, QT min müqayisəli analizi zamanı bu göstəricilərin paralel variasiyası qeyd olunmuşdur və hər iki klinik qrupda nəzarət qrupunun göstəricilərindən dürüst olaraq səciyyələnmişdir. Tədqiqatın nəticələrinin

təhlili zamanı müəyyən olunmuşdur ki, QT intervalının maksimal və minimal qiymətlərinin geniş diapazonda dəyişməsi mədəcik əzələsinin repolyarizasiya prosesinin qeyri-həmcinsliyini əks etdirir. Miokardda repolyarizasiya prosesinin qeyri-həmcinsliyi, onun elektrik sabitliyinin pozulmasına səbəb olan əsas faktorlardan biridir. Elektrofizioloji mənada mədəcik miokardı fraqmentləşir, yəni onun ayrı-ayrı hissələri həm depolyarizasiya, həm də repolyarizasiyanın müxtəlif fazalarında iştirak edir. İnkişaf etmiş asinxron repolyarizasiya miokard hüceyrəsində polyarizasiya səviyyəsinin müxtəlifləşməsinə səbəb olur və əlavə oyanma ocaqlarının yaranmasına zəmin yaradaraq, aritmiyaların və qəfləti ölümün meydana çıxmasına səbəb olur .

Cədvəl 2

Ürək ritminin pozğunluğu olan 11-17 yaşlı uşaqlarda QT intervalının indekslərinin dəyişməsi(praktik sağlamlarla müqayisdə %-lə M±m)

Göstəricilər	I qrup	P	II qrup	P	P1
ÜVS	71,3 ± 1,26 (67,0 - 80,0)	P>0,05	78,8 ± 0,75 (75,0 - 90,0)	P<0,001	P<0,001
QTmax	4,49 ± 0,34 (2,23 - 5,69)	P<0,001	4,38 ± 0,25 (2,23 - 6,34)	P<0,001	P>0,05
QTmin	4,50 ± 0,37 (1,93 - 5,74)	P<0,001	4,20 ± 0,25 (1,99 - 6,20)	P<0,001	P>0,05
dQT	4,47 ± 0,37 (2,08 - 6,16)	P<0,001	5,53 ± 0,37 (3,04 - 8,56)	P<0,001	P>0,05
dQTmax	3,63 ± 0,51 (1,79 - 5,42)	P<0,001	5,58 ± 0,60 (3,29 - 7,27)	P<0,001	P>0,05
dQTc	3,88 ± 0,55 (1,92 - 7,29)	P<0,001	10,20 ± 0,31 (6,61 - 13,52)	P<0,001	P<0,001
dQTcmax	3,95 ± 0,81 (1,33 - 7,29)	P<0,001	10,33 ± 0,58 (9,03 - 13,39	P<0,001	P<0,001

Qeyd: P – nəzarət qrupu ilə müqayisədə, P1- I qrupla müqayisədə dürüstlük.

Elektrokardiosiqnalların işlənməsi üçün daha vacib və diqqəti cəlb edən parametrlərdən olan QT intervalının dispersiyası,son onillikdə elektrokardioloqların diqqətinə səbəb olmuşdur [3]. Hal-hazırda repolyarizasiya prosesinin qeyri – invaziv qiymətləndirilməsi üçün QT intervalının dispersiyasının qiymətləndirilməsindən geniş istifadə olunur. Tədqiqata cəlb etdiyimiz kiçik məktəbyaşlı xəstələrdə bu göstərici hər iki klinik qrupda eyni yaşlı sağlam uşaqlardan fərqlənmişdir.Belə ki, I qrupda 3,94% (<0,001), II qrupda isə 4,85% (<0,001) artaraq sağlamlarla müqayisədə statistik dürüst səciyyələnmişdir.QT intervalının dispersiyasının ekstrasistoliyalı uşaqlarda fərdi təhlili zamanı müəyyən edilmişdir ki, bu göstərici artaraq supraventrikulyar ekstrasistoliyalı uşaqların 6 nəfərində nəzarət qrupu ilə müqayisədə 4,13-5.11% arası, mədəcik ekstrasistoliyalı uşaqlarda isə nəzarət qrupu ilə müqayisədə 13 nəfərdə 5,15-7,55% arası fərq təşkil etmişdir.Elektromexaniki sistolanın əsas göstəricilərindən olan QT intervalının maksimal həddinin dispersiyasının artması müayinəyə cəlb olunmuş uşaqların hamısında həm I , həm də II qrupda qeyd olunmuşdur. dQTmax 6-10 yaşlı supraventrikulyar ekstrasistoliyalı uşaqlarda artması orta hesabla 2,00 ± 0,17% təşkil etsədə eyni yaş qrupuna daxil edilmiş sağlamlardan statistik dürüst fərqlənməmişdir (p>0,05). Mədəcik ekstarsistoliyalı uşaqlarda isə sağlamlarla müqayisədə qrup üzrə orta hesabla 3,11±0,50% statistik dürüst artım qeyd olunmuşdur(p<0,05). 6-10 yaşlılarla müqayisədə 11-17 yaşlılarda bu göstəricinin artması nisbətən çox olmuşdur. Belə ki, I qrupda orta hesabla 3,63±0,51 %, II qrupda 5,58±0,60 % satatistik dürüst artım izlənmişdir (p<0,001) və hər iki yaş qrupunda həm supraventrikulyar, həm də mədəcik ekstrasiostoliyasında dQTmax artması, dQT-nin artması hesabına olmuşdur. Tərəfimizdən mədəciklərin repolyarizasiyasını əks etdirən əsas parametrlər dQTc və dQTcmax-da başverən dəyişikliklər də öyrənilmişdir. Müayinəyə cəlb olunmuş ekstrasistoliyalı xəstələrin hamısında bu parametrlərdəki dəyişikliklər daha qabarıq olmuşdur. Belə ki, kiçik məktəb yaşlılarda I qrupda dQTc qrup üzrə orta hesabla 9,19±0,33%, II qrupda isə 9,32±0,27% artmış və nəzarət qrupu ilə müqayisədə hər iki klinik qrupda statistik dürüst səciyyələnmişdir(p<0,001).dQTcmax eyniyaşlılarda I qrupda 7,35 ± 0,34%(p<0,001), II qrupda 7,58±0,60% (p<0,001) sağlamlarla müqayisədə artaraq fərqlənmişdir. Nəticələrin təhlilnə əsasən, 6-10 yaşlılarda dQTc və dQTcmax – da müşahidə olunan artım pararlel variasiya etmişdir(p<0,001).

11-17 yaşlı supraventrikulyar ekstrasistoliyalı məktəblilərdə 6-10 yaşlılardan fərqli olaraq dQTc və dQTcmax sağlamlarla müqayisədə böyük fərq təşkil etməmişdir. dQTc orta hesabla 3,88±0,55%, dQTcmax isə 3,95±0,81% statistik dürüst artmışdır(p<0,001). Bu da kiçik məktəbyaşlı uşaqlarda ÜVS-nın, böyük

məktəbyaşlılarda müqayisədə çox olması və ürəyə simpatik təsirin üstünlüyü ilə izah olunur. 11-17 yaşlı mədəcik ekstrasistoliyalı uşaqlarda bu göstəricilər daha nəzərə çarpan dəyişmişdir. Qrup üzrə dQTc orta hesabla 10,20±0,31% (p<0,001), dQTcmax orta hesabla 10,33±0,58 (p<0,001) artmışdır. Mədəciklərin repolyarizasiyasını əks etdirən göstəricilər, dQTc və dQTcmax qeyd olunan səpgidə dəyişiklərin baş verməsi ekstrasistoliyalar zamanı miokardın bioelektrik fəallığında homogenliyin pozulmasının əks etdirmişdir.

Beləliklə ekstrasistoiyalı uşaqlarda QT intervalının tədqiqi zamanı ürək ritminin bu növ pozğunluqlarında miokardda repolyarizasiya prosesinin həmcinsliyinin pozulması qeyd olunmuşdur. Belə ki, müayinəyə cəlb olunmuş uşaqların hamısında QT intervalının davam etmə müddətinin uzanması müşahidə olunmuşdur. Miokardda repolyarizasiya prosesinin qeyri-həmcinsliyini əks etdirən və aritmogen proqnostik əhəmiyyətli göstəricilər olan dQT və onun indeksləri dQTmax,dQTc, dQTcmax məktəbyaşlı ekstrasistoliyalı uşaqlarda sağlamlarla müqayisədə dürüst artmışdır (p<0,001) və müşahidə olunan dəyişikliklər böyük məktəb yaşlılarda və mədəcik ekstrasistoliyaları zamanı daha qabarıq olmuşdur.

ƏDƏBİYYAT

1.Школьникова М.А., Егорова Д.Ф.,ред. Диагностика и лечение нарушений ритма сердца и проводимости у детей: Учебное пособие. СПБ: Человек, 2012.

2.Школьникова М.А., Л.А.Кравцова., В.В.Березницкая Тахикардии у детей первого года жизни // Педиатрия, 2012, №3

3.Баум О.В., Попов Л.А., Волошин В.И., Муромцева Г.А. QT- дисперсия: модели и измерения.// Вестник аритмологии, 2000, № 20, с.6-17.

4.Беляева Л.М. Педиатрия. Курс лекций. 2011, с.145-147

5.Макарычева О.В., Васильева Е.Ю., Радзевич А.Э., Шпектор А.В. Динамика дисперсии интервалвQT при холтеровском мониторировании // Кардиология, 2002, №1, с.98-102.

6.Довгалевсий П.Я., Рыбак О.К., Бурлака А.Н. и др. Временная негомогенностьреполяризяции миокарда желудочков у практически здоровых людей:нормативные значения длительности и дисперсии интервала QTи его производных // Вестник аритмологии, 2006, №44, с.1-4

7.Бузиашвили Ю.И., Кабулова Р.И., Хананашвили Е.М. с соавт. Дисперсия интервала QT у больных ишемической болезнью сердца при физической нагрузке // Кардиоваскулярная терапия и профилактика , 2003, №2, с.69-74.

8.Kilic E., Celiker A., Karagöz T. et al. Analysis of idiopatik ventricular tachycardia in childhood // Turk.J.Pediatr., 2012, v.54 (3), p.269-72

9.Прекина В.И., Есина М.В., Ефремова О.Н., Ямашкина Е.И. Анализ интервала QTу здоровых людей по данным холтеровского мониторирования / Журнал научных статей. Здоровью и образование в XXI веке. 2016, с.52-54.

10. Ляджина О.С., Калинин В.В., Фетисова Е.А., Ревишвили А.Ш. Топическая диагностика некоранорогенной желудочковой экстрасистолии на основе неинвазивного активационного картирования // Вестник аритмологии, 2009, N57, с.47-51

11.Школьникова М.А., Харлап М.С., Ильдарова Р.А. и др. Диагностика, стратификация риска внезапной смерти и лечение основных молекулярно -генетических вариантов синдрома удлиненного интервалаQT // Кардиология, 2011, №5, с.50-61.

12. Cağdaş D., Celiker A, Ozer S. et al. Premature ventricular contractions in normal children // Pediatr., 2008, v.50 (3), p.260-4

13. Böhm C.K., Papavassiliu T., Dinter D.J. et al. Kardiale MRT in der Diaqnostik arrythmogener Herzerkrankungen. [Cardiac MR imaging in arrhythmogenic heart diseases // Radiology, 2007, v.47(4), p.325-32

14.Leonardi S., Raineri C., De Ferrari G.M. et al. Usefulness of cardiac magnetic resonance i assessing the risk of ventrikular arrhythmias and sudden death in patients with hypertrophic cardiomyopathy // Eur Heart J. 2009, v.30(16)

15.Gowda S.T., Ahmad A., Younoszai A. et al. Left ventricular systolic dyssynhrony in pediatric and adolescent patients with congestive heart failure // J Am Soc Echocardiogr., 2012, v.25(5), p.486-93

16.Hasdemir C., Yuksel A., Camli D. et al. Late gadolinium enhancement CMR patients with tachycardia-induced cardiomyopathy caused by idiopatik ventrikular arrhythmias // Pacing Clin Electriphysiol., 2012, v.35(4), p.465-70

17.Chiu C., Sequeira İ.B. Diaqnosis and treatment of idiopatik ventrikular tachycardia. AACN // Clin.İssues, 2004, v.15(3), p.449-61

18.Бокерия Л.А., Ревишвили А.Ш., Ардашев А.В., Кочович Д.З. Желудочковые аритмии. М.: Медпрактика, 2002, 272 с.

19. Школьникова М.А., Березницкая В.В., Сорокваша О.В. Алгоритмы элэктрокардиографической диагностики желудочковой экстрасистолии у детей // Вестник аритмологии, 2011, N66, с.76-80.

20. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика. М.: Медицинское информационное агентство, 2000.

21. Кулик В.Л, Яблучанский Н.И. Интервал QT в кардилогической клинике // Харьковский национальный университет имени В.Н.Каразина, Украина. Серия: Медицина, 2009, Т879, с.73-96.

22. Клинические рекомендации по детской кардиологии и ревмотологии / Под редакцией Школьниковой М.А., проф.Алексеевой Е.А. М., 2011, 503 с.

Резюме

Значение интервала QT и его дисперсии в оценке электрической нестабильности миокарда у детей при экстрасистолиях.

И.И. Исаев, З.И.Мамедова

Целью настоящего исследования явилось оценка значения интервала QT в при электрической нестабильности миокарда у детей школьного возраста с экстрасистолиями. С этой целью в исследования включены 73школьников с экстрасистолиями в возрасте 6-17 лет. Из них у 23 школьников определялась суправентрикулярная, а у 50 школьников - желудочковая экстрасистолия. Учитывая возрастные особенности обследованные школьники с нарушениями сердечного ритма были разделены на 2 группы:младший школьный возраст (6-10 лет) и старший школьный возраст(11-17 лет). Контрольную группу составили 50 практически здоровых детей в возрасте 6-17 лет, которые также были разделены на две возрастные группы (по 25 детей в каждой группе). При исследовании интервала QT у детей с экстрасистолиями было обнаружено нарушение гомогенности процесса реполяризации миокарда. У всех обследуемых детей выявлено удлинение интервала QT. Аритмогенно прогностически значимые показатели dQT и его индексы dQTmax, dQTc, dQTcmax, которые отражают негомогенность процесса реполяризации миокарда, у детей с экстрасистолями по сравнению с контрольной группой школьников были статистически достоверно повышены (p<0,001). Эти изменения были больше выражены у детей старшего щкольного возраста особенно при желудочковых экстрасистолях.

Summary

İmportance of QT interval and its depression for estimation of bioelectric non-hemogenesis of the myocardium during extrasystoles in children

I.I.Isayev, Z.I.Mamedova

The purpose of this study was to evaluate the bioelectric homogenesis of the myocardium in school-age children with different types of extrasystoles for QT interval analysis. This study included 73 school-age children with extrasystoles. 23 children with supraventricular and 50 children with ventricular extrasystoles.According to the age periods and age features examend children were divided to 2 groups:young school age children (6-10 years) and old school- age children (11-17 years). Observational group included 25 children from all of ages to each groups,totaly 50 healthy children. We conclude that duiring QT interval research in children with extrasistoles there is a disorder of myocardial repolarization process of this type of heart rhythm problems.As a result,was seen that QT interval duration time prolonged in all children who have been examined.The dQT and its indexes dQTmax,dQTc,dQTcmax as a marker of non-homogeneity of the repolarization process in the myocardium and prognostic sing of arrhythmogenesis were directly increased (p<0,001) in school-age children with extrasystoles compared to healthy children.The observable changes were found to be more common in older school age children and with ventricular extrasystoles.

Daxil olub: 24.07 2018

GÖZƏTRAFI NAHİYƏDƏ EKZEMANIN YARANMASININ ETİOLOJİ ASPEKTLƏRİ

L.Ə.Mirzoyeva
Respublika Diaqnostika Mərkəzi, Bakı; İstanbul Universiteti Tibb Fakültəsi, İstanbul

Açar sözlər: periorbital ekzema, dermatit, allergik kontakt dermatit, allergiya
Ключевые слова: периорбитальная экзема, аллергический контактный дерматит, атопический дерматит, аллергия
Key words: periorbital eczema, allergic contact, dermatitis, atopic dermatitis, allergy,

Dəri xəstəlikləri içərisində göz ətrafı nahiyyənin xəstəlikləri geniş rast gəlinir. Bu nahiyyənin açıq olması, ətraf mühit təsirlərinə məruz qalması bu nahiyyənin dəri xəstəliklərinin yaranmasına zəmin yaradır. Digər tərəfdəndə bu nahiyyə görünən olduğundan xəstələr estetik baxımdan da narahat olurlar. Xüsusilə xəstəliyin göz ətrafında, göz qapaqlarında verdiyi şişkinlik, qızartı, qaşınma, kəpəklənmə və s kimi əlamətlər xəstədə narahatlıqlar yaradır. Gözətrafı nahiyyənin dəri xəstəliklərinin böyük bir qrupunu periorbital dermatozlar (PD) təşkil edir [1]. Bu xəstəliklərin ən çox rast gəldiyimiz forması periorbital ekzema (PE) xəstəliyidir. Başda kontakt dermatit və atopik dermatit (AD), həmçinin seboreyalı dermatit, psoriaz, liken planus , liken simpleks kronikus, bəzi periokulyar rozasea formaları, kollagen xəstəlikləri PD-un səbəbləri arasındadır. Göz ətrafı nahiyənin ekzeması bronxial astma, allergik rinit, həmçinin qadınlarda daha çox rast gəlinməsi (kosmetik vasitələrin kontakt qıcıqlandırıcı təsiri) xəstəliyin yaranmasında allergiya faktorunu önə çəkir. Bundan başqa yerli kontakt allergiya ilə yanaşı digər allergik vaktorlarda periorbital ekzemanın yaranmasına təkan verə bilir. Məsələn göz damcıları [1], bəzi göz linzaları, eləcədə dırnaq boyaları [2,3], ətraf mühitdə tozlu, tüstülü havanın da rolu müəyyən edilmişdir. İlk olaraq xəstəliyin yaranmasında allergiya [4] və kontakt qıcıqlandırıcı faktorların rolu əsas götürülsədə atopik qurluşlu dərisi olanlarda da xəstəlik çox rast gəlinir. Xəstəliyin yaranmasında faktorların çoxluğunu nəzərə alaraq böyük bir xəstə qrupunda araşdırma apararaq xəstəliyin diaqnostikasında standart bir yanaşma protokolu yaratmağı hədəflədik.

Tədqiqatın məqsədi Periorbital ekzema xəstəliyinin yaranmasında etioloji faktorların çoxluğunu nəzərə alaraqdan böyük bir xəstə qrupunda araşdırma apardıq. Araşdırmada məqsədimiz poliklinikamızda təqib etdiyimiz xəstələrdə PE-nin yaranma faktorlarını araşdırmaq, səbəblərin intensivliyini müəyyən etməkdir. Xəstəliyin yaranma səbəblərini qruplaşdırmaqla diaqnostik meyar müəyyən etməyi, diaqnostikanı sadələşdirən bir protokol hazırlamağı qarşımıza məqsəd qoyduq.

Tədqiqatın material və metodları. Bu araşdırma işi İstanbul Universiteti Tibb Fakültəsi Dəri-Zöhrəvi xəstəliklər kafedrasının dəri xəstəlikləri poliklinikasında iyun 1996-avqust 2009-cu il tarixləri arasında müraciət edən və xəstəlik vərəqəsi olan 1834 "atopiya" və 3367 "kontakt ekzema" diaqnozlu ümumi 5201 xəstə sənədləri incələnərək PE mövcud olan ümumi 311 xəstə sənədləri incələnmiş , əldə edilən nəticələr *SPSS for Windows XP Release 11,5 version* proqramı ilə analiz edilərək ədəbiyyat məlumatları əsas götürülərək müzakirə olunmuşdur. Bu metodoloji izləmədə standart anamnez və diaqnostik metodlardan əlavə klassik qapalı yama testi başda olmaqla bir sıra dəri testləri istifadə edilmişdir. Tənəffüs allergiyası olan xəstələrdə dərini dəlmə testi və qan serumunda IgE təyini edilmişdir. Poliklinikada xəstələrin xəstəlik vərəqələrinin incələnməsi nəticəsində PE-si olan 311 xəstə araşdırma qrupunun əsasını təşkil etdi. PE diaqnozu anamnez, dermatoloji müayinə, lazım olduqda histopatoloji incələmə nəticəsində seboreyalı dermatit, psoriaz, DLE (discus lupus ertyema), dermatomiozit və s kimi periorbital zədələnmə yarada biləcək diaqnozlar kənarlaşdırdıqdan sonra qoyuldu. Xəstələrdə ilk yanaşmada anamnestik məlumatlar götürüldü və bu cür qiymətləndirildi [5].

- İstifadə edilən məhsullar (təmizlik, saç baxımı, makyaj, günəş kremləri və s)
- Bu kimi məhsulları necə istifadə edir
- Xəstəlik əlamətləri ilk nə vaxt yaranıb
- Öncədən mövcud olan bir dəri xəstəliyi varmı, dəri həssaslığı varmı?
- Xəstə və ailə üzvləri tərəfindən istifadə edilən məhsullar (ev təmizliyi, ev təmiri ilə bağlı məhsullar)
- Yaşlanmaya qarşı edilən cild müalicəsi

Həmçinin anemnez toplayarkən xüsusilə qadınlarda işlədilən kosmetik vasitəni yenidən dəyişilməsini, yeni istifadəsini maraqlanmaq lazımdır. Kontakt allergiyanın araşdırılmasında yama testi aparılır. Yama testi tədqiqatımızda önəmli rol oynadı.

Yama testinin növləri

*qapalı yama testi (klassik yama testi, fotoyama testi, atopiya yama testi)

*açıq yama test (birdəfəlik icra edilən, çox təkrarlı açıq test ÇTAT)

*mukozal yama testi

*infrafokal yama testi

Klassik yama testində kontakt allergenlə qapalı yama test edilir. Lazımi maddələr plastrlarda dəriyə qoyulur. Test plastrlarında 3 qat olur.Əmici qat, izoləedici qat, yapışaq qat (6) Allergiya bölməsində sınaqdan keçirilmiş standart yama test seriyasının 2008-ci ilin revizyonundan əvvəl 22 allergenə əlavə olaraq, daha 10 maddə istifadə olundu. Beləliklə 32 maddəlik genişlədilmiş standart yama testi seriyası istifadə olundu. (cədvəl 1). Əlavə edilən 10 maddə bəyaz vazelin, etilendiamindihidroxlor, terebentin, timerosal, *Euxyl® K400,* diaminodifenilmetan, karbamat qarışığı, merkuriamonium xlor, TSFR ve paladyum xlordur.

Xəstənin istifadə etdiyi kosmetik məhsullarda yama testinə əlavə edildi. Göz, əl və vücud kremləri, göz farı, göz və dodaq qələmləri, makyaj təmizləmə losyonları, salfetlər, dodaq boyası, pudra, günəş qoruyucu, saç jelesi və saç köpüyüdə test edilmişdir. Qıcıqlandırıcı şübhəsi olan kosmetik məhsulları açıq test etdik. Şampun, duş geli, təraş köpüyü, saç boyası və saç kremi, sabun, parfüm və kolonya kimi duru və ya buxarlanan dəri üzərində uzun müddət qalmayan kosmetiklər 1% nisbətində sulandırılmış halda açıq test metodu ilə test edildi. Dırnaq boyası, maskara kimi islanan qıcıqlandırıcı təsiri olan məhsullar həmçinin göz damcıları, topikal kartikosteroidlər,antibiotiklər, anfunqal preparatlarda yama testinə daxil edilmişdir. Xəstələrdə test nəticələrinə təsir edə biləcək dərmanlar (immunsupressiv, antihistamin, non-steroid iltihabəlehinə) sorğulanmışdır. Son 4 həftə içərisində sistematik kartikosteroid istifadə edən, test bölgəsinə topikal preparat istifadə edənlər testə alınmamışdır. Eləcədə hamilələr, süd verən analar da testən kənar tutuldu. Yama testində *IQ® Chamber (Chemotechnique Diagnostics)* və ya *Finn® Chamber* (*Epitest)* istifadə edilərək xəstələrin çoxunda yapışqan bir selobandın 5-10 dəfə dəriyə yapışdırılıb çəkilməsilə dəri incələmə metodu (tape stripping) tətbiq edilmişdir. Sözlü və ya yazılı razılıq alınmaqla test maddələri 48 saat müddətdə kürək, çiyin nahiyəsinə yapışdırılmışdır. Test plasterlərinin hərəkətliliyinin qarşısının alınması üçün üzəri "Hypafix"-lə örtülmüşdür. Qapalı yama testinin nəticələri 48 saatda bandlar uzaqlaşdırıldıqdan 30 dəq sonra 72 və 96-cı saatlarda eləcədə 7 gün sonrasında dəyərləndirildi. Həm qapalı həmdə açıq metodlarla aparılan yama testləri ICDRG-nin kriteriyalarına görə [7] dəyərləndirildi. Hər hansı bir maddəyə qarşı ən azı 2 ardıcıl dəyərləndirmə günündə 1 müsbət reaksiya olması halında yama testi pozitiv qəbul edildi.

Cədvəl 1

32 maddəlik genişlədilmiş standart yama testi

Reaksiya	Şərh	Test nahiyəsində nəticələr
-	Negativ	Reaksiya yox
? +	Şüphəli pozitiv	Zəif ləkə şəklində eritema
+	1 pozitiv	Test nahiyyəsində homogen eritema və infiltrasiya, bir neçə papula
++	2 pozitiv	Eritema, infiltrasya və tək tək seçiləbilən papula, vezikula
+++	3 pozitiv	Eritema, infiltrasiya, birləşən vezikullar
İR	İrritan (qıcıqlanma) reaksiya	İritasyon lehinə nəticələr (kənar effekti, sabun effekti, pustulalar v.b.)

Cədvəl 2

Atopiyanın vəziyyəti

Atopik xəstəlik	say	Nisbət (%)
Atopiya yox	159	51,1
AD + Mukozal Atopiya	47	15,1
İzoleolunmuş AD	46	14,8
Mukozal Atopiya (AB ve/veya ARK)	34	10,9
Atopik Dəri	15	4,8
Atopik Dəri+ Mukozal Atopiya	10	3,3
Ümumi	311	100

Atopik xəstəlik. Önə çıxarılan faktlar atopik xəstəlik baxımından dəqiqləşdirildi. Hanifin və Rajka kriteriyalarına görə (8) AD-nin diaqnostikası, atopik dəri qurluşu isə Diepgen ve Fartasch kriteriyalarına görə [9] müəyyən edildi. AD-diaqnozu olan xəstələrdə periorbital, üz, boyun və açıqda qalan dəri sahələrində ekzema varlığında tənəffüs allergenlərinə qarşı açıq yama testi istifadə edilmişdir. 1999-2000 illərdə D1 ve D2 qarşığı olan *Dermatophagoides mix* (% 30 vazelində) (*Chemotechnique Diagnostics*) ilə, 2003-2008 illər

arasında isə ayrı ayrı D1 və D2 (Stallergenes Laboratoriyası, Fransa) allergenləri ilə açıq yama testi edildi. Neqativ kontrol olaraq bəyaz vazelin istifadə edilmişdir.

Diaqnozun qoyulması

Nəticə olaraq PE –göstəriciləri bu cür təsnif edildi.

*AKD (allergik kontakt dermatit)- PE-nin səbəbi olaraq ən az 1 kontakt allergen müəyyən olunan və atopiya olmayan

*Atopiya zəmnində AKD- PE-nin səbəbi olaraq ən az 1 kontakt allergen müəyyən olunan və AD və ya atopik dəri qurluşlu xəstələr

*Periorbital AD-Kontakt allergiyası olmayan və PE –nın AD-nin bir hissəsi olaraq qəbul edilmiş AD-xəstələri

*İKD (irritant-qıcıq kontakt dermatit) –kliniki əlamətlərə görə irritan ekzema düşünülən, anamnezində qıcıqlandırıcı faktoru olan və yama testində kontakt allergiyası neqativ olan xəstələr

*Diaqnoz qoyulmadı -Araşdırma qrupunda olan 311 xəstədən yuxarıdakı kateqoriyaların heç birinə uymayan, məlum səbəblərdən yama testi edilə bilməyən (aktiv ekzema, dərman qəbulu, yay ayı), xəstəlik kağızında yetərsizlik olanlar, həmçinin bir sıra klinik və laborator müayinələrə baxmayaraq PE-nin səbəbi tapılmayan xəstələrə /diaqnoz qoyulmadı/ şərhi verildi.

Xəstə sənədləri məlumatına görə demoqrafik xüsusiyyətlər, peşə sahəsi, atopik xəstəliyin olması, lokalizasiyası, atopik dəri/dermatiti olan və olmayan xəstələrin ekzema lokalizasiyası baxımından dəyərləndirliməsi, yanaşı xəstəliklər, dəri testləri (dəri dəlmə testi, yama testi,) nəzərə alındı. Tədqiqatın statik analizləri *Statistical Packages for the Social Sciences (SPSS) for Windows XP Release 11,5 version* proqramından istifadə edərək aparıldı. Qarşılaşdırmalarda kappa saylarına uyğun, Kİ-kare (χ^2) və Fisher-in dəqiq Ki-kare testi istifadə edildi, $p<0,05$ olaraq qəbul edildi.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirə. *Ümumi demoqrafik xüsusiyyətlər***.** 311 xəstənin 218'i (70,1%) qadın, 93'ü (29,9%) kişidir. Qadın/kişi nisbəti=2,3/1 -idi. Qadınlarda yaş aralığı 1-70 arasında olup ortalama dəyəri 28,5±15,5 yaş, orta dəyəri 25 yaş idi. Kişilərdə yaş aralığı 1-76 arasında olup ortalama dəyəri 24,3±16,9 yaş, orta dəyər 21 yaş idi. Ümumi yaş ortaq rəqəm 27,2±16,0 yaş, ortalama 23,00 idi. Uşaq sayı (<14 yaş) sayı 59 (% 19) idi.

*Peşə bölgüsü***.** Klinikamıza müraciət edən 311 xəstənin 207-si (% 66,6) işləmir. Bunlardan 22-si 7 yaş altında məktəbəqədər uşaqlar, 104 (33.4%)-ü tələbə, 8 (2.6%) təqaüdçü, 54 (17.4%) evdar xanım, 2 (0.6%) işsiz və 17 (5.5%) xəstəlik sənədlərində peşəsi haqqında yalnış məlumatlar olanlar var idi. Geridə qalan 104 xəstə (33.4%) müxtəlif peşə sahibləri idi. Bunlardan

- 17-si (5,4%) tibb sektoru (7 həkim, 1 baytar, 8 tibb bacısı, 1 əczaçı),
- 17-si (5,4%) ofis işçisi,
- 12-si (3,9%) təhsil işi (12 müəllim),
- 12-si (3,9%) işçi (2 dərzi işçisi, 1ayaqqabı təmirçisi, 2 saç ustası, 7 işçi),
- 46-sı (14,8%) digər peşə sahibləri

Atopik xəstəlik olması. 311 xəstənin 152-də 48,9% atopik xəstəlik müəyyən edildi. 46 faktda izoləolunmuş AD, 47 mukozal atopiya müşahidə olunan və 93 (29,9%) faktda AD müəyyən olundu. 34 faktda (10.9%) təmiz mukozal atopiya, 15 faktda isə (3,2%) mukozal atopiyalı atopik dəri qurluşu müəyyən edildi.

Yama testinin nəticələri. 311 xəstənin 158 (50,8%) Avropa standartlı Yama testi seriyası ilə qapalı yama testi aparıldı.Bu xəstələribn 52,5%-də yama testində ən azı 1 maddəyə pozitiv reaksiya müəyyən edildi. Xəstələrin 47,5%-də test neqativ oldu. Yama testində ən sıx nikel sulfat 31,7%, TSFR 10,1%, timerosal 8,2%, qoxu qarışıqları 7,6% və neomisin sulfat 7,6%-də pozitivlik göstərdi.

Lokalizasiya. 311 xəstənin 145-(46,6%) də izolə periorbital lokalizasiya var idi. 72 xəstədə (23,1%) PE zədələnməsi gövdə və alt üst ekstrimit zədələnməsi, 60 xəstədə (19.3%) baş boyun zədələri (üzün digər nahiyyələri, ənsə, boyun, qulaq) ,21 xəstədə (6,8%) əl qol zədələri, 13 xəstədə isə baş boyun zədələri var idi. Ümumi 145 xəstədə bir nahiyyə, 81 xəstədə 2 nahiyyə, 85 xəstədə 2-dən çox nahiyyə zədələnməsi müşahidə olundu. 311 xəstənin 5-də tək göz qapağı, digərlərində iki göz qapağında simmetrik proses var idi. Bunların 3-də ağır alt göz qapağı , 1-də üst göz qapağında proses var idi.

Atopik dəri və atopik dermatiti olan və olmayan xəstələrdə ekzema lokalizasiyasının qarşılaşdırılması. AD və ya atopik dərisi olan məlumatlarda "atopik dəri/dermatit var", digər məlumatlarda isə (atopiyası olmayan və ya sadəcə mukozal atopiyası olan) "atopik dəri/dermatit yox" başlıqları altında dəyərləndirildi. Atopik dəri/dermatiti olmayanlarda izole PE-nin sıxlığı (n=124,% 63,6) statistik olaraq çox idi ($p<0,001$). Atopik dəri/dermatit varlığında isə PE-yə digər lokalizasiyalarda ekzema probleminin yanaşı getməsi diqqət çəkici idi. Atopik dəri/dermatiti olan və PE-yə digər lokalizasiyalarda ekzemanın yanaşı

olması 95 faktın 52-sində (54,7 %) zədələnmələr AD üçün tipik fleksural (diz arxası, dirsək içtərəfi) yayılma görülməkdə idi.

Yanaşı gedən xəstəliklər. Yeddi xəstədə PE- şikayətlərinə yanaşı olaraq göz xəstəliklərida var idi. 6 xəstədə qlaukoma, 1 xəstədə blefarokonyuktivit var idi. Xəstələrdən birində periorbital selulit var idi ki, topikal Neosporin dərmanının istifadəsinə görə allergik kontakt dermatit yaranmışdı. Ümumi 37 xəstədə anamnezlərində lokal göz damcıları istifadəsi var idi. Göz damcılarının rolu ədəbiyyatdada öz əksini tapmışdır [10]. Feser və komandası göz dərmanlarının PE-ni yaranmasında rolu ilə bağlı araşdırmada bunu sübuta yetirmişlər [1].

Tədqiqatda ən çox allergik kontakt dermatit (AKD) xəstələrindən ibarət bir qrup idi. Tədqiqatımızda ən çox AKD- diaqnozu qoyulmuş xəstələrdə PE-nin diaqnostikasında yama testinin əhəmiyyətidə ortaya çıxır. Həmçinin xəstəlik qadınlarda və atopik dəri/dermatit olanlar da daha çox risk faktoru sayılır. Bir çox tədqiqatlardada qadın cinsin xəstəliyin yaranmasında rolunu göstərməkdədir [11,12]. Bu da qadınların daha çox kosmetik vasitələr istifadəsinə görə izah olunur. Bizim tədqiqatımızda yama testinin nəticəsinə görə ilk yerdə duran allergenlər nikel sulfat, TSRF(toluene sulfonamide formaldehyde resin), qoxu allergiyası, timerosalin ədəbiyyatda öz əksini tapmışdır [13,14]. Həmçinin TSRF [15] tədqiqatımızda 10,1 % göstərici ilə ikinci (n=16) ən çox rast gəlinən allergen sayıldı. Bu maddə dırnaq boyalarında əsas maddədir [15]. Dırnaq boyası allergiyası Miller və Taussing tərəfindəndə araşdırma etmişdir [16,17]. Saç boyasınında göz ətrafı nahiyyənin dermatiti yaranmasında rolu ədəbiyyatdada öz əksini tapmışdır [18]. Tədqiqatımızda saç boyasının əsas maddəsinə PFD (1,3%) pozitiv olmuşdu. Həmçinin qoxu maddələrinində xəstəliyin yaranmasında diqqət çəkdi [19]. Tədqiqatımızda 9-u qadın, 3-ü kişi olmaqla ekzemanı dəyərləndirərkən qoxu faktoru yama testində pozitiv oldu. Kosmetik vasitələr və istifadə edilən qoxu maddələrinin rolu digər ədəbiyyat məlumatlarında öz əksini tapmaqdadır [20]. Atopiya baxımından araşdırmamızda xəstələrin demək olar yarısı atopiyalı xəstələr idi (48,9%) [18]. Ədəbiyyatda atopiya 17-44,3% arasında dəyişir. Açıq sahələrdə ekzema zədələnməsi olan xəstələr kontak allergen kimi ev tozununda ola biləcəyi unudulmamalıdır ki burda açıq yama testi çox əhəmiyyətlidir. Araşdırmamızdan belə nəticəyə gəlmək olar ki, periorbital ekzema xəstəliyinin diaqnostikasında ətraflı anamnez, ekzemanın lokalizasiyası, geniş profildə yama testi, xəstənin istifadə etdiyi dərmanlar, kosmetik məhsullar, evdə hər hansı allergenlərin olması araşdırılmalı və bir çox dəri allergik testlər xüsusəndə yama testinin əhəmiyyəti nəzərdə tutulmalıdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Feser A., Plaza T., Vogelsang L., Mahler V. Periorbital dermatitis- a recalcitrant disease: causes and differential diagnoses // Br J Dermatol-British Journal of Dermatology, 2008, v.159(4), p.858-863
2.. Yazganoğlu K.D. Atopik dermatitli 326 olgunun klinik özelliklerinin değerlendirilmesi ve tanı kriterlerinin karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dermatoloji. Anabilim Dalı, 2005
3. Besnier E. Premiere note et observations preliminiares pour servir d'introduction a l'etude des prurigos diathesiques / Ann Dermatol Syphilogr, 1892, p.634-48
4.Pascher F. Adverse reactions to eye area cosmetics and their management // J Soc Cosmet Chem, 1982, v.33, p.249
5. Pons-Guiraud A., Vigan M. Spesifik locations of contact allergies to cosmetics: The eyelids. İn: Pons-Guiraud A., Vigan M. Allergies and Cosmetics. Paris, Expansion Scientifique Française, 2004, p. 81-86
6. Fischer T., Kihlman I. Patch testing technique // J Am Acad Dermatol, 1989, v.21, p.830-32
7. Ayala F., Fabbrocini G., Bacchilega R.(eds) Eyelid dermatitis: an evaluation of 447 patients // Am J Contact Dermat, 2003, v.14 (2), p.69-74
8. Hanifin J.M., Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis // Acta Derm Venereol.,1980, v.92, p.44-47
9. Diepgen T.L, Fartasch M., Hornstein O.P. Kriterien zur Beurteilung der atopischen Ekzems im Kindersalter // Z Hautkr., 1993, v.68, p.155-58
10. Rein D.B., Zhang P., Wirth K.E. The economic burden of major adult visual disorders in the United States // Arch Ophthalmol, 2006, v.124, p.1754-60
11. Guin, J.D. Eyelid dermatitis: A report of 215 petients // Contact dermatitis., 2004, v.50 (2), p.87-90
12. Temesvari E., Ponyai G., Nemeth I. et al. Periocular dermatitis: a report of 401 patients // J Eur Acad Dermatol Venereol, 2009, v.23(2), p.124-8
13. Goossens A. Contact allergic reactions on the eyes and eyelids // Bull Soc Belge Ophtalmol., 2004, v.292, p.11-17
14. Pascher F. Adverse reactions to eye area cosmetics and their management // J Soc Cosmet Chem, 1982, v.33, p.249

15. Amin K.A., Belsito D.V. The aetiology of eyelid dermatitis: a 10-year retrospective analysis // Contact Dermatitis, 2006, v.55 (5), p.280-85
16. Aksakal A., Burhan A. Kozmetoloji ve Tırnaklar. Yazan Y. Kozmetik Bilimi. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri, 2004, p.1-31
17. Miller H.E., Taussig L.R. Cosmetics // JAMA, 1925, v.84 (26), p.1999-2002
18. Menné T., Lepoittevin J.P., Frosch P.J. Regional Contact Dermatitis: Eyelids.İn: Contact Dermatitis 4th edition, chapter 6, Germany, Springer, 2006, p.66-70
19. Özkaya Bayazıt E., Güngör H., Özinan N., Özarmağan G. Yama testi uygulanan 225 el ekzemalı hastanın mesleksel faktörler ve atopi yönünden değerlendirilmesi // Turkderm, 1999, v.33 (3), p.160-66
20. Orton D.I., Wilkinson J.D. Cosmetic allergy: incidence, diagnosis, and management // Am J Clin Dermatol, 2004, v.5 (5), p.327-37

Резюме

Этиологические аспекты возникновениея периорбитальной экземы

Л.А. Мирзоева

Периорбитальная экзема -полиэтиологическое заболевание. Наша цель заключается в оценке причин, вызвавших заболевание в одной большой, конкретной группе взрослых больных. При проведении исследования была создана группа из 311 больных. Из них 218 (48,9%) были женщинами, 93 (29,9%) мужчинами. Коэффициент соотношения женщин и мужчин составлял 2,3/1. Возраст был в пределах 1-76. Средний возраст исследуемых был 27,2 ±16,0, а срок 24,6±49,9, в среднем 8 месяцев. У 152 (48,9%) из 311 больных также имелись атопическое заболевание, у 46 изолированный атопический дерматит (АД), у 47 АД со склонностью на микозную атопию, у 93 (29,9%) АД. Кроме того, 25 человек (8,1%) обладали атопической структурой кожи. 158 больным (50,8%) из 311 применили накожные пробы. Из них у 52,5% больных при накожной пробе выявлена положительная реакция минимум на 1 вещество. Частота позитивных реакций при накожных пробах была соответственно на сульфат никеля (31,7%), TSRF (10,1%), тимеросал (8,1), смесь ароматов (7,6%) и неомицин сульфата (8,2).

Summary

he ethiologic factors associated with the occurrence of periorbital eczema

L.A. Mirzoyeva

A total number of 311 patients (218 female and 93 male, female: male ratio = 2.3:1, age range: 1-76, mean: 27.2±16.0, median: 23.0) with EE out of 1834 patients with “atopy” and 3367 patients with “contact dermatitis” presented at the Allergy Unit of the Department of Dermatology and Venereology, Istanbul Medical Faculty, Istanbul University, between June 1996 and August 2009 were included in this retrospective, methodological, and cross-sectional study. Data were stored and assessed using SPSS for Windows XP Release 11,5 standard version. The aim of the study was to evaluate the etiologic factors and to develop a standard approach in patients with EE. The mean duration of the disease was 24.6±49.9 months (median=8 months). Atopic disease was diagnosed in 152 patients (48,9 %): A total number of 93 (29.9 %) and 25 patients (8.1%) had atopic dermatitis and atopic skin status, respectively. Mucosal atopy accompanied in 47 and 10 of them, respectively. One hundred fifty eight (50,8 %) patients underwent patch testing. Eighty three of them (52.5%) had 1 or more positive patch test reactions Eighty one patients underwent patch testing with supplemental series, 12 of them (14.8%) had at least one positive reaction. The most frequent positive reaction was achieved with nickel sulfate (31.7%), followed by toluene sulfonamide formaldehyde resin (TSFR) (10.1%), thimerosal (8.2%), fragrance mix (7.6%), and neomycin sulfate (7%). The most frequent diagnosis was allergic contact dermatitis (ACD) (34.1%), followed by AD-related EE (21.2 %), and irritant contact dermatitis (ICD) (20.6%). Twenty nine point two percents of patients with ACD were atopics. Twenty nine point two percents of patients with ACD were atopics. In 12 of them the responsible allergen was the house dust mite, that was diagnosed by atopy patch testing. Aerogen EE was the final diagnosis in them. In 37.1% of the patients, the responsible allergen was detected by testing with the European standard patch test series alone, in 32.6% by testing with the patients’ own substances, in 15.7% by testing the additional 10 allergens in the extended standard series.

Daxil olub: 27.07 2018

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ МАРКЕРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ГНОЙНОМ ХОЛАНГИТЕ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ И БЕЗ ГЕПАТИТА И ИХ РАНЕЕ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ

Э.А. Алиева, А.А. Мамедов, Э.А. Искендеров, Ф.С. Идрисов, Н.А. Наджафов, Н.М.Гасанов

Научный Центр Хирургии им. Акад. М.А.Топчибашева, г. Баку

Açar sözlər: xronik hepatit, qaraciyər, endotelin
Ключевые слова: хронический гепатит, печень, эндотелин
Keywords: chronic hepatitis, liver, endothelin

Тяжесть течения гнойного процесса желчных протоков определяется величиной и длительностью действия повреждающих факторов, сроком продолжительности гнойного процесса, состоянием иммунной системы, но при этом не меньшее значение имеют сопутствующие состояния. Одним из таких патологий является хронический гепатит.

Безусловно в патогенезе гнойного холангита и прогрессирования их в развитии хронической патологии печени (цирроз печени) происходит вследствие эндотоксиновой агрессии, обусловленной холангиогенной инфекцией и оксидантным стрессом, гипербилирубинемией.

А, в патогенезе хронического вирусного гепатита и прогрессировании его в цирроз печени большое значение имеет нарушение внутрипеченочной гемодинамики, что может быть связанно с повреждением эндотелиальной выстилки печеночных синусоидов непосредственно вирусом и развития эндотелиальной дисфункции [7,10]. При воздействии вируса на эндотелий синусоидов печени способность эндотелиальных клеток освобождать релаксирующие факторы уменьшается, тогда как образование сосудосуживающих факторов увеличивается, снижается барьерная функция эндотелия и повышается его проницаемость для противовоспалительных цитоксинов, нарушается биодоступность оксида азота (NO), где является одним из важных факторов противовирусной защиты [8,10]. При тяжелом поражении эндотелия нарушается его целостность и в интиме появляются участки, лишенные эндотелиальной выстилки. Процессы прогрессирования поражения печени, в частности неоангиогенез и фиброз в печени, в свою очередь связаны с функциональной состоятельностью эндотелия [8]. Таким образом, эндотелий играет ключевую роль в патогенезе вирусных поражений печени [1,4,7].

В последние годы внимание исследователей привлечено к изучению механизмов возникновение эндотелиальной дисфункции не только при инфекционных заболеваниях, но и при воспалительных процессах брюшной полости. Так у больных с острым гнойным холангитом изучение показателей маркеров дисфункции эндотелия имеет немаловажное значение для прогнозирования исхода заболеваний и выбора тактики лечения у больных с хроническим гепатитом и без гепатита до и после операционного периода.

Известно, что эндотелиальная дисфункция это предиктор и неизменный компонент патогенеза многих заболеваний. Под этим термином понимают дисбаланс между веществами, вырабатываемыми эндотелием. При нормальной функции эндотелия баланс всегда сдвинут в сторону поддержания вазодилятации, ингибиции ангиогенеза, антитромботического, противовоспалительного, антиоксидантного эффекта [78]. Наиболее важным маркером состояния эндотелия это оксид-азота (NO), эндотелин (Et-1), десквалимированные эндотелиоциты (ДЭЦ), фактор Виллебранда (ФВ) и другие [34].

Некоторые факторы постоянно синтезируется в эндотелий и выделяются в кровь, например NO, синтез которого при дисфункции эндотелия нарушается, что ведет к снижению его концентрации в плазме крови. Нормальная функция NO заключается в атромбогенность сосудистой стенки, где наблюдается его нарушение. Этот фактор также называется фактором релаксации [1, 2].

Другие факторы как фактор Виллебранда [ФВ] накапливаются в эндотелии и выделяются из него при стимуляции или повреждения. Нормальная функция этого фактора является его тромбогенность сосудов, то есть выполняет роль реологического клея, соединяя рецепторы тромбоцитарной мембраны с субэндотелиальными структурами поврежденной стенки сосуда. Отдельными исследованиями установлено закономерное нарастание уровня (ФВ) в плазме при значительных сосудистых поражениях [1,9].

Фактор Et-1 в норме практически не синтезируется, но их содержание резко увеличивается при стимуляции эндотелия [1,5,10,11]. Функция Et-1 является антагонистом NO, которое влияет на тонус сосудов [4]. Это мощный вазоконструкторный пептид, который помимо этого, регулирует ангиогенез сосудов. Et-1 образуется под действием многих факторов (адреналина, тромбина, ангиотензина, вазопрессина) и секретизируется внутрь сосудистой стенки, где расположены специфические высокоаффинные рецепторы, в ряде работ отмечено повышение концентрации Et-1 при некоторых инфекционных заболеваний [4,5]. Можно сделать вывод, что Et-1 играет определению роль в модуляции сосудистой резистентности печени, хотя значение его в патогенезе при некоторых гнойных заболеваниях (гнойный холангит) пока не совсем ясно.

Таким образом патогенетическая роль эндотелиальной дисфункции доказано при ряде наиболее распространенных заболеваний патологических состояний при хроническом гепатите и циррозе печени, но мало, фактически нет сведений о взаимосвязи маркеров эндотелиальной функции при гнойном холангите у больных с хроническим гепатитом и без гепатита на фоне механической желтухи. Своевременное выявление эндотелиальной дисфункции при гнойном холангите у больных с хроническим гепатитом и без гепатита способствует раннему прогнозированию его исхода с переходом в стадию цирроза печени и правильного выбора тактики лечения до и после операционного периода.

Значение перечисленных факторов в развитии дисфункции эндотелия при гнойном холангите у больных с хроническим гепатитом и без гепатита, ранее прогнозирование исхода с повреждением печени и оптимизация правильного выбора тактики лечения, нуждается в дальнейшем изучении.

Учитывая выше сказанное, цель нашего исследования это изучение взаимосвязи маркеров эндотелиальной дисфункции при гнойном холангите у больных с хроническим гепатитом и без гепатита на фоне механической желтухи и выявления раннего перехода в цирроз печени и оптимизации тактики лечения до и после операционном периоде с оценкой характеристик исследуемых лабораторных тестов.

Материалы и методы исследования. Для достижения цели исследования мы 15 больных разделили на 2 группы. Основная группа 9 больных с острым гнойным холангитом и хроническим гепатитом. Данную группу разделили на 2-е подгруппы. I- подгруппа 4-ем больным пред и послеоперационном периоде не проводили противовирусную терапию (ПВТ). II подгруппа 5-и больным ПВТ проводили.

Контрольная группа состояло из 6-и больных с гнойным холангитом без хронического гепатита. Все больные (15) подлежали хирургическому 2-х этапному лечению.

Помимо общеклинического и инструментального обследования (УЗИ, сцинтиграфия, общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма и т.д.), выявления серологических маркеров вирусных гепатитов (HB_sA_s и анти – HCVgG; M) мы проводили с помощью метода иммунноферментного анализа, где было переведено изучение тестов оценки функционального состояния эндотелия, в сыворотке крови. При этом определяли уровни общего NO (Systems, США); Et 1 (Biomedica Gruppe, США), устанавливали функциональную активность фактора Виллебранда (ФВ) (Techno klon; WR; CBA; ELICA; США).

Результаты были обработаны при помощи пакета программ Statistica 6,0. Статистическую обработку данных осуществляли методом вариационной статистики с применением t – критерия Стьюдента.

Таблица 1

Анализ показателей функционального состояния эндотелия и маркеров при гнойном холангите у больных с хроническим гепатитом и без гепатита

Показатели	Норма	Больные с гнойным холангитом n=15	
		С хроническим гепатитом n=9	Без гепатита, n=6
ОА, мкмоль/л	29,43±3,34	12,07±4,52 p <0,001	19,7±2,05 p <0,001
Et1 фмоль/л	0,3±0,13	1,2±0,50 p <0,007	0,69±0,20 p <0,007
Ф/В=%	55,5±37,9	190,4±28,2 p <0,001	140,8±63,6 p <0,002

Результаты и обсуждения. При исследовании комплекса лабораторных тестов функционального состояния эндотелий при гнойном холангите с хроническими гепатитом и без гепатита были выявлены лабораторные признаки поражения эндотелий.

Сравнительный анализ показателей функционального состояния эндотелия и маркеров при гнойном холангите у больных с хроническим гепатитом и без гепатита представлена в таблице 1.

Лабораторные показатели функционального состояния эндотелия и маркеров при гнойном холангите.

Из таблицы 1 видно, что при гнойном холангите у больных с гепатитом снижение маркера NO эндотелиальной дисфункции более выражено (12,07±4,52 мкмоль/л p<0,001) по сравнений без гепатита (19,7±2,05 p <0,001). Увеличение Et-1 у больных с гепатитом составляло (1,2 ±0,50 фмоль/л p<0,007), без гепатита (0,69±0,20 фмоль/л p <0,007), что указывает на дисбаланс вазоактивных соединений и нарушение кровообращение в печени. Эти изменения у больных с гнойным холангитом и хроническим гепатитом были более выражены.

В обеих группах повышение показателя ФВ относящейся к маркерам повреждения эндотелия, является признаком слущивания эндотелияцитов, неоангиогенеза, активации адгезии и агрегации тромбоцитов. У больных с гнойным холангитом и с хроническим гепатитом оно составляло 190,4± 28,2% при норме 55,5±37,9; а у больных без гепатита составляло 140,8±63,6 p <0,02%. Из таблицы видно, что были обнаружены значимые различие между двумя группами. Однако степень повреждения эндотелия несомненно, играет важную роль в патогенезе таких заболеваний.

Таким образом поражение эндотелия закономерно нарастает при прогрессировании гнойного холангита у больных с гепатитом, усиливается активность вируса, где возможность формирования патологии печени (цирроз печени) больше чем у больных без гепатита, несмотря на повышение фактора ФВ, увеличении Et-1; и уменьшение NO(ЩФ) при гнойном холангите у больных без гепатита.

При функциональном клиническом исследовании коэффициент де Ритиса (состояние АсТ/АлТ); коагулограммы, свертываемость крови и т.д. при гнойном холангите в обеих группах фактически не отличались, несмотря на более выраженные изменения эндотелиальной дисфункции у больных с гнойным холангитом с хроническим гепатитом.

Проанализировав результаты показателей маркеров дисфункции эндотелий при гнойном холангите в обеих группах, позволило нам оптимизировать правильного выбора лечения.

Кроме выполнения одно и двухмоментного метода лечения с применением современных технологий и традиционных хирургических вмешательств для детоксикации, улучшение оттока желчи и интоксикации с применением дезинтаксикационной терапии мы одновременно проводили комбинированную противовирусную терапию (ПВТ) с применением препаратами интерферона в сочетании с рибавирином пред и после операционном периоде.

Больные с гнойным холангитом и хроническим гепатитом были разделены на 2-е подгруппы. I подгруппа 4-ом больным ПВТ не проводили а во II – подгруппе 5-и больным ПВТ проводили.

Полученные результаты представлены в таблице 2.

Динамика показателей функционального состояния эндотелия в сравниваемых группах и подгруппах.

Таблица 2

Результаты лечения

Показатели	Норме	Гнойный холангит							
		Больные с гепатитом					Больные без гепатита		
		Долечен n=9	I подгурппа без ПВТ n=4		II подгруппа лечен ПВТ n=5		Долечен n=6	После лечения n=6	
			10 сутки	Через 1месяц	10 сутки	Через 1месяц		10 сутки	Через 1месяц
ОА мкмоль/л	29,43± 3,34	12,07± 4,52 p<0,001	16,6± 2,3 p<0,005	21,7± 3,25 p<0,001	19,82± 2,72 p<0,005	25,5± 4,62 p<0,001	19,7± 2,05 p<0,001	20,9± 2,12 p<0,001	28,9± 1,57 p<0,001
Et – 1 фмоль/л	0,3± 0,13	1,2± 0,50 p<0,007	0,9±0,2 p<0,001	0,7±0,5 p<0,001	0,8± 0,25 p<0,001	0,5± 0,01 p<0,001	0,69± 0,20 p<0,007	0,5±0,5 p<0,001	0,3± 0,13 p<0,001
ФВ-%	55,5± 37,9	190,4± 28,2 p<0,001	170,2± 22,3 p<0,001	132,0±1 ,58 p<0,001	150,9±1 ,05 p<0,001	105± 0,43 p<0,001	140,8± 63,6 p<0,002	92,5± 1,5 p<0,001	56,2± 1,3 p<0,001

Из таблицы 2 можно сделать вывод что при оценке динамики показателей эндотелиальных нарушений при гнойном холангите у больных хроническим гепатитом, которым проводились комбинирования. ПВТ (противовирусная терапия) достоверно уровень NOповысилось на 10 сутки –

70 %, а через месяц на 89%; концентрация Et-1 уменьшилось на 10 сутки 80% а через месяц на 90%; функциональная активность ФВ уменьшилось на 10 сутки – 30%; а через месяц 75%.

А у больных которым не проводилось ПВТ на 10 сутки повышение уровня NO составляла 57% через месяц 69%; концентрация Et-1 уменьшилось на 10 сутки 60%, через месяц 70%; функциональная активность ФВ уменьшилось на 10 сутки – 25%, а через месяц 55%. Это свидетельствует об уменьшение степени повреждения и дисфункции эндотелий в обеих подгруппах, но улучшение и уменьшение степени повреждение более было выражено во II подгруппе где больные кроме дезинтакционной терапии и хирургического вмешательств в процессе лечения до и после операционном периоде получали противовирусную терапию (ПВГ), у этих больных все показатели почти приблизились к норме.

При оценке динамики показателей эндотелиальной нарушений при гнойном холангите у больных без гепатита, где проводили двухэтапное хирургическое лечение для детоксикации и улучшение оттока желчи и уменьшение интоксикации с применением дезинтаксикационной терапии на 10 сутки уровень NO достоверно повысились на 80%, через месяц 99,9% (почти норма), концентрация ЕТ -1 уменьшилось на 10 сутки 90% через месяц она доходило до нормы; функциональная активность ФВ уменьшилось на 10 сутки 60%, а через месяц на 100%.

Выводы: Результаты исследования свидетельствует о сходных проявлениях поражения эндотелия при гнойном холангите у больных с гепатитом и без гепатита. Эти заболевания протекают как с первичным либо вторичным поражением паренхимы печени на фоне воспалительной активности и функциональных нарушений гепатитов что способствует развитию эндотелиальной дисфункции и ухудшению кровообращения в печени.

Безусловно выраженность эндотелиальных нарушений адекватно могут отражаться на тяжесть поражения печени. Из полученных результатов исследования выявлено, что дисфункция эндотелий при гнойном холангите происходит вследствие прогрессирование эндотоксиновой агрессии, обусловленной холангиогенной инфекцией и оксидантным стрессом. Но при прогрессирование гнойного холангита у больных с гепатитом усиливается активация вируса, что непосредственно приводит к повреждению эндотелиальной выстилки печеночных синусоидов. И возможность формирования патологии печени больше чем у больных без гепатита.

Комбинированная противовирусная терапия (интерферон) в сочетании с рибовиринном при гнойном холангите у больных с хроническим гепатитом до и после операционном периоде корреляционный анализ показателей функционального состояния эпителия улучшение было больше чем у больных не получившихся ПВТ.

При гнойном холангите без гепатита своевременное хирургическое лечение и дезинтаксикационная терапия совместно с озонотерапией улучшает состояние показателей маркеров эндотелий, который доходит до нормы.

Подытоживая полученные данные можно сделать вывод что при гнойном холангите у больных с хроническим гепатитом рекомендуется провести ПВТ до и после операции.

И своевременное выявление дисфункции эндотелий при гнойном холангите и правильный выбор лечения до и после операционной периоде предотвращает прогрессирование их в развитие хронической патологии печени (цирроз печени).

ЛИТЕРАТУРА

1. Звягинцев Т.Д., Гриднева С.В. современные представления о сосудистом эндотелия в норме и при патлогии желудояно-кишечного тракта // Эксп. Клин. Гастроэнтерол., 2005, №4, с. 6-12

2. Коломец Н.М. Эндотелиальная дисфункция и ее клиническое значение // Воен. мед. журн., 2001, Т.322, №5, с. 29-35

3. Крель П.Е., Лопаткина Т.Н., Никулкина Е.Н. соременная терапия хронического гепатита с оценкой раннего вирусологического ответа // Врач, 2003, №5, с.42-45

4. Петрищев Н.Н., Беркович О.А. Диагностическая ценность определения десквамированных эндотелиоцитов в крови // Клинич. Лаб. Диагн., 2001, №1, с. 50-52

5. Щекотова А.П, Котельникова Л.П., Мугатаров И.Н., Федачук Н.Н. Эндотелиальная дисфункция восполение и фиброз при гепатобилиарной патологии // Фундаментальные исследования, 2013, №5-2, с. 451-455.

6. Щекотова А.П., Кривцов А.В, Булатова И.А.,Загородский Е.В. Эндотелиальная дисфункция и полиморфизм гепаэндотелиальной синтезы оксида азота (NOS_3) при хронических заболеваниях печени //Современные проблемы науки и образования, 2012, №2.

7. Щекотова А.П. Дисфункция и повреждение эндотелия при гепатобилиарной патологии // Уральский медицинский журнал, 2010, №1, с.96-9.

8. Щекотова А.П. Взаимосвязь маркеров эндотелиальной дисфункции и фиброза печени с вирусной нагрузкой при хроническом вирусном гепатите С // Современные проблемы науки и образования, 2012, № 1.

9. Neigs J.B., Hu Fe B.,Rifai N., Manson J.E. Biomarkers of endothelial dysfunction and risk of type 2 diabetes mellitus // JAMA 2004, v.297, p1978-86/

10. Non W.M., Lee W.H., Khoo H.E. Nitric oxide in liver diseases: friend, foe, orjust, passerby // Ann NY Acad Sci, 2002, v.962, p.275-95

11. Friedrich –Rust M., Rosenberg W., PArkes J. et all. Comparison of ELF, Fibro Test and Fibro –Scan for the noninvasive assessment of liver fibrosis // BMC Gastroenterology, 2010, v.10, p.103.

Xülasə

Xronik hepatit olan və olmayan xəstələrdə irinli xolangit zamanı endotelial disfunksiya markerlərinin müalicə-diaqnostik dəyərənin müqayisəli qiymətləindirilməsi və qaraciyər zədələnməsinin təyin edilməsində erkən proqnostik əhəmiyyəti

E.A.Əliyeva, Ə.A.Məmmədov, E.A.İsgəndərov, F.S.İdrisov, N.A.Nəcəfov, N.M.Həsənov

Qarşıya qoyulan məqsədə nail olmaq üçün 19 xəstə iki qrupa ayrılmışdır. Əsas qrupa daxil olan 9 xəstədə irinili xolangit və hepatit olmuşdur. Bu qrup da 2 yarımqrupa ayrılmışdır. I yarımqrupda 4 xəstəyə əməliyyatdan əvvəl və sonra virusəlyhinə müalicə aparılmışdır. II yarımqrupda 5 xəstəyə virusəleyhinə müalicə aparılmamışdır. İrinli xolangit zamanı endotelial disfunksiyanın aşkar edilməsi və cərrahi müdaxilədən əvvəlki və sonrakı dövrlərdə düzgün müalicənin aparılması xronik qaraciyər patologiyasının (qaraciyər sirrozu) inkişafının şiddətlənməsinin qarşısını alır.

Summary

Endothelial dysfunction in purulent cholangitis in patients with and without chronic hepatitis and their earlier prognostic significance of liver damage

E.A. Aliyeva, A.A. Mamedov, E.A. Iskenderov, F.S. Idrisov ON. Najafov, N.M. Hasanov

To achieve the goal of the study, we divided 15 patients into 2 groups. The main group of 9 patients with acute suppurative cholangitis and chronic hepatitis. This group was divided into 2nd subgroups. I-subgroup of 4 patients before and postoperative period did not receive antiviral therapy (PVT). Subgroup II was performed in 5 HTT patients. And timely detection of endothelium dysfunction in suppurative cholangitis and the right choice of treatment before and after the operating period prevents their progression into the development of chronic liver pathology (liver cirrhosis).

Daxil olub: 14.08 2018

ERKƏN YAŞLI UŞAQLARDA RESPİRATOR XƏSTƏLİKLƏR ZAMANI ERİTROSİTLƏRİN MORFOMETRİK GÖSTƏRİCİLƏRİ

Z.Ş.Mürsəlova

K.Y.Fərəcova adina Elmi Tədqiqat Pediatriya Institutu, Bakı

Açar sözlər: respirator xəstəlik,eritrositometrik göstəricilər
Ключевые слова: респираторные заболевания, эритроцитометрические показатели
Keywords: respiratory diseases, eritrotsitometric indicators

Erkən yaşlı uşaqlarda rast gələn xəstəliklər arasında tənəffüs sisteminin bakterial və virus infeksiyaları üstünlük təşkil edir [1,2,3].

Hazırda pediatriya və pulmonologiyada əldə olunan nailiyyətlərə baxmayaraq, erkən yaşlı uşaqlarda, xüsusiylə, müxtəlif premorbid fonu olanlarda respirator patologiyalar fəsadlı gedişə malik olur, uzun sürür və xroniki patologiyaların formalaşmasına gətirib çıxarır [2,3].

Məlumdur ki, homeostazın tənzimlənməsində eritrositar sistem mühüm rol oynayır [4,5]. Müxtəlif mənşəli patoloji proseslər zamanı eritrositar sistem kompensator – uyğunlaşma və dezadaptasiya xarakterli molekulyar və biokimyəvi dəyişikliklərlə müşahidə olunur [5,6]. Eritrositlərin sitoarxitektonik dəyişilmələri zamanı O_2 –nin hematoalveolyar və histohematik baryerdən daşınması prosesi pozulur [6,7]. Respirator xəstəliklər zamanı ağciyərlərdə inkişaf edən iltihabi proseslərin patogenezində eritrositlər xüsusi yer tutur, onların polifunksional fəallığı struktur dəyişikliklərindən asılı olub kompensator-uyğunlaşma və dezadaptasiya reaksiyalarının formalaşmasını əks etdirir.

Bütün qeyd olunanlar tənəffüs sisteminin bakterial və virus infeksiyaları zamanı eritrositlərin morfoloji funksional göstəricilərinin öyrənilməsinin vacibliyini göstərir.

Tədqiqatın məqsədi erkən yaşlı uşaqlarda respirator xəstəliklər zamanı eritrositlərin struktur –funksional vəziyyətini öyrənməkdən ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqata infeksiya ilə əlaqədar kəskin qızdırmalı vəziyyətdə olan erkən yaşlı (6 ay-2 il) 96 uşaq cəlb olunmuşdur. Bütün müayinə olunan uşaqlar 2 qrupa bölünmüşdür: 1-ci qrupa yüksək hərarətlə müşahidə olunan kəskin bakterial infeksiyalı 42 uşaq aid edilmişdir. Bu uşaqlarda kəskin bakterial infeksiya kəskin pnevmoniya, kəskin bronxit,irinli otit və tonzillit, onların ayrı-ayrılıqda və müştərək rast gəlməsi şəklində olmuşdur. 2-ci qrupa kəskin respirator virus infeksiyası (kəskin virus larinqotraxeobronxiti, kəskin obstruktiv bronxiti) olan 54 uşaq aid edilmişdir.Kontrol qrup kimi 20 sağlam uşaq götürülmüşdür.

Müayinə qruplarına atopiya əlamətləri, xronik somatik xəstəliyi olan, son 2-3 həftə ərzində antibakterial terapiya almış uşaqlar daxil edilməmişdir. Bütün xəstələr kompleks müayinə olunmuşlar: anamnestik məlumatlar toplanmış, onlar həmçinin ümumi klinik və otorinolorinqoloji baxışdan keçirilmişlər, xəstələrdə laborator və instrumental tədqiqatlar aparılmışdır. Bakterial infeksiyanın təsdiqi üçün bakterioloji analiz aparılmış və S-reaktiv zülal yoxlanılmışdır, virus infeksiyalarının təsdiqi üçün isə immunferment analizi və polimer zəncirvari reaksiya (p=12) aparılmışdır. Qeyd olunanlarla yanaşı bütün uşaqlarda eritrositlərin morfometrik parametrləri –eritrositlərin orta diametri (EOD, mkm), eritrositlərin orta həcmi (MCV,мм^3), eritrositometrik əyrilərin variasiya əmsalları (PDW, %), diskositlər (DİS,%), stomatositlər (ExS, %) təyin edilmişdir. Eritrositlərin morfometrik parametrlərinin tədqiqi hematoloji analizatorda aparılmışdır.

Toplanmış materialın statistik işlənməsi variasiya üsulu ilə aparılmış, parametrik göstəricilər styudentin t-testi, qeyri-parametrik göstəricilər isə Mann-Uitni üsulu ilə qiymətləndirilmişdir. Əlamətlər arasındakı korrelyasiya əlaqələri Spirman üsulu ilə öyrənilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri. Aparılmış klinik müşahidələr patoloji prosesin xarakterindən (bakterial və virus infeksiyaları) asılı olaraq dəyərləndirilmiş, alınan nəticələr cədvəl 1-də verilmişdir.

Cədvəl 1-dən göründüyü kimi, bakterial infeksiyaların (1-ci qrup) kəskinləşmə dövründə eritrositometrik göstəricilərdə dəyişiklik eritrositlərin orta həcminin (MSV) normal hidudda saxlanması fonunda onların orta diametrinin (EOD) dürüst azalması ilə müşahidə olunur. Bu dəyişikliklər çox güman ki, eritrositlərin tənəffüs səthinin və qanın oksigen tutumunun artmasına yönələrək adekvat toxuma perfuziyasının bərpasını təmin edir.

Eritrositometrik göstəricilərin variasiya əmsallarının (RDW) təhlili zamanı onların artması müştərək premorbid fonu (anemiya+posthipoksik ensefalopatiya+ hipotrofiya) olan uşaqlarda dürüst ($p<0,05$) olmuşdur; sonuncu sirkulyasiyaedən eritrositlərin müxtəlifliyini, mikro- və anizositozun inkişafını göstərir.

Eritrositar sistemdə qeyd olunan dəyişikliklər: transformasiya və ultrastruktur dezorqanizasiya, çox güman ki, zədələyici faktorların (perinatal hipoksiya, iltihab törədən bakterial toksinlərin təsiri və s.) təsirlərinə qarşı yaranan orqanizmin ümumi patoloji xarakterli reaksiyasıdır.

Bakterial infeksiyanın kəskinləşməsi zamanı həmçinin eritrositlərin səthi arxitektonikasında müəyyən dəyişikliklər qeyd olunmuşdur; bu dəyişikliklər diskositlərin azalması fonunda (p>0,05) transformasiya olunmuş hüceyrələrin (Sts,DeE,ExS) miqdarının artması şəklində baş vermişdir (cədvəl 1). Lakin bu artım dürüst olmamışdır (p>0,05).

Cədvəl 1

Erkən yaşlı uşaqlarda bakterial və virus infeksiyaları zamanı eritrositlərin morfometrik göstəriciləri (M±m)

Göstəricilər	Qruplar		
	1-ci qrup (n=42)	2-ci qrup (n=54)	Kontrol qrup (n=20)
EOD mkm		6,65 ± 0,5	7,01 ± 0,01
MSV mm^3	81,4 ± 1,4	81,6 ± 1,5	82,2 ± 0,8
RDW %	x (14,8 ± 0,3)	x(14,9 ± 0,4)	12,2 ± 0,3
Dis %	78,4 ± 1,8	78,8 ± 1,6	82,0 ± 1,2
Sts %	5,4 ± 0,4	5,6 ± 0,5	4,6 ± 0,3
DeE %	3,2 ± 0,5	3,4 ± 0,4	2,4 ± 0,4
ExS %	2,8 ± 0,4	2,9 ± 0,4	2,1 ± 0,3

Qeyd: EOD-eritrositlərin orta diametri, MSV-eritrositlərin orta həcmi, RDW-eritrositometrik əyrilərin variasiya əmsalları, x-kontrol qrupla müqayisədə dürüstlük (p<0,05)

Cədvəl 2

Bakterial və virus infeksiyası olan erkən yaşlı uşaqlarda patoloji prosesin ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq eritrositlərin morfometrik göstəriciləri (M±m)

Göstəricilər	1-ci qrup n=42		2-ci qrup n=54		Kontrol qrup n=20
	orta ağır (n=18)	Ağır (n=24)	Orta ağır (n=16)	Ağır (n=38)	
EOD mkm	X(6,75±0,05)	X(6,20±0,04)	6,70±0,6	6,18±0,05	7,01±0,01
MSV mm^3	81,4±1,6	80,8±1,5	81,6±1,5	80,5±1,4	82,2±0,8
RDW %	14,2±0,4	x(15,4±0,5)	14,4±0,4	x(15,5±0,5)	12,2±0,3
Dis %	78,9±1,9	78,2±1,8	79,5±1,8	78,1±1,5	82,0±1,2
Sts %	5,0±0,5	5,8±0,4	5,2±0,6	x(6,0±0,5)	4,6±0,3
DeE %	2,8±0,5	x(3,6±0,6)	2,9±0,4	x(3,9±0,5)	2,4±0,4
ExS %	2,4±0,4	3,2±0,5	2,5±0,5	3,4±0,5	2,1±0,3

Qeyd: EOD-eritrositlərin orta diametri, MSV-eritrositlərin orta həcmi, RDW-eritrositometrik əyrilərin variasiya əmsalları, x-kontrol qrupla müqayisədə dürüstlük (p<0,05), xx-orta ağır və ağır formaların müqayisəsində dürüstlük (p<0,05)

Qırmızı qan hüceyrələrində qeyd olunan dismorfizm, çox güman ki, bakterial infeksiya zamanı baş verən morfofunksional zədələnmələr və eritrositlərin membran destabilizasiyasını əks etdirir; eritrositlərin formasında olan dəyişikliklər isə şübhəsiz ki, onun mikrosirkulyator qan cərəyanında funksional vəziyyətini və hüceyrəarası qarşılıqlı adekvat fəaliyyətini əks etdirir.

Virus infeksiyaları zamanı (2-ci qrup) tədqiq olunmuş parametrlərin istiqamətləri bakterial infeksiya ilə identik olmuşdur ki, bu da eritrositar sistemin zədələyici faktorlara qarşı formalaşan adaptiv və protektiv mexanizmlərinin səmərəsizliyi ilə əlaqədardır.

Patoloji prosesin yaxşılaşma dövründə diskositlərin azalması fonunda PDW-nin artması qeyd edilmişdir.

Tədqiqatın gedişində eritrositlərin morfometrik parametrləri və səthi arxitektonika göstəriciləri patoloji prosesin ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq öyrənilmiş, alınan nəticələr cədvəl 2-də verilmişdir.

Cədvəl 2-dən göründüyü kimi, orta ağır forma bakterial infeksiya zamanı eritrositlərin orta diametri kontrol qrupla müqayisədə bir qədər azalmışdır (p>0,05), sirkulyasiyaedən qan cərəyanında morfometriyası dəyişilmiş eritrositlər (Sts, DeE, ExS) bir qədər artmışdır (p>0,05). Lakin, patoloji prosesin ağırlaşmaları zamanı eritrositlərin morfometriyasında qeyd olunan dəyişikliklər daha da dərinləşmişdir; eritron sistemində daha qabarıq morfoloji dəyişikliklər ağır dərəcə həm bakterial, həm də virus infeksiyaları zamanı qeyd olunmuşdur (cədvəl 2).

Dinamikada - xəstəliyin klinik yaxşılaşması zamanı qırmızı qan hüceyrələrində sferositar transformasiya saxlanılmış, eritrositlərin orta diametri və həcmində normallaşma qeyd olunmuşdur.

Ağır dərəcə - istər bakterial, istərsə də virus infeksiyaları zamanı eritrositlərin sferulyasiyası şəklində müşahidə olunan struktur dəyişikliklər, çox güman ki, oksigen çatışmazlığına qarşı yönəlmiş protektiv adaptiv reaksiyadır.

Beləliklə, kəskin infeksiyalar zamanı eritrositlərin morfometrik və funksional göstəricilərində baş verən dəyişikliklər iltihabın məlum meyarları (SRZ, leykositoz,neytrofilyoz, monositoz və s.) kimi bakterial və virus infeksiyalarının diaqnostikasında klinik əhəmiyyət daşıyır; bu dəyişikliklər patoloji prosesin dövründən və ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq təzahür edir və mərhələli xarakter daşıyır.

Eritrositlərdə sferulyasiya şəklində baş verən kompensator reaksiyaları hipoergik və sirkulyator dəyişikliklər, həmçinin hüceyrəarası kooperativ qarşılıqlı əlaqələrin normallaşmasına yönəlmiş mexanizmlər kimi qiymətləndirmək lazımdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Смирнова Г.И. Часто болеющие дети-профилактика и реабилитация. М., 2013, 126 с.
2. Пневмония при первичных иммунодефицитных состояниах с недостаточностью антителопродукции у детей. Основные принципы диагностики и лечения. Сердце Е.В. и соавт. Росс педиат. журн., 2011, №1,с.42-48.
3. Петрова Н.В. Клинико-диагностические значение иммунологических изменений при хронических неаллергических заболеваниях легких у детей: Автореф. дис. … к.м.н. Астархань, 2015, 21с.
4. Морозова В.Т. Эритрорциты: структура, функции, клинико-диагностическое значение. // Клинич.лаб.диагностика, 2007, №10, с.21-35.
5. Рязанова Н.В., Новинова В.В., Стеновая Е.А., Ткаценко С.Б. Ультраструктура эритроцитов в норме и при патологии: морфологические феномены, клинические аспекты // Морфология, 2004, №5, с.48-51.
6. Рязанова Н.В. Типовые нарушения молекулярной организации, мембраны эритроцита при соматической и психической патологии // Успехи физиол.наук., 2004, №1, с.53-65.
7. Determination of urinary 8-hydroxy-2-deoxyguonosina by two approcehescapillary electrophoresis and 6 c/MS: an assay for in vivo oxidative DNA damage in causer patients // J.Chromatogr. B.Analyt. Technol. Biomed life sci., 2005 , v.15, p.83-87

Резюме

Морфометрические показатели эритроцитов у детей раннего возраста

З.Ш.Мурсалова

Цель исследования - изучить структуру и функциональный статус эритроцитов при респираторных заболеваниях у детей раннего возраста. В исследовании участвовали 96 детей в возрасте от 6 месяцев до 2 лет с острой лихорадочной инфекцией. Проведенные клинические наблюдения оценивались в зависимости от характера (бактериальная и вирусная инфекция) патологического процесса. Изменения в морфометрических и функциональных показателях при острых инфекциях имеют клиническое значение при диагностике бактериальных и вирусных инфекций в качестве воспалительных критериев (СРБ, лейкоцитоз, нейтрофилоз, моноцитоз и т. д.). Эти изменения, проявлялись в зависимости от цикла и тяжести патологического процесса и носили поэтапный характер. Компенсационные реакции в эритроцитах в виде сфероцитоза можно рассматривать как гипоэргические и циркуляторные изменения, а также как механизмы, направленные на нормализацию межклеточной кооперации.

Summary

Morphometric indicators of erythrocytes in children of early age

Z.Sh.Mursalova

The purpose of the study is to examine the structure and functional status of erythrocytes in respiratory diseases in young children. The study included 96 children aged 6 months to 2 years of age with acute feverish infection. Clinical observation of evaluated depending on the nature of (bacterial and viral infection) of the pathological process. The changes in morphometric and functional indicators in acute infections have clinical significance in the diagnosis of bacterial and viral infections as inflammatory criteria (CRP, leucocytosis, nejtrofiloz, monocytosis, etc.). These changes were apparent depending on the cycle and the severity of the pathological process and were of a phased nature. Compensatory reactions in erythrocytes in the form of spherocytosis can be seen as hypoergic and circulatory changes, as well as mechanisms to normalize intracellular cooperation.

Daxil olub: 14.08 2018

PERİNATAL RİSK VƏ VAXTINDAN ƏVVƏL DOĞUŞLARIN SONLUQLARI

P.R.Xəlilova
Medical Center P.R.İnternational 1, Bakı

Açar sözlər: vaxtından əvvəl doğuşlar, infeksiya, qeysəriyyə kəsiyi, perintala risk faktorları
Ключевые слова: преждевременные роды, инфекция, кесарево сечение, перинатальные факторы риска.
Key words: preterm labor, infection, c-section, perinatal risk factors.

Hər il dünyada 15 mln uşaq vaxtından əvvəl doğulur, onlardan 1 milyona qədəri məhz tez doğulma səbəbindən 1 il ərzində ölür və əlil olur [1,2,3]. Bütün bunlar doğuş zamanı aparılan müxtəlif tədbirlər ilə bağlı olur [4]. Vaxtından əvvəl doğulma perinatal ölüm strukturunda birinici yeri tutur: 60-70% erkən perinatal ölüm və 70-75% uşaq ölümü. Vaxtından əvvəl doğuşlar zamanı vaxtında doğuşa nisbətən ölüdoğulma dərəcəsi 8-13 dəfə çox olur [5]. Vaxtından əvvəl doğuşların tezliyi ABŞ-da 12-13%, başqa ölkələrdə isə 5-9% təşkil edir. Lakin vaxtından əvvəl doğuşların sayı məhz xüsusi çoxdöllü hamiləliklərin hesabına artmışdır [6, 7]. ÜST və YUNİSEF-in göstəricilərinə əsasən 5 yaşa qədər uşaqlar arasında ölüm göstəricisi 1990-cu ildə 12 milyondan 2010-cu ilə 7,6 milyina qədər aşağı düşmüşdür. Onların orta çəkisi populyasiyada 5-12% olmuş, inkişaf etmiş ölkələrdə artım tendensiyası qeydə alınır [8,9]. Doğuşa qədər aparılan əsas müalicə tədbirləri aşağıdakılardan ibarət olur: kortikosteroidlər, tokolitik və antibakterial terapiya. Bunlar perinatal xəstəlik və ölüm dərəcəsini aşağı salmağa imkan versə də, vaxtından əvvəl doğuşların sayını artırmışdır [10].

Vaxtından əvvəl hamiləliklər zamanı doğuş üsulunun seçilməsi məsələsi hər zaman aktual olmuş, bu gün də öz əhəmiyyətini itirməmişdir [11]. Vaxtından əvvəl doğulmuş uşaqların perinatal ölmünün səbəblərindən biri doğuş travmatizmidir ki, bu vaxtından əvvəl doğuşların qeyri-adekvat aparılması ilə çox bağlıdır. Belə doğuşların aparılmasının perinatal riskin nəzərə alınması ilə optimal variantının seçilməsi yenidoğulmuşların və sağlamlıq göstəricilərinin yaxşılaşdırılmasının əsas rezervlərindən biri hesab edilir [12]. Buna baxmayaraq, vaxtından əvvəl doğuşlar zamanı təcili doğuş metodunun seçilməsi zamanı riskin azaldılmasının nəzərə alınması haqqında tövsiyələr verilməmişdir.

Tədqiqatın məqsədi doğuş üsulundan asılı olaraq, yüksək perinatal riskə malik qadınlarda doğuşların nəticəsini qiymətləndirməkdən ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodları. 126 vaxtınadn əvvəl doğuş tarixçəsinin retrospektiv təhlili aparılmışdır. Hamiləliklər 26-36-cı həftələrdə olmuşdur. Hestasiya müddətinə görə xəstəlik tarixçələri 3 qrupa ayrılmışdır: I qrup-26-28 həftəlik; II qrup- 29-32 həftəlik, III qrup- 33-36 həftəlik hamiləlik. Hər bir qrup təbii və cərrahi müdaxilə (qeysəriyə kəsiyi) olmaqla iki hissəyə ayrılmışdır. Perinatal riskin dərəcəsi V.E.Radzinski tərəfindən modifikasiya olunan və O.Q,Frolova və Y.İ.Nikolayev tərəfindən tərtib edilmiş şkala üzrə ölçülmüşdür.

Tədqiqatln nəticəsi və müzakirəsi. Praktik olaraq 26-cı həftəlik doğuşların 100%-i doğuşun üsulundan asılı olmayaraq ölüdoğulma və ya erkən neonatal ölüm ilə sona yetmişdir. Lakin perinatal riskə malik olan bu qadınların payı dürüst təhlil üçün kifayət qədər olmamışdır. Bütün qadınlarda perinatal riskin yüksək riski qeydə alınmışdır, 3-cü qrupda perinatal riskin yüksək və orta dərəcəsi olmuşdur. Lakin doğuşlara intranatal inkişafdan qalma (intranatal risk faktorunun perinatal faktorların ballar cəminə olan nisbəti, % ilə) təsir göstərmişdir. Lakin intranatal faktorlar təcili doğuşlar zamanı dürüst çox olmamışdır, buna baxmayaraq onların təcili doğuşların nəticələrinə təsiri az olsa belə, nəzəçarpan dərəcədə olmuşdur. I qrupda doğuşlar adətən doğuşlar təbii yolla aparılmışdır. Doğuşdan sonra yenidoğulmuşlar 3-6 gün ərzində süni ağciyər ventilyasiyasında olmuşlar, daha sonra 12-14 gün ərzində CPAP aparılmışdır, bundan sonra 40% yenidoğulmuş diffuz oksigenə, daha sonra ixtisaslaşdırılmış müəssisələrə göndərilmişdir. Vəziyyətin ağırlıq dərəcəsi ağır distress- respirator sindrom, mərkəzi sinir sisteminin hipoksik-işemik zədələnməsi (100%), bətndaxil infeksiyalar (90%), mədəcikdaxili qansızmalarla (38%) bağlı olmuşdur. Bununla yanaşı olaraq mədəcikdaxili qansızmalar, retinopaiya, hipoksik-işemik zədələnmə cərrahi doğuşa nisbətən təbii yolla aparılan doğuşlar zamanı dürüst çox olmuşdur. Bətndaxili infeksiya və respirator-distess sindrom həm təbii, həm də cərrahi doğuş zamanı eyni dərəcədə olmuşdur. Həmçinin erkən yenidoğulmuşun çəkisi 1000 qram və daha çox olduğu neonatal dövrdə də yaxşı nəticələr əldə edilmişdir. Onlar əvvəlcə CPAP-a keçirilmiş, müsbət dinamikaya malik olmuşlar, ölüm üzrə göstəricilər az olsa da, xəstəliklər üzrə götəricilər az olmamışdır. Çəkisi 1000 q-an az olan yenidoğulmuşlarda letal sonluq göstəricisi yüksək olmuşdur. Doğuşlar 60% halda ağrısızlaşdırma aparılmadan yerinə yetirilmiş, 40% halda epidureal anesteziya aparılmıdşır. Epidural anesteziya aparılmayan doğuşlar təhlil edildikdə mədəcik qansızmaları, hipoksik-işemik

zədələnmələ olan yenidoğulmuşların sayı dürüs çox olmuşdur, adaptasiya dövrü pis keçmişdir. Epidural anesteziya aparılmayan doğuşlar zamanı spazmalitik preparatlar tətbiq edilmişdir. 20% halda RDS-in profilaktikası diprospan ilə, 60% halda deksametazon ilə aparılmışdır. 20% halda profilaktik tədbirlər aparılmamışdır. Qeyd etmək lazımdır ki, 68% halda vaxtından əvvəl doğuşlar nisbətən böyük yaşlı qadınlarda olmuşdur (30 və daha artıq yaş). Hamiləlik zamanı perinatal riskin əsas faktorları bunlar olmuşdur: zərərli vərdişlər (xüsusilə siqaret çəkmə)- 9%, hamilə qadının yaşının 30-dan çox olması-60%, cinsi həyatın erkən başlması- 32%, iltihabi xəstəliklər- 75% (hər bir qadıənın anamnezində tibbi abort və ya özbaşına düşüklər olmuşdur), inkişafdan qalan hamiləlik-35%, vaxtından əvvəl doğuşlar-42%, ağırlaşmış somatik anamnez-64%. Ciftin hisoltoji müayinəsi zamanı 98% halda irinili endometrit, 65% halda xorioamnionit (bununla yanaşı olaraq antibakterial terapiyadan yalnız dölyanı mayeni vaxtından əvvəl axan qadınlar almışdır. Bunlardan 90%-i ampisilin, 10%-i sefazolin) qeydə alınmışdır. II qrup müqayisə edildikdə qeydə alınmışdır ki, qeysəriyyə kəsiyi (döl qişsaı çıxarılmaqla) yüksək perinatal risk zamanı nəzərəçarpan dərəcədə dölün travmatizmi riskini aşağı salır, lakin yüksək perinatal riskə malik olan qadınlarda neonatal xəstələnmə və perinatal ölüm dərəcəsi aşağı olmamışdır. Cərrahi doğuşdan sonra yenidoğulmuşlar 24 saat ərzində süni ventilyasiyada olmuşlar, daha sonra 6 gün CPAP-a keçirilmişlər, bundan sonra ixtisaslaşmış müəssisəyə göndərilmişlər. Vəziyyətin ağırlıq dərəcəsi 100% halda ağır RDS, MSS-in hipoksik-işemik zədələnməsi ilə əlaqədar olmuşdur. Bununla yanaşı olaraq ağırlaşma göstəricilərinə əsasən 55% halda preeklampsiya, 25% halda bətndaxili infeksiya, 20% dğıün bətndaxili inkişafdan qalması qeydə alınmışdır. Təbii doğuş aparıldıqda isə bətndaxili infeksiya-35-40%, mədəcikdaxili qansızma 35%, retinopatiya-10% halda qeydə alınmışdır. Bununla yanaşı cərrahi doğuş aparılmış uşaqlar sürətlə çəki almış və müsbət dinamika ilə qulluğun 2-ci mərhələsinə keçirilmişlər. Təbii yolla doğulmuş uşaqlar nəinki pis çəki almış, həm də mənfi dinamikaya malik olmuşlar. II qrupda 30% halda ağrısızlaşdırma olmadan, 60% halda epidural anestezi ilə doğuş aparılmıdşır. Epidural anesteziya olmadan aparılan doğuşların nəticələri təhlil edildikdə MSS-in hipoksik-işemik zədələnməsi və mədəcikdaxili qansızmanın dərəcəsi yüksək olmuşdur, adaptasiya dövrü pis keçmişdir. Epidural anesteziya aparılan doğuşlarda spazmalitik preparatlar tətbiq edilmişdir. RDS-in profilasktikası üçün deksametazondan istifadə edilmişdir, 10% halda profilaktik tədbirlər aparılmamışdır. Qadınların 88%-i 30 yaşdan yuxarı olmuşalr. Hamiləlik zamanı əsas perinatal risk faktorları bunlar olmuşdur: hamilə qadının yaşı-35%, erkən nikahlar-55%, qadının yaşının 30-dan yuxarı olması-35%, iltihabi xəstəliklət- 68% (hər qadının anamnezində süni abort və ya öznaşına hamiləik düşüyü olmuşdur), vaxtından əvvəl doğuşlar-38%, inkişafdan qalan hamiləlik-32%, ağırlaşmış somatik anamnez-74%. Ciftin histoloji müayinəsi zamanı qeydə alınmışdır: 65% halda qan dövaranın pozulması, 44%- cift çatışmazlığı, 100% ciftin yetkin olmaması, 35% ciftin atrofiyası.

III qrupda qeydə alınmışdır ki, yüksək perinatal risk olduğu halda təbii doğuşlar ilə cərrahi doğuşlar eyni dərəcədə aparılmışdır, cərrahi doğuş zamanı perinatal xəstələnmənin dərəcəsi təbii doğuşa nisbətən dürüst aşağı olmuşdur. Xüsusilə, qeysəsiyə kəsiyi zamanı döl qişa ilə birlikdə çıxarıldıqda perinatal riskin səviyyəsi aşağı olmuşdur. Qeysəriyyə kəsiyinə əsasə göstərişlər bunlar olmuşdur: normal yerləşmiş ciftin ayrılması-23%, preeklampsiyanın yüksək dərəcəsi-18%, uşaqlıqda çapıq- 30%, dölün kəskin hipoksiyası-18%. Cərrahi doğuşdan sonra yenidoğulmuşlar 24-48 saat ərzində süni ventilyasiyada olmuşdur. Bununla yanaşı olaraq 45% halda intranatal böyümə yenidoğulmuşun vəziyyətinə təsir göstərmişdir. Daha sonra 1-2- gün CPAP-da qalmışıar, 75% halda evə buraxılmış, 25% halda ixtisaslaşmış müəssisəyə göndərilmişlər. Vəziyyətin ağırlıq dərəcəsi RDS, MSS-in hipoksik-işemik zədələnməsi ilə bağlı olmuşdur. Təbii yolla doğuşlar zamanı yenidoğulmuşun vəziyyəti 50-55% halda, bətndaxili infeksiya, mədəcikdaxili 30-35% halda ağırlaşmışdır. Doğuş tam nəzarət altında aparılmış, KTQ monitorinq, termometriya, klnik-laborator müayinələr aparılmışdır. Cərrahi doğuşdan sonra dinamik nəzarət altında olduqda bunlar qeydə alınmışdır: 3-4 sutkadan südlə əmizdirmə (təbii yolla doğulmuş uşaqlarda 6-7-ci günlərdə), çəkinin müsbət dinamika ilə artması və adaptasiyanın yaxşı keçməsi. 20% halda doğuşlar ağrısızlaşdırma aparılmadan yerinə yetirilmiş, 80% halda epidural anesteziya aparılmışdır. Epidural anesteziya təhlil edildikdə mədöəcikdaxili qansızmalar, MSS-in hipoksik-işemik zədələnməsi olan uşaqların sayı anesteziya olmayan uşaqlar arasında çox olmuşdur. Onlarda adaptasiya dövrü çətin olmuşdur. Epidural anesteziya aparılan doğuşlarda spazmalitiklər istifadə edilmişdir. Hamiləlik zamanı perinatal riskin əsas faktorları bunlar olmuşdur: qadının yaşının 30-dan çox olması-45%, erkən nikahlar-38%, iltihabi xəstəliklər-74%, vaxtından əvvəl doğuşlar- 38%, inkişafdan qalan hamiləlik-28%, ağırlaşmış somatik anamnez-70%. Ciftin histolji müayinəsi zamanı bunlar qeydə alınmışdır: 55% halda qan dövranı pozuntusu, 44%- cift çatışmazlığı, 15% ciftin hipotrofiyası, 25%- palsentar angiopatiya, 15%-desiduit, 20%- irinli endometrit.

Bütün qruplarda servikal kanaldan yaxmanın bakterioloji əkməsi aparılmışdır: 16% Staphylococcus epidermidis, 25% Enterococcus faecalis, 17% Esherichia coli, Candida sp. 14%, b-hemolitik stretokok 28%.

Yekun. I qrupda perinatal risk faktorları 25-34 ball təşkil etmişdir (25 bal və yuxarı daha yüksək perinatal risk göstəricisi), intranatal artım- 36% halda qeydə alınmışdır. II qrupda 30-38 ball olmuşdur. İntranatal artım 30% təşkil etmişdir. Proqnozlaşdırmanın modifikasiya olunmuş cədvəlinin istifadə edilməsi perinatal xəstəliyin təyin edilməsinin dəqiqliyini, adekvat üsulun seçilməsini müəyyən etməyə imkan verir. Bununla da perinatal sonluqları yaxşılaşdırmaq mümkün olmuşdur.

ƏDƏBİYYAT

1. Hüseynova L.Ə. Azərbaycan Respublikasının bəzi rayonlarında ginekoloji xəstəliklərin və reproduktiv sisteminin pozğunluqlarının yayılması //Sağlamlıq, 2007, № 2, s.130-133
2. Muradova Z.S., Əliyeva E.M. Hamiləliyin 29-33 həftəsində vaxtından qabaq doğuş təhlükəsi olan qadınlarda hamiləliyin gedişatı və perinatal xüsusiyyətləri //Sağlamlıq, 2012, N 2, s.83-89. 105
3. Краснопольский В.И., Логутова Л.С. Современная концепция родоразрешения и перинатальная смертность // Медицинский совет, 2014, №4, с.54-58.
4. Костин И.Н. Стратегия перинатального риска- арифметика, спасающая жизнь // Медицинские аспекты здоровья женщины, 2012, №4(56), с.5-16.
5. Манухин И.Б., Иванова О.Г., Кузнецов М.И., Кузнецова Е.М. Рациональный подход к родоразрешению первородящих старше 30 лет // Проблемы репродукции, 2013, №3, с.67-72.
6. Стрижаков А.Н., Белоусова В.С., Тимохина Е.В. и др. Перинатальные исходы при преждевременных родах // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2016, №4, с.7-12
7. Iams J.D., Romero R., Jennifer F. et al. Primary, secondary, and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth // The Lancet. Preterm Birth., 2008, v. 5
8. Podtetenev K.S., Orazmuradov A.A., Shishkin E.A., Lukaev A.A. The comparative characteristic of beta and dexamethasone for the prevention of respiratory distress // Bulletin of Peoples' Friendship University of Russia. Series "Medicine. Obstetrics and Gynecology", 2011, № 6,p. 57-64.
9. Robert L Goldenberg, Jennifer F Culhane, Jay D Iams, Roberto Romero. Epidemiology and causes of preterm birth. The Lancet. Preterm Birth. January 5, 2008.
10. Орлов В.И., Крымшокалова З.С., Маклюк А.М. и др. Ранние маркеры гестоза и задержки роста плода // Вестник Российского университета дружбы народов, 2009, №7, с.21-25
11. Радзинский В.Е., Оразмурадова А.А. Ранние сроки беременности //Status Praesens, 2009, 479с.
12. WHO. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. 2012. 126 p.

Резюме

Перинатальный риск и исходы преждевременных родов

П.Р.Халилова

Вопросы о способе родоразрешения при недоношенной беременности всегда оставались и будут оставаться актуальным. Одной из основных причин перинатальной смертности недоношенных детей является родовой травматизм, который во многом обусловлен неадекватным ведением преждевременных родов. Выбор оптимальной тактики их ведения с учетом факторов перинатального риска- важнейший резерв улучшения показателей здоровья новорожденных. Цель исследования - оценить исходы преждевременных родов у женщин с высоким перинатальным риском в зависимости от способа родоразрешения. Проведено ретроспективное исследование 126 истории преждевременных родов.

Summary

Perinatal outcomes and preterm birth risk

P.R.Khalilova

Questions about the method of delivery in incomplete pregnancy always remained and would remain relevant. One of the main causes of perinatal mortality in preterm infants is a generic injuries, largely due to inadequate maintenance of preterm birth. Selection of the optimum tactics of perinatal risk factors - the most important reserve for improving the health status of newborns. The aim of the study was to evaluate the outcomes of preterm labor in women with high perinatal risk, depending on the mode of delivery. A retrospective study 126 of the history of preterm labor was conducted.

Daxil olub: 16.08 2018

SİDİK İNKONTİNANS VƏ CİNSİ ORQANLARIN PROLAPSI PROBLEMİNİN ARAŞDIRILMASI

K.D.Quliyeva

Elmi-tədqiqat mamalıq və ginekologiya İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: prolaps, sidik inkontinansı, diaqnostika, sidik saxlanmazlığı
Ключевые слова: пролапс, мочевая инконтиненция, диагностика, недержание мочи
Keywords: prolapse, urinary incontinence, diagnosis, urinary incontinence

Qadın çanağının xüsusiyyətləri yanaşı orqanların anatomiya və fiziologiyası ilə sıx qarşılıqlı əlaqədə olduğundan istənilən dəyişikliklər bütun sistemin funksiyasının pozğunluqlarına gətirib cıxarır. Ilk növbədə bu, uşaqlıq yolu və uşaqlığın sallanması və düşməsinə, sidik ixracı pozulmalarına aiddir. Xəstəlik daha cox reproduktiv yaşda başlayır, proqressiv xarakter daşıyır, proses davam etdikcə anatomik və funksional pozğunluqlar dərinləşir, əmək qabiliyyətinin hissəvi və ya tam pozulması baş verir. Cinsi orqanların prolapsı ginekoloji xəstəliklərin strukturunda 28-38,9%, ginekoloji əməliyyatların 15%-ni təşkil edir [1,2,3]. Avropa və ABŞ-ın statistik məlumatlarına görə 40-60 yaşlı qadınların 45%-də bu və ya digər dərəcədə sidiyin qeyri iradi ixracı baş verir [4,5]. Uşaqlıq yolu və uşaqlığın sallanması və düşmələri ilə sidik ixracının pozulması 50-84% halda olur [6]. Kiçik çanaq orqanlarının anatomofunksional dəyişiklikləri tibbi problem olmaqla yanaşı qadının həyat keyfiyyətinin pozulmasına səbəb ola bilir. Çanaq dibi xəstəlikləri ilə uroloji xəstəliklərin birlikdə rastlaşmasının yüksək faizi (85,5%), patoloji prosesin cavanlaşması problemin çoxəhatəli olmasını və tibbi sferadan kənara çıxmasını sübut edir [7,8].

Çanaq dibi xəstəliklərinin patogenezindəki evalyusiyanın dəyişiklikləri ilə yanaşı xəstəliklərin aparılması taktikası da dəyişmişdir. Hal hazirda uşaqlıq yolu divarlarının sallanmasına pubovesikal və rektovaginal arakəsmələrin defekti və onların çanaq divarlarından qopması kimi baxılır [9,10]. Birləşdirici toxumanın displaziyası reproduktiv dövrdə xəstəliyin inkişafının səbəblərindən biri kimi götürülür. Birləşdirici toxumanın anadangəlmə anomaliyası kollagenin quruluş pozulmaları və ya onun möhkəmliyinin azalması ilə əlaqədardır. Kollagen defektləri ətraf mühit faktorlarının təsiri və irsiyyət ilə əlaqəli ola bilər. Çanaqdaxili fassiya daimi mexaniki təsirlərə, maddələr mübadiləsi, hormonal və nevroloji aktivliklərə reaksiya verir. Cinsi orqanların sallanması və düşməsi sidik saxlamazlıq ilə birgə proseslərin etiologiyasında kollagenin rolunun müəyyənləşdirilməsi aktual problemdir [2,4].

Çanaq dibi xəstəliklərinin əsas etioloji faktorlarına aiddir: çanaq dibi əzələlərinin zədələnməsi, aralığın dərin cırıqları, doğuşda cərrahi müdaxilə (maşaların qoyulması, dölün şanaq ucundan ixracı), sidik-cinsiyyət diafraqmasının innervasiya pozulmaları (yayılmış skleroz, çanaq nahiyəsinin anadangəlmə qüsurları, birləşdirici toxuma xəstəlikləri).

Çoxsaylı tədqiqatlara əsasən risk faktorlarına aşağıdakılar aid edilir: anamnezdə çoxsaylı doğuşlar, ahıl yaş, qarındaxili təzyiqin artması və s. [6,11].

Cinsi orqanların prolapsı sidik saxlamamazlıq ilə birlikdə təbabətin aktual problemi olmaqla yanaşı qadının əmək qabiliyyətinin və həyat keyfiyyətinin pozulmasına gətirib çıxararaq və sosioloji əhəmiyyət kəsb edərək müalicə prinsiplərinin yaxşılaşdırılmasını tələb edir.

Tədqiqatın material və metodları. Bu məqsədlə 20 qadın tədqiq olunmuşdur. İlkin tədqiqat anamnezin əhatəli toplanmasından və ginekoloji baxışdan ibarət olmuşdur. Şikayətlərin qiymətləndirilməsində aşagıdakılara diqqət yetirilmişdir: xəstəliyin başlanma müddəti, həyat keyfiyyətinə təsiri, ailə anamnezi, dərman maddələrinin qəbulu, doğuşun sayı, yanaşı ginekoloji xəstəliklər, nefroloji xəstəliklər, keçirilmiş əməliyyatlar, öskürək, asqırmada sidik saxlamamazlıq, sidik ixracına tez-tez çağırış, sutka ərzində sidik ixracının ritmi və tezliyi, qarnın aşağı hissəsində ağrılar və ağırlıq hissi, aralıqda yad cisim hissiyatının olması.

Ginekoloji kresloda baxış funksional sınaqlarla birgə aparılmışdır ki, bu da ilkin diaqnoz qoymağa və sonrakı taktikanı müəyyənləşdirməyə imkan vermişdir. Baxış xarici cinsiyyət üzvlərindən və vestibulyar nahiyədən başlayır. xəstədə atrofik dəyisikliklər müəyyən edilmişdir ki, bu da estrogen hormonun çatışmazlığını göstərməklə yanaşı, uretranın tonusunun azalmasına və qapayıcı aparatın pozulmasının göstıricisidir.

Sonrakı baxışda aşağıdakılar qiymətləndirilmişdir: uşaqlıq yolunun ölçüsü- 1)böyüməyib- 4 xəstə (20%), 2) böyümüşdür-8 (40%) xəstə, 3) cox böyümüşdür-8 (40%) xəstə, selikli qişanın vəziyyəti: hiperemik-7 (35%) xəstə, hipertrofik-13(65%) xəstə, çapıq dəyişiklik –5 (25%) xəstə, sistosele-2 (10%) xəstə, uretrosele-6(30%) xəstə, ureta və sidik kisəsi boynunun vəziyyəti:1) dəyişib-14 (70%) xəstə,

dəyişməyib- 6 (30%) xəstə, uşaqlıq boynunun düşməsi-6 (30%) xəstə, uşaqlığın düşməsi-2(10%) xəstə, usaqlıq yolunun sallanması – 12 (60%)xəstə.

Bütün xəstələrdə bimanual müayinə aparılaraq paravezikal sahə qiymətləndirilmişdir. Uşaqlıq və sidikliyin hərəkətliliyi: var- 10 (50%) xəstə, yoxdur-10 (50%) xəstə. Bonni testi aparılmışdır: müsbət –18 (90%) xəstə, mənfi- 2 (10%) xəstə. Konus test: 10-20q-2 (10%) xəstə, 30-40q- 6 (30%) xəstə, 50-60q- 8 (40%) xəstə, 70-80q –4 (20%) xəstə. Valsalva sınağı: müsbət-2 (10%) xəstə, mənfi-18(90%) xəstə.

Cinsi orqanların prolapsı və sidik inkontenansı olan qadınlarda müalicə metodlarının seçilməsi indiyə qədər problem olaraq qalır. Bir sıra faktorlarla əlaqəlidir: cinsi orqanların sallanma dərəcəsi, uşaqdoğma və menstrual funksiyanın saxlama imkanları, sidikliyin, uretranın, düz bağırsağın funksiya pozulmalarının xüsusuyyətləri, yanaşı ekstragenital xəstəliklər, cərrahi müdaxilənin risk dərəcəsi.

Birgə patologiyanın cərrahi müalicəsi nəticələrində olan müvəffəqiyyətlərə baxmayaraq, 9-30% halda sidik saxlamamazlıq aradan götürülmür, 33-61,5% halda isə prolapsın residivləşməsi baş verir [12]. Bu da yeni müalicə metodlarının tətbiq olunmasını tələb edir.

20 qadın müvafiq əməliyyatönü hazırlıq keçdikdən sonra əməliyyat olunmuşdur. 18 (90%) xəstədə puborektal plastika TOT əməliyyatı ilə, 2 (10%) xəstədə puborektal plastika pubovesikal arakəsmənin bərpası ilə icra olunmuşdur.

Beləliklə, sidik saxlamamazlıq və cinsi orqanların prolapsının birlikdə rast gəldiyi proseslərin patogenetik aspektlərin öyrənilməsi aktualdır, tədqiqatların aparılmasını, müalicəsində yeni, effektiv metodların işlənib hazırlanmasını tələb edir.

ƏDƏBİYYAT

1. Аполихина И.А., Ибинаева И.С., Саидова А.С., Железнякова А.И. Особенности тактики ведения женщин с недержанием мочи в амбулаторно-поликлинических условиях // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. М., 2008, с.305-306.
2. Coll-Planas L., Denkinger M.D., Nikolaus T. Relationship of urinary incontinence and late-life disability:Implications for clinical work and research in geriatrics // Gerontol Geriat., 2008, v.41, p.283-290.
3. Tegerstedt G., Miedel A., Mahle-Schmidt M., et al. Obstetric risk factors for symptomatic prolapse: Apopulation-based approach // Obstetr. And Gynec., 2006, v.194, p.75-81.
4. Нечипоренко Н.А., Егорова Т.Ю., Юцевич Т.Ю. Синтетические протезы в хирургическом лечении женщин с выпадением половых органов // Акуш. и гин., 2009, №2, с.64-67.
5. Sentilhes L., Berthier A., Loisel C. et al. Female sexual function following surgery for stress urinary incontinence:tension-free vaginal versus transobturator tape procedure // Urogynecol., 2009, v.20, p.393-399.
6. Patel. D. A., Xu X., Thomason A.D. et al. Childbirth and pelvic floor dysfunction: An epidemiologic approach to the assessment of prevention opportunities at delivery // Obstetr. And Gynec., 2006, v.195, p.23-28.
7. Denman M.F., Gregory T., Boyles S.H. et al. Reoperation 10 years after surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence // Obstetr. And Gynec, 2008, v.198, p. 555-556.
8. Fialkow M., Symons R.G., Flum D. et al. Reoperation for urinary incontinence //Obstetr. And Gynec., 2008, v.199, p.546-547.
9. Абдуризаев А.А., Мин А.В. Эффективность TVT-O при стрессовом недержании мочи у женщин / I съезд белорусской ассоциации урологов,. Минск, 2008, с.72-73.
10. Mallett V.T., Brubaker L., Stoddard A.M., et al. The expectations of patients who undergo surgery for stress incontinence // Obstetr. And Gynec., 2008, v.198, p.308-310.
11. Горбенко О.Ю. Новые подходы к оперативному лечению опущения и выпадения внутренних половых органов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2007, с.14.
12. Мицкевич Е.А., Мастыков А.Н. Этиопатогенетические аспекты выпадения внутренних половых органов и стрессового недержания мочи у женщин / Актуальные вопросы современной медицины и фармации. Материалы 61 итоговой научно-практической конференции студентов и молодых ученых. Витебск: ВГМУ, 2009, с. 415-416.

Резюме

Исследование проблемы пролапса органов малого таза и мочевой инконтиненции

К.Д.Кулиева

Опущение и выпадение половых органов в структуре общих гинекологических заболеваний составляет 28-38,9%. У женщин с пролапсом половых органов нарушения мочеиспускания отмечаются в 50-84%. Общность патофизиологических предпосылок опущения и выпадения внутренних половых органов и стрессового недержания мочи позволяет рассматривать данные состояния как цельную медицинскую проблему, требующую интегративных подходов в диагностике

и выборе метода лечения. Оперативное лечение при дисфункции тазового дна является основным. В последние годы при сочетанных заболеваниях внутренних половых органов и нарушениях мочеиспускания хирурги все чаще отдают предпочтение плановым си-мультанным операциям с использованием синтетических имплантатов. Однако ближайшие и отдаленные результаты использования синтетических имплантатов неоднозначны и требуют дальнейшего изучения. Несмотря на значительные успехи оперативного лечения сочетанной патологии, от 9 до 30% оперативных вмешательств не приводят к устранению недержания мочи. По данным ряда авторов, частота рецидивов пролапса гениталий составляет от 33 до 61,3%.

Summary

Investigation of the problem of prolapse pelvic organs and urinary incontinence

K.D. Guliyeva

Pelvic organ prolapse in structure of the general gynecologic diseases makes 28-38,9 %. At women with pelvic organ prolapse urinary incontinence are marked in 50-84%.The generality path physiological preconditions of pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence allows to consider the given conditions as the integral medical problem demanding integrative approaches in diagnostics and a choice of a method of treatment. Operative treatment at pelvic fl oor dysfunction is the core. Last years at a combination of diseases surgeons prefer scheduled simultaneous operations with use synthetic implants. However the nearest and remote results of use synthetic implants are ambiguous and demand the further studying. Despite of signifi cant successes of operative treatment pathologies, from 9 up to 30 % of operative interventions do not lead to elimination urinary incontinence. According to of some authors, frequency of relapses pelvic organ prolapse makes from 33 up to 61,3 %.

Daxil olub: 13.08 2018

KARİYESİN YARANMASINDA ENDOGEN FAKTORLARIN ROLU

Q.X. Əliyev, B.M.Həmzəyev

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: karies, faktorlar, diaqnostika

Ключевые слова: кариес, факторы, диагностика

Key words: caries, factors, diagnosis

Kariyesin etiologiya və patogenezinə həsr edilən ən müasir nəzəriyyələr, o cümlədən asidogen konsepsiy da, kifayət qədər populyar olsa da, kariyesin patoloji bir proses kimi yaranma və inkişaf mexanizmini olduğu kimi əks edə bilmir. Bu mürəkkəb patologiyaya birtərəfli baxılır, pulpa və diş mayesinin (endogen faktorlar) rolu nəzərə alınmır.

Məhz bu səbəbdən kariesologiyada əsrlərlə hegomonluq edən asidogen nəzəriyyə əslində heç nəyə nail olmayıb və əksinə, kariyes dinamik sürətdə artmağa meylli olan bir sivilizasiya xəstəliyinə çevrilib.

Biz kariyesin yaranmasında turşu faktorunun həlledici olmadığını sübut etmək üçün aşağıda göstərdiyimiz və təkzibolunmaz faktorlara istinad edirik;

1.Ağız suyunda fəaliyyət göstərən bikarbonat və fosfat bufer sistemləri asidogen nəzəriyyədə iddia olunduğu kimi – pH-ın 4,5-5,0 səviyyəsinə düşməsinə imkan vermir. Sübut olunmuş faktlar onu deməyə əsas verir ki, karbohidratlarla zəngin qida qəbulundan sonra qısa müddət ərzində ağız boşluğunda pH-ın neytrallaşması baş verir (Stefan əyrisi).

2.G.J.Freydin və həmmüəllifləri (1984) ağız suyunda izoelektrik nöqtələrinə görə müxtəlif spektrə malik zülallar aşkar etmişlər. Həmin zülallar 10-18 həddində fraksiyalara ayrılmaqla pH-ın 4,5-9,5 diapazonunda fəaliyyət göstərirlər. Ağız suyunda turşuluq artdıqda onlar qələvi, qələvilik artdıqda isə turşu rolu oynayaraq pH-ın stabilləşməsini təmin edirlər.

3.Yumşaq və bərk diş ərpindəki bəzi mikroorqanizmlər ureaza fermentinin təsiri ilə qida qalıqlarından ammonyak və hidrogen-sulfid hasil edirlər. Ammonyak əsasən ağız suyunun tərkibindəki karbamiddən əmələ gəlir və ərpdəki üzvü turşuların neytrallaşmasını təmin edərək, onların demineralləşdırıcı təsirini aradan qaldırır.

4.Qlükoliz prosesində əmələ gəlmiş hər bir üzvi turşunun spesifik pH göstəricisi vardır. Aparılmış tədqiqatlar nəticəsində məlum olmuşdur ki, həmin turşular birləşərək daha aqressiv hesab olunan süd turşusunu neytrallaşdırır və beləliklə də effektiv bufer sistemi yaratmış olurlar (Minah 1981).

5.Ağız boşluğundakı mikroorqanizmlərin asidotolerantlığını öyrənmək məqsədiylə aparılmış tədqiqatlar sübut etmişdir ki, ağız boşluğunda pH-ın 5,6 səviyyəsində str.mutans çoxalmasını dayandırır, pH-ın 4,2 səviyyəsində isə onlar 24 saat ərzində məhv olurlar. Asidogen nəzəriyyə tərəfdarları iddia edirlər ki mikroorqanizmlərsiz kariyes mümkün deyil. Elmi araşdırmalar isə sübut edir ki, həmin mikroorqanizmlər turşuların kritik həddinə qarşı davamsızdır.

6.Kariyesin ləkə mərhələsində demineralləşmanın bilavasitə minanın səthi qatında deyil, səthaltı qatda əmələ gəlməsi faktı da, kariyesin turşular tərəfindən yaranmadığını təsdiq edir. Opponentlərin qənaətinə görə, minanın səthi qatında demineralləşmanın olmaması həmin qatda Ca və P-un çoxluğu, habelə remineralləşmanın daha intensiv olması ilə əlaqədardır.

Minanın alt qatlarında, mina-dentin sərhəddində, eləcə də dentində mineral maddələrin miqdarı minanın səthi qatı ilə müqayisədə kifayət qədər azdır. Belə olduqda maraqlı, həm də məntiqi bir sual ortaya çıxır; hansı mexanizm əsasında H^+ ionları daha dərin qatlara – mina–dentin – pulpa istiqamətində hərəkət eyməyərək, yalnız minanın səthaltı qatında kumulyasiya olunur və həmin nahiyədə demineralləşma törədir?

7.Depulpasiya olunmuş dişlərdə klassik formada kariyes əmələ gəlmir. Nəzərə almaq lazımdır ki, bu cür dişlərdə kariyesin inkişafı üçün daha münbit şərait mövcuddur; sərt toxumalarda mineral maddələrin miqdarı azdır, mina və dentinin tamlığı pozulmuşdur, mikroorqanizmlərin fəaliyyəti üçün əlverişli şərait vardır və s. Bütün bunlara baxmayaraq, pulpası çıxarılmış dişlərdə mərhələli (klassik) kariyesə praktikada rast gəlinmir.

8.Diş mayesi sərt toxumaların mineralləşmasında iştirak etdiyi kimi, eyni zamanda kariyesə qarşı rezistentliyin yaranmasında da mühüm rol oynayır. Məlumdur ki, pulpada əmələ gələn, dentin kanalcıqlarına daxil olan və minadan keçərək dişin səthinə çıxan diş mayesi qlükoliz prosesi nəticəsində yaranan üzvi turşuların təsirini qismən neytrallaşdıra bilir. Deməli, ağız suyunun intensiv ifrazı, bufer sisteməlrinin normal fəaliyyəti, eyni zamanda diş mayesinin təsiri sayəsində ağız boşluğunda pH-ın stabil qalması mümkün olur.

9.Bu vaxta qədər araşdırdığımız istənilən elmi ədəbiyyatda aparılmış tədqiqatlar nəticəsində diş ərpinin altında, lokal formada pH-ın dəqiq ölçülməsi və alınmış nəticələrin təsdiqi ilə bağlı inandırıcı bir məlumata rast gəlməmişik. Göstərilən arfimetrik rəqəmlər hirotetik və ehtimal xarakterli məlumatlardır.

10.İddia edilir ki, kariyes yalnız diş ərpinin təmizlənə bilmədiyi nahiyələrdə əmələ gəlir. Bu baxımdan, son dövrlərdə VI sinif karioz boşluğu kimi təsnif olunan, əslində atipik boşluq kimi tanıdığımız – kəsici kənar və qabarlarda rast gəlinən kariyesin yaranma mexanizmini necə izah etmək olar? Dişlərin çeynəmə səthlərindəki qabarlar və kəsici kənar daima sürtülməyə məruz qaldığına görə həmin hissələrdə heç vaxt ərp olmur.

Məlumdur ki, kariyes ilkin formada minanın səthaltı qatında demineralləşma deyilən kimyəvi proseslə başlayır. Qeyd etmək lazımdır ki, ümumiyyətlə kimyəvi proses olan demineralləşma həm turşular, həm də qələvilər tərəfindən törədilə bilir. Kariyesin yaranmasında göstərdiyimiz turşu faktorunun həlledici olmaması müddəalarına istinad edərək belə qənaətə gəlirik ki, kariyesin başlanğıc – səthaltı ləkə mərhələsi diş mayesində əmələ gəlmiş qələvi mühitin hesabına yaranır.

Burada kariyesin başlanğıc mərhələsi üçün demineralləşma törədə biləcək qələvi mühitin yaranmasında odontoblastların uzun çıxıntıları (Toms lifləri) üzərindəki xolinomimetik mediator olan asetilxolin həlledici rol oynayır. Sinir sistemi mediatoru olaraq, asetilxolin yalnız qələvi pH-a malik mühitdə fəaliyyət göstərir. Məlumdur ki, sinir impulslarının ötürülməsi zamanı sinapsda parçalanan və yenidən sintez olunan asetilxolinin fəaliyyəti dövründə qələvi mühitdə pH-ın bir qədər də artması baş verir, pH 7,4-dən 7,8-dək yüksəlir.

Turşu faktoruna görə pH-ın kritik həddinin minada 5,2–5,7-yə, dentin və sementdə isə 6,2–6,7-yə bərabər olması müddəasını nəzərə alaraq, həmin göstəriciləri qələvi mühit üçün anoloji göstəricilərlə müqayisə etsək, onda məlum pH şkalasına görə, müvafiq göstəricilərin uyğun olaraq 7,3–7,8 və 8,3–8,8 bərabər olduğunu söylmək olar. Bu faktların doğruluğuna şübhə etməyərək, lokanik bir qərara gəlmək olar; asetilxolinin fəaliyyət göstərdiyi diş mayesindəki qələvi mühit (pH 7,4–7,8) mina-dentin sərhəddində, eləcə də minanın səthaltı qatında demineralləşma törədə bilmək iqtidarındadır. Deməli, dişdə mövcud olan asetilxolin nə qədər çox parçalanıb və yenidən sintez olunarsa, kariyesin yaranma ehtimalı bir o qədər çox olar. Bu prosesi

stimullaşdıran faktorlar isə kifayət qədərdir; qəbul edilən qidanın çeşidi, xarakteri, konsistensiyası, kimyəvi, fiziki, termiki göstəciləri, dadı, iyisi və i.a.

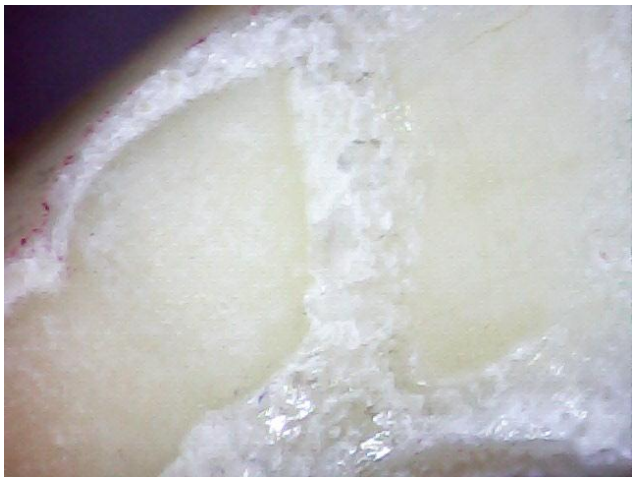
Kariyesin bu yolla əmələ gəlməsi ideyası asidogen nəzəriyyədən fərqli olaraq, bir çox gizli məqamları, o cümlədən kariyesin sivilizasiya xəstəliyi olaraq nəyə görə çox yayılması, patoloji anatomik baxımdan demineralaşmanın səthi qatda deyil, səthaltı qatda yaranması, depulpasiya olunmuş dişlərdə kariyesin yaranmaması, atipik kariyesin əmələ gəlmə mexanizmini və s. izah etmək iqtidarındadır.

Tədiqatın material və metodları. Dişin sərt toxumalarında, o cümlədən minanın səthaltı qatında, mina dentin sərhəddində qələvi təsirindən demineralaşma yaranmasını sübut etmək məqsədi ilə ortopedik göstərişə görə çəkilmiş intakt dişlərin minası səthi yonulmuş və cilalanmışdır. Sonra yonulmuş hissələr yuyucu vasitələrlə yuyulmuş və qurudulmuşdur. Müayinə olunacaq mina sahələri pH-ı 7,8–8,0-ə bərabər bufer tutumlu kalsium hidroksid məhlulu ilə 5 dəqiqə ərzində isladılmışdır. Daha sonra həmin dişlər axar su altında yuyulmuş və qurudularaq mikroskop altında müayinə edilmişdir.

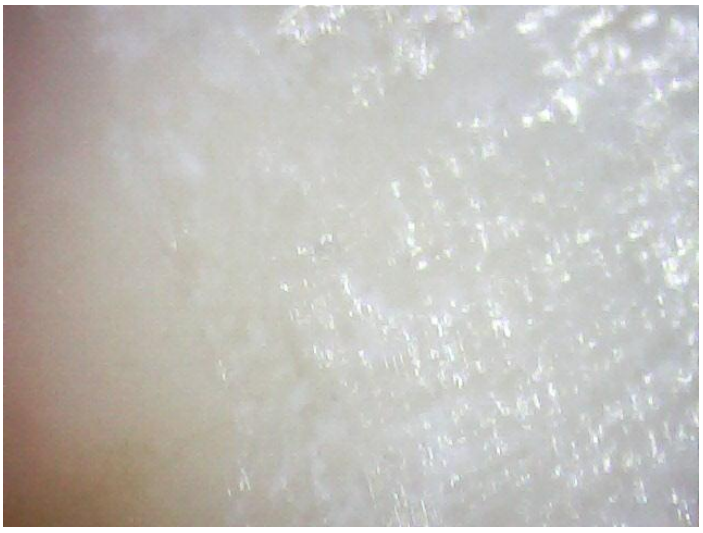
Qeyd etmək lazımdır ki, qələvi ilə demineralaşma törədilərək müayinə olunan dişlər əsas qrup kimi götürülmüş və demineralaşma aparılmayan (nəzarət qrupu) dişlərlə müqayisə aparılmışdır.(Şəkillər aşağıda verilmişdir).



Şək. 1.Turşu ilə demineralaşma



Şək.2.Qələvi ilə demineralaşma



Şək.3.Demineralaşma törədilməyən dişlər

Əldə etdiyimiz nəticələr onu deməyə əsas verir ki, pH-ı 7,8-8,0-a bərabər bufer tutumlu kalsium hidroksid məhlulu cilalanmış dişlərin mina-dentin sərhədində, eləcə də dentində demineralaşma törədə bilir.

ƏDƏBİYYAT

1.Б.М.Гамзаев, Л.К.Ибрагимова. Ещё раз о кариеса // Проблемы стоматологии. 2012, №1, с.34-36.

2.Гамзаев Б.М., Л.К.Ибрагимова. Неизученные аспекты патогенеза кариеса зубов // Новое в стоматологии, 2007, №1, с.18
3.Биология полости рта. М.: Медицина. 1991, с.240-270
4.Гамзаев Б.М. О роли ликвора в кариозном процессе. //Новое в стоматологии, 2003, №6, с.54
5.Б.Р.Орушко. Физиология эмали и проблема кариеса зубов. Кишинев, «Штинца», 1989

Резюме

Роль эндогенных факторов в возникновении кариеса

Г.Х.Алиева, В.М.Гамзаев

В этой работе, по научно-теоретическим пунктам отрицается кислотный фактор возникновения кариеса и подтверждается то, что ацидогенная теория не является решающей в деминерализации эмали. Считается, что деминерализация эмали в стадии пятна(начальный кариес) возникает в связи с увеличением щелочей в зубном ликворе, и даже деятельности ацетилхолина в волокнах Томса. При помощи раствора с буферным объемом и pH (7,8-8,0) демонстрируется получение деминерализации полированной эмали и эмалево-дентинной границы.

Summury

The role endogen factors in the development of caries

G.K.Aliyeva, B.M.Hamzayev

In this work, according to scientific and theoretical points, the acid factor of the occurrence of caries is denied and it is confirmed that the acidogenic theory is not decisive in the demineralization of enamel. It is believed that the enamel demineralization on the spot stage (initial caries) occurs due to an alkalis increase in the dental fluid, and even the activity of acetylcholine in Toms fibers. With the help of the solution with a buffer volume and pH (equal to 7.8–8.0), the demineralization of polished enamel and the enamel-dentin border is demonstrated.

Daxil olub: 27.06.2018

NİTİ ALƏTLƏRINƏ MALİK MOTORLU SİSTEM FAYLLARI İLƏ KANALLARIN İŞLƏNMƏ ÜSULLARINA DAİR

R.İ.Səlimov, K.S.Alkişiyev

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: diş kanalı, müalicə, NiTi sistemi, alətlər, ProFile
Ключевые слова: канал зуба, лечение, система NiTi, инструменты, ProFile
Key words: tooth canal, treatment, NiTi system, instruments, ProFile

İlk NiTi sistemlərindən biri ProFile alətləri olub, gündəlik istifadədə özlərini doğrultmuşdurlar. Alət dəstində kanal girəcəyini formalaşdırıcıları (19 mm uzunluğa və 5-8% konusluğa malik fayllar), 15-40 ölçülərdə və konusluğu 6% olan ProFile 06 ilə 15-90 ölçülərdə konusluğu 4% olduğu ProFile 04 olur. Kanal girəcəyi genişləndiriciləri kök kanalının koronal 1/3-nin instrumentasiyası üçün istifadə edilir. 21-25 mm uzunluqdakı ProFile 06 aləti isə kök kanalının orta 1/3 hissəsini instrumentasiyası üçün istifadə edilir. Apikal hissənin instrumentasiyası isə 21, 25 və 31 mm uzunluqlardakı ProFile 04 faylları ilə həyata keçirilir [1].

Alətlərin kəsikləri Y-şəkilli olub, "radiallar sahələr"-ə malikdir. Bu struktur alətin kanalın mərkəzində qalmasını və kanal divarlarının rahatlıqla işlənməsini təmin edir, dentinə ilişmələrinə mane olur. Hamar və iti olamayan uc isə faylı kanalın içərisində, kanal səthini korlamadan və deşmədən düzgün istiqamətlənməni təmin edir.

ProFile, Flexofile və KaVo-Endo sistemlərinin müqayisəsinin aparıldığı bir tədqiqatda 60 ədədinin kanalı düz və digər 60 ədədində isə ən azı tək bir kökü əyilmiş vəziyyətdə olan ümumilikdə 120 ədəd çəkilmiş diş instrumentasiya edilmişdir. ProFile sistemi alətlərinin kanalların heç birinin formasında və gedişində hər hansı dəyişiklik törətmədiyi müşahidə edilmişdir. Buna baxmayaraq, ProFile sisteminin təmizləmə qabiliyyətinin əl alətləri ilə icra edilən instrumentasiya ilə müqayisədə nisbətən az effektiv olduğu qeyd edilməlidir [1].

EDTA isə icra edilən yumadan sonra, ProFile fayl ardıcıllığı, kök kanalını ən yaxşı təmizləyən alətləri kimi fəaliyyət göstərsələr də; natrium hipoxloridlə icra edilən yuyulmadan sonra ProFile sistemi nəticələrinin daha pis olduğu müşahidə edilmişdir [1].

Crown-down instrumentasiya texnikasında iki fərqli ölçüdə (rəngdə), iki ayrı alət istifadə edilir:

• Geniş kök kanalları üçün koronal genişləndirməyə mavi rəngli kanal girəcəyinin genişləndiricisi ilə başlanılır,

• Bundan sonra qırmızı rəngli kanal girəcəyi genişləndirici ilə kanalın koronal hissəsindən daha dərinə enilir,

• Sonra mavi rəngli ProFile 06 və ondan sonra da qırmızı rəngli ProFile 06 istifadə edilərək kanalın apikal 1/3-nə çatılır,

• Bu nöqtədə işləmə uzunluğu rentgenoloji olaraq müəyyənləşdirilir,

• Sarı rəngli ProFile 04 ilə kök kanalı bütün işləmə uzunluğu boyunca genişləndirilir və instrumentasiya edilir. Bundan sonra kanalda qırmızı və daha sonra da mavi rəngli ProFile 04 işlədilir [2].

Orta uzunluğa malik kanallarda instrumentasiyaya qırmızı rəngli kanal girəcəyi formalaşdırıcısı (orifice shaper) ilə başlanılır, daha sonra, sarı rəngli alətlə daha dərinə enilir. Bundan sonra, qırmızı və sarı rəngli ProFile 06 alətləri işlədilir. İşləmə uzunluğunun müəyyənləşdirilməsindən sonra apikal hissədəki son instrumentasiya əvvəlcə sarı rəngli ProFile 04-ün kanal boyunca istifadəsi, daha sonra qırmızı və sonra mavi rəngli alətin istifadəsilə icra edilir [3].

ProFile alətləri daim yumşaldıcılarla istifadə edilməli və hər ölçü alətə keçməmiş kanal 5%-li NaOCl məhlulu ilə yaxşıca yuyulmalıdır.

ProFile alətləri vertikal istiqamətdə 2 mm-i keçməyən cüzi irəli və geri hərəkətlə təzyiq tətbiq edilmədən istifadə edilir.

ProFile alətləri burulma məhdudlaşdırıcısı (məslən; ATR Technica) olan, aşağı dövrlü (250-350 rpm) matorla istifadə edilir. Bu alətin həddən artıq burulması və son olaraq, qırılmasının qarşısını alır. Heç bir ProFile aləti 10 dəfədən çox istifadə olunmamalıdır [2, 3].

Orijinal Greater-Taper və ya GT Rotary alət dəsti, xüsusi olaraq, ABŞ bazarı üçün Tulsa Dental tərəfindən istehsal edilən Buchana təşkil edilmiş sistemdir. Bu sistem 6 ədəd alətdən ibarətdir (GT Rotary faylları 06#20, 08#20, 10#20 və bunlardan əlavə GT Accesory faylları 12#35, 12#50 və 12#70). Avropada bu alətlər İsveçrə firması olan "Maillefer" tərəfindən istehsal edilib ProFile sistemindəki 04#20, 04#25, 04#30 və 04#35 kimi 4 əlavə alətlə sayları artırılmışdır [4].

GT faylları, ölçüləri eyni ancaq konusluğu fərqli olan alətlərdir.

Son zamanlarda bu sistem (NiTi-GT new) iki ardıcıl fayl əlavə edilməklə genişləndirilmişdir: Kiçik kök kanalları üçün 30 ölçülü fayllar və geniş kanallar üçün də 40 ölçüyə qədər olan fayllar mövcuddur. Əlavə fayllarla birlikdə konusluq 4%, 6%, 8% və 10%, hətta 12%-ə qədər artır [5].

GT-rotary dəstinin bir xüsusiyyəti də kanal instrumentasiyası zamanı geniş koronal istiqamətdən kanalın açıqlığı və konusvari kanal formasının yaradılmasını təmin etmək üçün təşkil edilmiş yüksək konusluqdur.

Bütün GT-Rotary fayllarında kəsmə bucağı neytraldır. Alətlərin ucu hamardır və kəsici deyil. ProFile alətlərində və "accesory" fayllarında, kəsici kənar və alətin uzununa oxu arasında əmələ gələn bucaq, alətin ucundan funksiya göstərən hissənin sonuna qədər getdikcə artır. GT fayllarında isə bu bucaq kəsici funksiya icra edən hissənin bütün hissələrlə eyni olub təxminən 30 dərəcədir [6].

Daha böyük diametri və konusluğu 12% olan, başqa sözlə 500 dövr/dəq sürətə tab gətirənlər istisna olmaqla, bütün fayllar 250-300 dövr/dəq sürətdə istifadə edilmək üçün nəzərdə tutulmuşdur. İnstrumentasiya crown-down texnikasından istifadə etməklə həyata keçirilir.

Kanal girəcəklərinin başlanğıcda kanalın böyüklüyünə uyğun olan #35 və ya #50 "accesory" faylları ilə genişləndirilməsini; konusluğu 6%-dən 10%-ə qədər olan fayllarla aparılan həqiqi kök kanalı instrumentasiyası davam etdirir. Apikal instrumentasiya isə yalnızca 4% konusluğa malik fayllarla icra edilir. Koronal hissə bütövlükdə #10 faylla instrumentasiya edilir; #8 kanalda bir neçə mm daha dərinə enir və #6 faylla kanalın apeksinə çatılır.

İkinci ardıcıllıqda #8 fayl təkrarən istifadə edilir, ancaq bu dəfə daha əvvəl #6 faylın çatdığı yerə qədər enilir. Bundan sonra, #6 alətlə apikal daralmaya qədər irəlilənir.

İşləmə uzunluğunun rentgenoloji olaraq həssas şəkildə hesablanmasından sonra 0,04 fayl (konusluğu 4% olan alət) işləmə uzunluğu boyunca istifadə edilir. Crown-down texnikasının əksinə 4% konusluğa malik fayllar, kiçikdən böyüyə doğru istifadə edilir, yəni işləmə uzunıuğunda əvvəlcə 20 ölçülü fayl istifadə edilir, daha sonra eyni dərinliyə 25-lik və 30-luq fayllar tətbiq edilir [7].

Faylların seçimi kök kanalının əyilmə dərəcəsi və ölçülərindən asılıdır (yalnızca kiçik və böyük ayırd edilir). Kök nə qədər kiçikdirsə istifadə edilən alətlərin boyları da oq dərə səviyyədə kiçik olmalıdır. Əyilmə nə qədər çoxdursa apikal hissədə istifadə ediləcək alətlərin konusluğu o qədər kiçik olmalıdır [8].

FlexMaster sisteminin kəsici səthləri qabarıq kənarlı üçbucaq şəklində oan en kəsiyinə malikdir. Digər NiTi sistemlərinin əksinə, FlexMaster-in massiv maddəsi, ən azından düz kanallarda burulmalara qarşı müqaviməti artırılmış olduğu üçün qırılma riskini azaldır. Effektiv instrumentasiya üçün qabarıq kəsici səthlərlə K-fayl tipli kəsici ağızcıqlar kombinə olunmuşdur. FlexMaster daha əvvəl bəhs etdiyimiz mərkəzdə sabit qalan NiTi sistemlərində olan radial sahələrə malik deyil. Bu fırlanan fayllar 150 və 300 dövr/dəq intevalında istifadə edilir [8].

Alət ardıcıllığı müvafiq qutuda satılır; fayllar anlaşıla bilən ardıcıllıqda düzüldüyü üçün kliniki istifadəsi olduqca sadədir. Alət dəsti qısa, ifraz dərəcədə konusluğa malik və koronal instrumentasiyada istifadə edilən İnteroFile ilə 20, 25 və 30 ölçülərdə və 4-6% konusluqdakı 3 ayrı fayl ilə ölçüləri 20-35 arasında və konusluğu 2% olan fayllardan ibarətdir. Bundan əlavə, fərqli ölçülər də təşkil edilə bilər [9].

İnstrumentasiya crown-down texnikasıyla icra edilir. FlexMaster-lə işləyərkən:

• Böyük və düz giriş boşluğunun açılması
• Koronal hissənin instrumentasiyasından sonra işləmə uzunluğunun müəyyənləşdirilməsi
• Sabit dövr/dəq göstəricisinin saxlanılması
• Apikala doğru həddən artıq təzyiq etmədən, alətin yüngülcə yuxarı və aşağı istiqamətdə hərəkət etdirilməsi lazım gəlir.

Hər bir alət ən çoxu 10 saniyə müddətində istifadə edilməlidir. Alətlər yumşaldıcı ilə isladıldıqdan sonra kanala yeridilməlidir. İstifadə olunma sayları qeyd edilməli və say 8 dəfədən çox olmamalıdır. Kliniki praktikada tətbiq zamanı davamlı olaraq böyüdücü ilə optiki nəzarət altında alətlərin qırılmaya səbəb olabiləcək deformasiyalar müəyyən edilməli və defromasiyaya məruz qalmış alətər istifadədən kənarlaşdırılmalıdır [8, 9].

İnstrumentasiya crown-down ardıcıllığı və apikal ardıcıllıq olmaqla 2 yerə ayrılır. Kök kanalının koronal hissəsində icra ediləcək instrumentasiyada 4-6% konusluğu olan fayllar istifadə edilir; apikal preparasiyada isə 2% konusluğa malik fayllarla işlənilir. İstifadə ardıcıllığını geniş, orta və dar kök kanalları üçün mavi, qırmızı və sarı fayllar təşkil etməlidir. Hər bir crown-down mərhələsindən əvvəl İnterofile istifadə edilərək kanal girəcəkləri 10-12 mm dərinliyə qədər, bəzi hallarda isə kanalın əyilməsinə qədər genişləndirilir. Mavi ardıcıllıq mavi rəngli 0,06/30 (konusluğu 6%, ölüçüsü 30) faylla başlayır; qırmızı rəngli 0,06/25 fayl kanalda bir qədər daha dərinə penetrasiya olunur; bunun ardınca isə 0,06/20 sarı rəngli fayl istifadə edilir. Bu ardıcıllıqda istifadə edilən ən son fayl 0,04/30 mavi rəngdədir; bu fayl kanalın əyriliklərindən də dərinə penetrasiya edilir və kanalın apikal hissəsinə çatır. Əgər apikal daralmaya 2-3 mm qalana qədər çatılmışdırsa, crown-down texnikası əvvəldən axıra kimi təkrarlanır. Bu nöqtəyə ikinci və üçüncü faylla çatılması koronal hissədəki instrumentasiyanın bitdiyini göstərir və işləmə uzunluğu rentgenoloji olaraq yoxlanılır [7, 8].

Kanalın apikal hissəsinin instrumentasiyası zamanı əyilmiş kanallarda olduqca yüksək olan elastiklikləri və bu səbəbdən qırılmaya daha az meylli olmaları səbəbindən yalnızca və xüsusilə 2% konusluğa malik fayllar istifadə edilir.

İnstrumentasiyaya 20 ölçülü faylla başlanmalı, bu mərhələ kök kanalının böyüklüyündən asılı olaraq 30 və ya daha yuxarı ölçülü fayllarla davam etdirilməlidir.

K3 (Kerr 3) endodontik alətlər ISO-ya görə ölçüləri 16-60 arasında dəyişilən və konuluqları 4%, 6%, 8% və 10% olan fayllardır. Konusluqları 8% və 10% olan fayllar kanal girəcəklərinin ilkin genişləndiriciləri kimi istifadə edilir [8].

Alətlərin ən özlərinəməxsus ayırdedici xüsusiyyətləri en kəsiklərinin asimmetrik olmasıdır. Alətlərin kəsici səthləri müsbət kəsmə bucağına malikdir.

Kəsmə bucağı alətin kəsici səthləri ilə rotasiya hərəkətinin xəyali oxu arasındakı bucaq olub, kök kanalının instrumentasiyası zamanı kənarlaşdırılan toxuma yaxud materialların nə şəkildə kənarlaşdırıldığını müəyyən edir. Kəsmə bucaqları neytral, müsbət (pozitiv) və mənfi (neqativ) olmaqla biri-birindən fərqlənir:

• Pozitiv kəsmə bucağında kəsmə prosesi aktiv olub, proses zamanı tətbiq edilən qüvvə ilə eyni istiqamətdədir.
• Kəsmə bucağı neytral olduqda kəsmə prosesi kanal divarlarına perpendikulyar olaraq həyata keçir.
• Kəsmə bucağı neqativ olduqda aktiv olmayan kəsici təsir meydana gəlir.

Ümumilikdə, K3 fayllarının kəsici effekti GT-Rotary sistemininkindən yüksəkdir. Kəsmə effektivliyinin səviyyəsi adətən kəsici kənarların forma və quruluşuna görə müəyyən edilir.

2003-cü ildə Stelzner tərəfindən aparılan tədqiqatda pozitiv kəsmə bucağının K3 alətlərinə qazandırdığı fayda ilə əlaqədar olaraq istehsalçı firmanın iddiaları öz təsdiqini tapmışdır. K3 fayllarının GT-Rotary faylları ilə müqayisədə daha dərin kəsmə qabilliyyəti olduğu qeyd olunsa da aralarındakı fərq statistiki baxımdan dürüst olmamışdır. Bu tədqiqatda, GT-Rotary və K3 qruplarına aid olan faylların digərləri ilə müqayisədə ən aşağı kəsmə effektivliyinə malik olduqları müşahidə edilmişdir [8].

ProTaper fayllarından başqa FlexMaster fayllarının ən yüksək səviyyədə kəsmə effektivliyinə malik olduğu qeyd edilmişdir. Bu alətlərin kəsmə effektivliyi alətin boyu artdıqca artır. FlexMaster və ProTaper fayllarının, K3 və GT-Rotary faylları ilə müqayisədə daha yüksək kəsmə effektivliyinə malik olmaları hər ikisinin en kəsiklərinin biri-birinə oxşar olmasına əsaslanan ortaq xüsusiyyətidir. Bu sistemlərin hər ikisində en kəsikləri üçbucaqşəkillidir, kəcisi kənarları itidir və kəsici səthləri qabarıqdır [8, 9, 10].

Dentinin kök kanalının divarından kənarlaşdırılması K3 fayllarının kənarlarının dentini effektiv şəkildə kəsə bilməməsi səbəbindən daha çətindir. Bu vəziyyətdə "kəsmə effekti" daha çox abraziv təsiri şəklində olur. GT-Rotary fayllarında olduğu kimi kəsici səthlərin profilinə qabarıqlığın əlavə edilməsi rotasiya zamanı meydana gələn kəsmə bucağını kiçildərək kəsmə effektivliyini azaldır. "Radial sahələri" olan faylların kanal divarının səthilə təması olduqca geniş olduğundan sürtünmə müqaviməti artır və bu da alətin qırılma təhlükəsini artırır [11].

İnstrumentasiya 250-300 dövr/dəq sürət intervalında aparılmalıdır

Diaqnostik rentgenoqrafiyanın əldə edilməsindən sonra kanal girəcəyi genişləndiricisi olan fayllar (10 #25 və ya 08 #25) kanalın əyriliyinə qədər icra edilən instrumentasiyada istifadə edilir. Sonra rentgenoloji ölçüləri nəzərə alaraq 6% konusluğa malik ancaq getdikcə kiçilən boylardakı 35, 30, 25 və 20 ölçülü alətlərlə işləmə uzunluğuna çatılır. Dar və əyilmiş kök kanalları üçün 4% konusluğa malik olan faylların kanalın əyilmiş hissəsində istifadə edilməsi tövsiyə edilir [11].

ProTaper alətləri çox müxtəlif şəkillərə malikdir; tək bir faylda müxtəlif (getdikcə artan) konusluqlar vardır. Koronal genişləndirmə üçün 3 ədəd formalaşdırıcı fayl və apikal nahiyyənin formalaşdırılması üçün də 3 ədəd yekunlaşdırıcı fayl mövcuddur.

Formalaşdırıcı faylların işçi hissələrinin uc diametrləri 0,17/0,19 mm ilə 0,20 mm arasında dəyişdiyi halda, yekunlaşdırıcı fayllar üçün bu göstəricilər 0,20/0,25/0,30 mm təşkil edir. Digər tipli alətlərin əksinə ProTaper fayllarında konusluğun tək bir fayllda 2% ilə 19% arasında dəyişilir. Formalaşdırıcı fayllarda əyilmə alətin ucuna doğru getdikcə aşağı düşdüyü halda, yekunlaşdırıcı fayllarda alətin ucuna doğru getdikcə yüksəlir [12].

3 nömrəli yekunlaşdırıcı fayla qədər bütün alətlərin en kəsiyi qabarıq kəsici kənarlara malik üçbucaq şəklindədir. F3 faylının çöküк səthləri olan modifikasiya olunmuş üçbucaqşəkilli en kəsiyi istisna olmaqla digərlərindən başqa fərqi yoxdur. Bütün alətlərin yuvarlaqlaşdırılmış, kəsici olmayan ucu vardır; işçi hissənin kəsici kənarları demək olar ki, ucu qədər uzanır. Dəyişən konusluqlarla əlaqədar olaraq, tangens bucaqları 20°-30° arasında dəyişilir. Buna baxmayaraq, bütün alətlərdə bucaq alətin ucundan işçi hissənin ən koronal nöqtəsinə doğru artır.

Kanalın instrumentasiyasına #1 formalaşdırıcı faylla başlanılır və bu faylla koronal hissə daha çox genişləndirilməsinə baxmayaraq, eyni zamanda, işləmə uzunluğuna da çatılmış olur. Bundan sonra, #2 formalaşdırıcı faylla (kanalın uzunluğunun elektron yolla ölçülməsinin nəzarəti altında) apeksə qədər instrumentasiya aparılır və işləmə uzunluğu rentgenoloji olaraq həssas şəkildə müəyyənləşdirilir. Beləliklə, 20 nömrəli yekunlaşdırıcı faylla kök kanalı boyunca instrumentasiyaya davam edilərək, kanal başdan-ayağa genişləndirilir və apikal istiqamətə doğru 25 və 30 nömrəli fayllar istifadə edilir [13].

Digər iki nitinol əsaslı alət tiplərinin əksinə, ProTaper alətlərin koronal hissədəki instrumentasiyanın ilk mərhələrində belə, 4-5 nömrəli (#110-130) Gates-Glidden frezlərinkinə bərabər genişləndirmə icra etmək kimi əhəmiyyətli üstünlükləri vardır. Beləliklə, icra ediləcək apikal instrumentasiya və kök kanalının quttaperça ilə kondensasiya üsulu ilə doldurulması da rahatlaşır [14].

Fayllar kök kanalının daxilinə apmlitudu 1 mm olan, cüzi, irəli-geri hərəkətlərlə daxil edilir; ilkin instrumentasiyası zamanı böyük miqdarda dentin toxuması kənarlaşdırıldığından fayllar tez-tez təmizlənməlidir. Kənarlaşdırılan dentin kütləsi alətin kəsici kənarlarının arasında toplanaraq faylın kanalın daxilində ilişib qalmasına səbəb ola bilər. Alətlər steril tənziflə təmizlənməli və kök kanalı da tez-tez NaOCl ilə yuyulmalıdır.

Ciddi şəkildə əyilmiş kanallarda F2 və F3 alətləri konusluğu daha az olanlarla müqayisədə nəzərəçarpacaq dərəcədə daha rahat qırıldığı üçün bu hallarda koronal instrumentasiyaya formalaşdırıcı faylları; apikal instrumentasiyaya ProFile 04 və ya FlexMaster 04-ü, hətta həddən artıq əyilmiş kanallarda isə Flexmaster 02-ni əlavə etmək lazım gəlir [15].

Kök kanalının səthinin Y-şəkilli kəsiyi və radial sahələri (ProFile, GT-Rotary) olan alətlərlə təmizlənməsi, üçbucaqşəkillli kəsikləri olan FlexMaster və ProTaper sistemləri ilə müqayisə edildikdə daha yaxşı nəticələr vermişdir. U-şəkilli kəsik, dentin yonqarlarını daha effektiv şəkildə uzaqlaşdırır və bundan başqa, alətləri daha yaxşı şəkildə kanalın mərkəzində tutaraq, əhəmiyyətli nahiyyə olan apikal hissədə kisəşəkilli genişlənmələr əmələ gətirmədən effektiv təmizliyi təmin edir [12, 15].

ƏDƏBİYYAT

1. Al-Sudani D., Al-Shahrani S. A comparison of the canal centering ability of ProFile, K3, and RaCe Nickel-titanium rotary systems // J Endod., 2006, v.32, p.1198
2. Alapati S.B., Brantley W.A., Nusstein J.M. et al. Vickers hardness investigation of work-hardening in used NiTi rotary instruments // J Endod., 2006, v. 32, p.1191
3. Albrecht L., Baumgartner J., Marshall J. Evaluation of apical debris removal using various sizes and tapers of ProFile GT files // J Endod., 2004, v.30, p.425
4. Basson N.J., Tait C.M. Effectiveness of three root canal medicaments to eliminate Actinomyces israelii from infected dentinal tubules in vitro // SADJ, 2012, v.56, p.499
5. Chugal N.M., Clive J.M., Spångberg L.S. A prognostic model for assessment of the outcome of endodontic treatment: effect of biologic and diagnostic variables // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.. 2012, v.91, p.342
6. Cunningham W.T., Martin H. A scanning electron microscope evaluation of root canal debridement with the endosonic ultrasonic synergistic system // Oral Surg Oral Med Oral Pathol., 2012, v.53, p.527
7. Dahlén G., Samuelsson W., Molander A., Reit C. Identification and antimicrobial susceptibility of enterococci isolated the root canal // Oral Microbiol Immunol., 2001, v.15, p.309
8. Dalton B.C., Orstavik D., Phillips C. et al. Bacterial reduction with nickel-titanium rotary instrumentation // J Endod., 2013, v.24, p.763
9. Daugherty D.W., Gound T.G., Comer T.L. Comparison of fracture rate, deformation rate, and efficiency between rotary endodontic instruments driven at 150 rpm and 350 rpm // J Endod.,2010, v.27, p.93
10. DeFiore P.M., Genov K.A., Komaroff E. et al. Nickeltitanium rotary instrument fracture: a clinical practice assessment // Int Endod J., 2006, v.39, p.700
11. Dental root-canal instruments—Part 1: Files, reamers, barbed broaches, rasps, paste carriers, explorers and cotton broaches, International Organization for Standardization. Geneva, 2012
12. Dietz D.B., Di Fiore P.M., Bahcall J.K., Lautenschlager E.P. Effect of rotational speed on the breakage of nickel-titanium rotary files //J Endod., 2000, v.26, p.68
13. Javaheri H.H., Javaheri G.H. A comparison of three Ni-Ti rotary instruments in apical transportation // J Endod., 2007, v.33, p.284
14. Jensen S.A., Walker T.L., Hutter J.W., Nicoll B.K. Comparison of the cleaning efficacy of passive sonic activation and passive ultrasonic activation after hand instrumentation in molar root canals // J Endod., 2009, v.25, p.735
15. Johnson E., Lloyd A., Kuttler S., Namerow K. Comparison between a novel nickel-titanium alloy and 508 Nitinol on the cyclic fatigue life of ProFile 25/.04 rotary instruments// J Endod., 2008, v.34, p.1406

Резюме

О способах работы каналов с помощью моторных системных файлов, обладающих инструментами NiTi

Р.И.Салимов, К.С.Алкишиев

Инструмент ProFile, будучи одним из NITI систем, оправдали себя в ежедневном использовании. Набор инструментов состоит из инструментов, которые формируют столб канала (файлы имеют длину 19 мм и конусность - 5-8%), ProFile 06 размером 15-40 и конусностью 6% и ProFile 04 размером 15-90 и конусностью 4%. Расширители столба канала используются для инструментации 1/3 коронального корневого канала. А инструмент ProFile 06 длиной 21-25 мм применяется для инструментации средней 1/3 части корневого канала. Инструментация апикальной части претворяется в жизнь файлами ProFile 04 длиной 21, 25 и 31 мм. При очищении поверхности корневого канала инструментами, обладающими Y-образным разрезом и радиальными областями (ProFile, GT-Rotary), по сравнению с системами FlexMaster и ProTaper с треугольными разрезами, были получены наиболее лучшие результаты. U-образный разрез наиболее эффективно отдаляет покрытия дентина и, помимо этого, обеспечивает эффективное очищение. При этом, инструменты

более рационально располагаются в центре канала, не образуя мешковидных расширений в такой важной области, как апикальная часть.

Summary

About how channels work using motor system files that have NiTi tools

R.I. Salimov, K.S. Alkishiyev

The ProFile tool, being one of the NITI systems, has proven itself in daily use. The toolbox consists of tools that form a channel pillar (files are 19 mm in length and taper 5–8%), ProFile 06 with a size of 15-40 and a taper of 6% and ProFile 04 with a size of 15–90 and a taper of 4%. Canal pillar extenders are used for instrumentation of 1/3 of the coronal root canal. A tool ProFile 06 length 21-25 mm is used for the instrumentation of the middle 1/3 of the root canal. The instrumentation of the apical part is implemented by ProFile 04 files of 21, 25 and 31 mm length. When cleaning the surface of the root canal with instruments that have a Y-shaped incision and radial areas (ProFile, GT-Rotary), compared with the systems FlexMaster and ProTaper with triangular cuts, the best results were obtained. The U-shaped incision removes the dentin coating most effectively and, in addition, provides effective cleansing. At the same time, instruments are more rationally located in the center of the canal, without forming bag-like extensions in such an important area as the apical part.

Daxil olub: 30.07.2018

PAPİLLOMA VİRUS İNFEKSİYASININ KLİNİK GEDİŞİNİN MÜXTƏLİF VARİANTLARI ZAMANI İNSANIN PAPİLLOMA VİRUSUNUN GENOTİPLƏRİNİN AŞKAR EDİLMƏSİ TEZLİYİ

R.İ.Səfərova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Onkoloji klinika, Bakı

Açar sözlər: insan papillomavirusu, uşaqlıq boynu xərçəngi, sosial faktorlar
Ключевые слова: вирус папилломы человека, рак шейки матки, социальные факторы
Keywords: human papilloma virus, cervical cancer, social factors

Papilloma virus infeksiyası (PVİ) cinsi yolla ötürülən ən geniş yayılmış infeksiya hesab edilir, onunla bütün dünyada reproduktiv yaşlı 233,9 milyona yaxın qadın infeksiyalaşmışdır. Həyatı boyunca bu virusla seksual fəal əhalinin 75%-ə qədəri yoluxur [1,2,3]. Yoluxma ilk cinsi aktdan sonra artıq 2-3 aydan sonra baş verə bilər. PVİ inkişaf etməkdə olan ölkələrdə daha geniş (42,4%) yayılmışdır, halbuki inkişaf etmiş ölkələrin payına 22,6% hadisə düşür [4,5,6]. İnsanın papilloma virusunun (İPV) rastgəlmə tezliyi və genotiplərin yayılması coğrafi regionlardan asılı olaraq fərqlənir.

Tədqiqatın məqsədi papilloma virus infeksiyasinin klinik gedişinin müxtəlif variantlari zamani insanin papilloma virusunun genotiplərinin aşkar edilməsi tezliyinin öyrənilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqat işində qarşıya qoyulan məqsədə nail olmaq üçün işlənib hazırlanmış klinik-laborator meyarların əsasında 2014-cü ildən 2018-ci ilə qədər müddətdə Azərbaycanın müxtəlif rayon və şəhərlərindən olan, uşaqlıq boynunun patoloji prosesləri və 2014-2018-ci illərdə respublikanın onkoloji müəssisələrində müayinə və müalicə olunan 18 yaşdan 44 yaşa qədər (orta yaş 32,4±1,4 il) 232 qadın müayinə edilmişdir. Bu qadınlar müayinə edilənlərin əsas qrupunu təşkil etmişdir. Nəzarət qrupunu respublikanın onkoloji müəssisələrinə yönəldilmiş və onlarda onkoloji və virus patologiyası aşkar edilməyən praktik sağlam 80 qadın təşkil etmişdir. İPV-ə görə müayinə bütün qadınlarda aparılmışdır. Bu zaman «AmpliSens VPÇ VKR genotip-EPh» test sistemlərindən istifadə edilmişdir. «AmpliSens VPÇ VKR genotip-EPh» reagentlər dəsti klinik materialda zəncirvari polmeraza reaksiyasının (ZPR) vasitəsilə yüksək kanserogen riskli (YKR) 16, 31, 33, 35; 18, 39, 45, 59 və 52, 56, 58, 66 tipli insanın papilloma virusunun (İPV) DNT-nin aşkar edilməsi və diferensiasiyası zamanı amplifikasiya məhsullarının aqarozlu geldə elektroforetik deteksiyası ilə birgə tətbiq edilir. Əldə olunan nəticələrin statistik işlənməsi Microsoft Excel 2007 kompüter proqramının köməyi ilə həyata keçirilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi. Müayinənin gedişində əsas qrupda olan 232 pasiyent 2 qrupa bölünmüşlər: 1-ci qrup- 48 qadın (20,7±2,6%) PVİ-nin manifest formaları (anogenital (zöhrəvi) ziyillər) olan; 2-ci qrup- 184 qadın (79,3±2,6%) PVİ-nin subklinik və latent formaları olan. 2-ci qrupdakı 76 (41,3±3,2%) pasiyentlər arasında subklinik və 108 (58,7±3,2%) pasiyentdə PVİ-nin latent forması qeyd olunmuşdur.

Yüksək onkogen riskə malik İPV ilə infeksiyalaşmış 232 pasiyentdən əldə olunmuş bioloji materialın laborator müayinə materiallarına əsasən müəyyən edilmişdir ki, İPV-nin ümumi strukturunda insanın papilloma virusunun 16-cı genotipi digər genotiplərlə müqayisədə dürüst çox 121 (52,2±3,3%) qadında, o cümlədən 1-ci qrupda 15 (31,3±5,7%) pasiyentdə və 2-ci qrupda 106 (57,6±3,6%) pasiyentdə aşkar edilmişdir. PVİ-nin manifest formaları olan 31 (64,6±6,9%) qadında da həmçinin dürüst tez-tez İPV-nin 31-ci kenotipi aşkar edilmişdir. 33-cü genotip – 19 (39,6±7,1%) pasiyentdə, 45-ci genotip – 23 (47,9±7,2%) pasiyentdə qeydə alınmışdır. PVİ-nin subklinik və latent formalarında İPV-nin 16-cı genotipi üstünlük təşkil etmişdir (13,6±2,6%; 5,9%, 2,7%) (p<0,001) (cədvəl 1).

Cədvəl 1

Müayinə edilən pasiyentlərdə yüksək onkogen riskə malik İPV-nin müxtəlif genotiplərinin aşkar edilməsi tezliyi

İPV-nin genotipi	Cəmi (n=232)		1-ci qrup (n=48)		2-ci qrup (n=184)	
	müt	%	müt.	%	müt.	%
16	121	52,2±3,3*	15	31,3±5,7*	106	57,6±3,6*
18	32	13,8±2,3	10	20,8±5,9	22	11,9±2,4
31	56	24,1±2,8	31	64,6±6,9*	25	13,6±2,6
33	30	12,9±2,3	19	39,6±7,1	11	5,9
35	18	7,8	6	12,5±4,8*	12	6,5
39	27	11,6±2,1	18	37,5±7,0	9	4,8
45	28	12,1±2,1	23	47,9±7,2	5	2,7
51	31	13,4±2,3	25	52,1±7,1*	7	3,8
52	39	16,8±2,5	28	58,3±7,1	11	5,9
56	34	14,7±2,3	26	54,1±7,2	8	4,3
58	19	8,2	9	18,7±6,7	10	5,4
59	15	6,5	8	16,7±5,4	7	3,8

Qeyd : - p*<0,05.

1-ci qrupda olan pasiyentlərdə 2-ci qrupdakı pasiyentlərə nisbətən PVİ-nin subklinik və latent formaları olan qadınlarla müqayisədə (3,8%; 5,9%, 4,3%) 51-ci genotiplə infeksiyalaşma- 25 (52,1±7,1%) pasiyentdə 52-ci genotiplə-28 (58,3±7,1%) pasiyentdə, 56-cı genotiplə infeksiyalaşma- 26 (54,1±7,2%) pasiyentdə dürüst çox aşkar edilmişdir (p<0,001). 1-ci qrupdakı pasiyentlərdə 2-ci qrupdakı pasiyentlərə nisbətən yüksək onkogen riskə malik İPV-nin 2 və daha çox genotipləri ilə infeksiyalaşma müvafiq olaraq 34 (70,8±6,5%) və 52 (28,3±3,2%) pasiyentdə aşkar edilmişdir. 2-ci qrupdakı pasiyentlərdə əksinə, yüksək onkogen riskə malik İPV-nin 1-ci genotipi ilə infeksiyalaşma dürüst çox qeydə alınmışdır (132; 74,7±3,2%) (p<0,001) (cədvəl 2).

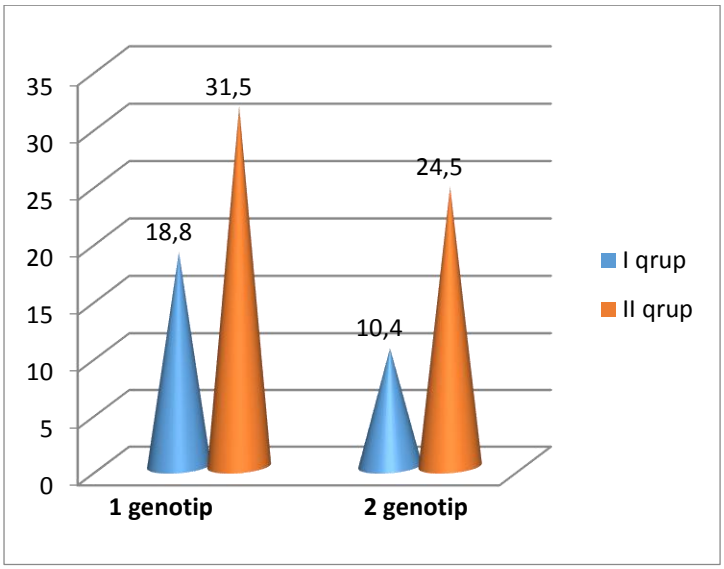
Cədvəl 2

1-ci və 2-ci qrupda PVİ olan pasiyentlərdə yüksək onkogen riskə malik mono- və mikst-infeksiya

Yüksək onkogen riskə malik İPV	1-ci qrup (n=48)		2-ci qrup (n=184)		p
	müt.	%	müt	%	
İPV-nin 1-ci genotipi (n=146)	14	29,2±6,5	132	74,7±3,2*	<0,001
İPV-nin 2 və daha çox genotipləri (n=86)	34	70,8±6,5*	52	28,3±3,2	<0,001
r		<0,001*		0,005*	

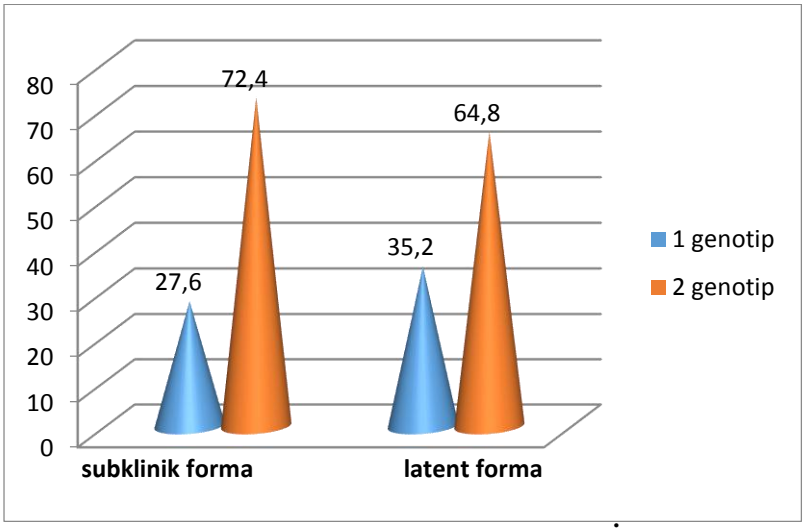
Qeyd: -*p - < 0,05.

1-ci genotip ilə infeksiyalaşma zamanı 2-ci qrupda olan pasiyentlərdə İPV-nin 16-cı genotipi 1,7 dəfə çox rast gəlmişdir, nəinki 1-ci qrupda olan pasiyentlərdə (müvafiq olaraq 9 (18,8±5,7%) və 52 (31,5±5,7%)) və demək olar ki, eyni dərəcədə tez-tez 2 və daha çox genotiplər ilə infeksiyalaşmışlar (müvafiq olaraq 5 (10,4±3,1%) və 45 (24,5±3,1%) (şək. 1.).



Şək. 1 1-ci və 2-ci qruplarda olan pasiyentlərdə yüksək onkogen riskə malik İPV-nin aşkar edilməsi

PVİ-nin monoinfeksiyası zamanı İPV 16-cı genotipi PVİ-nin subklinik forması olan pasiyentlərlə 21 (27,6±5,1%) müqayisədə -nin latent forması olan pasiyentlərdə (38; 35,2±4,6%) tez-tez aşkar edilmiş, manifestləşmə zamanı isə eyni tezliklə (müvafiq olaraq 55; 72,4±4,4% və 70; 64,8±4,5%) rast gəlmişdir (şək.2).



Şək. 2. 2-ci qrupdakı pasiyentlərdə yüksək onkogen riskə malik İPV-nin aşkar edilməsi

Cədvəl 2
1-ci və 2-ci qrupda olan pasiyentlərdə yüksək onkogen riskə malik İPV-nin 2 və daha çox genotiplərinin aşkar edilməsi tezliyi

Yüksək onkogen riskə malik İPV	1-ci qrup (n=48)		2-ci qrup (n=184)	
	müt.	%	müt.	%
2 genotip	16	33,3 ±8,1*	19	10,3 ±4,3*
3 genotip	11	22,9 ±7,2	12	6,5
4 genotip	4	8,3	10	5,4
5 genotip	2	4,2	9	4,9
6 genotip	1	2,1	2	1,1

Qeyd: - *p - < 0,05.

1-ci qrupda İPV-nin mikst infeksiyası 34 pasiyentdə, 2-ci qrupda 52 pasiyentdə aşkar edilmişdir. Hər iki qrupda İPV-nin mikst infeksiyası zamanı yüksək onkogen riskə malik İPV ilə infeksiyalaşma üstünlük təşkil etmişdir: 1-ci qrupda 16 (33,3 ±8,1%) pasiyentdə və 2-ci qrupda 19 (10,3±4,3%) pasiyentdə. Nadir hallarda

İPV-nin 3 genotipi identifikasiya olunmuşdur. 1-ci qrupda 11 (22,9%) pasiyentdə və 2-ci qrupda 2 (6,5%) pasiyentdə 4 genotip – müvafiq olaraq 9 (8,3%) və 10 (5,4%) pasiyentdə, 5 genotip – müvafiq olaraq 2 (4,2%) və 9 (4,9%) pasiyentdə, 6 genotip – müvafiq olaraq 1 (2,1%) və 2 (1,1%) pasiyentdə aşkar edilmişdir (cədvəl 2).

Sitoloji müayinənin müxtəlif məlumatları zamanı yüksək onkogen riskə malik İPV-nin aşkar edilməsi tezliyinin öyrənilməsi müəyyən maraq kəsb edir. Belə ki, İPV-nin 16-cı genotipi normal sitoloji məlumatlar zamanı dürüst fərqlərə malik olmamış- 14 (25,1±3,9%) və L-SIL- 89 (64,0±4,4%) onkoloji patologiya zamanı artmışdır (H-SIL zamanı 18-dən (47,3±4,5%) Cancer zamanı 32-ə qədər (68,1±4,2%)). L-SIL zamanı təkcə İPV-nin 16-cı genotipi deyil, həmçinin İPV-nin 31 (44 (31,7±6,2%)) və 52-ci (27 (19,4±6,4%)) genotipləri dürüst tez-tez aşkar edilmişdir. H-SIL zamanı İPV-nin 39; 56 və 52-ci genotipləri eyni sayda qalmışdır – 2 (5,2%) və İPV-nin 33-cü genotipinin sayı artmışdır. Dinamikada uşaqlıq boynunun xərçəngi aşkar edilmiş pasiyentlər üzərində müşahidə zamanı (n=47), İPV-nin 16-cı genotipi 32 (68,1±4,2%) xəstədə, İPV-nin 31 və 33-cü genotipləri isə 7 (14,9±4,8%) və 8 (17,0±6,8%) xəstədə aşkar edilmişdir. Xəstəliyin klinik gedişinin xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi zamanı müəyyən edilmişdir ki, PVİ olan pasiyentlərdə persistensiya edən infeksiya (170; 73,3±2,9%) tranzitor infeksiya (62; 26,7±2,9%) ilə müqayisədə (p=0,003) üstünlük təşkil etmişdir ki, bu da 1-ci qrupda olan pasiyentlərdə müvafiq olaraq (26; 54,2±7,2%) və (22; 45,8±7,2%), p<0,001), 2-ci qrupda olan pasiyentlərdə - 144 (78,3 ±3,1%) və 40 (21,7±3,1%) təşkil etmişdir (p<0,001). Yüksək onkogen riskə malik İPV-nin 1 genotipi ilə infeksiyalaşma tranzitor PVİ zamanı persistensiya edən infeksiyaya nisbətən tez-tez aşkar edilmişdir (müvafiq olaraq 36 (58,1±4,9%) və 63 (37,0±4,9%)) (p=0,004) və çox vaxt yüksək onkogen riskə malik İPV-nin 2 və daha çox genotipləri tərəfindən baş vermişdir (26; 41,9±4,3%) (p=0,012). Yüksək onkogen riskə malik İPV-nin 2 və daha çox genotipləri tranzitor PVİ (26; 41,9±4,3%) ilə müqayisədə persistensiya edən infeksiya zamanı, əksinə, tez-tez (107; 63,0±4,3%) aşkar edilmiş (p=0,001) və İPV-nin 1 genotipi ilə infeksiyalaşmadan daha çox (63; 37,0±4,9%) qeydə alınmışdır (p<0,001).

Tranzitor yüksək onkogen riskə malik PVİ zamanı İPV-nin 1 genotipi ilə infeksiyalaşma persistensiya edən infeksiyaya nisbətən daha çox aşkar edilmişdir: 1-ci qrupda 14 (30,2±6,7%) və 2-ci qrupda 31 (16,8±2,8%) pasiyentdə (p=0,910). Persisensiya edən infeksiya zamanı, əksinə, yüksək onkogen riskə malik İPV-nin 2 və daha çox genotipləri 1-ci qrupda 21 pasiyentdə (42,7±7,1%), 2-ci qrupda (33,7±3,4%) 62 pasiyentdə (p=0,027) aşkar edilmişdir.

Yüksək onkogen riskə malik İPV-nin eliminasiyası 6 aydan sonra 19 (30,6±5,9%) pasientdə, 6 aydan 12 aya qədər -13 (22,9±5,3%), 12 aydan yuxarı- 30 (46,5±6,3%) pasiyentdə aşkar edilmişdir. Monoinfeksiya zamanı yüksək onkogen riskə malik İPV-nin eliminasiyası 6 aydan sonra- 16 (35,5±6,1%) pasiyentdə, 6 aydan 12 aya qədər- 8 (17,8±4,9%), 12 aydan yuxarı- 21 (46,7±6,3%) pasiyentdə aşkar edilmişdir. Mikstinfeksiya zamanı yüksək onkogen riskə malik İPV-nin eliminasiyası 6 aydan sonra- 3 (17,7±4,9%) pasiyentdə, 6 aydan 12 aya qədər- 5 (29,4±5,8%), 12 aydan yuxarı- 9 (52,9±6,3%) pasiyentdə aşkar edilmişdir. 1-ci qrupda olan pasiyentlərdə yüksək onkogen riskə malik İPV-nin eliminasiyası 6 aydan sonra- 22 (35,6±6,1%) pasiyentdə, 6 aydan 12 aya qədər- 6 (27,3±5,7%), 12 aydan yuxarı- 13 (59,1±6,3%) pasiyentdə aşkar edilmişdir. 2-ci qrupda olan pasiyentlərdə yüksək onkogen riskə malik İPV-nin eliminasiyası 6 aydan sonra - 13 (32,5±6,1%) pasiyentdə, 12 aydan yuxarı- 17 (67,5±5,7%) pasiyentdə aşkar edilmişdir. Latent formada 2-ci qrupda olan pasiyentlərdə yüksək onkogen riskə malik İPV-nin eliminasiyası 6 aydan sonra - 16 (50,0±6,1%) pasiyentdə, 12 aydan yuxarı- 16 (50,0±6,3%) pasiyentdə aşkar edilmişdir. Subklinik formada 6 aydan sonra- 5 (62,5±6,1%) pasiyentdə, 12 aydan yuxarı - 3 (37,5±6,3%) pasiyentdə aşkar edilmişdir. 1-ci qrupda olan pasiyentlərdə yüksək onkogen riskə malik İPV-nin 1 genotipi ilə eliminasiyası 6 aydan sonra- 2 (14,3±4,5%) pasiyentdə, 6 aydan 12 aya qədər- 5 (35,7±6,1%), 12 aydan yuxarı- 7 (50,0±6,3%) pasiyentdə aşkar edilmişdir. 2-ci qrupda olan pasiyentlərdə yüksək onkogen riskə malik İPV-nin eliminasiyası 6 aydan sonra- 17 (54,8±6,3%) pasiyentdə, 12 aydan yuxarı 14 (45,2±6,3%) pasiyentdə aşkar edilmişdir.

Beləliklə, yüksək onkogen riskə malik İPV-nin strukturunda 16-cı genotipi (52,2±3,3%) üstünlük təşkil etmişdir, o infeksiyanın persistensiya edən gedişi zamanı da 1,7 dəfə çox aşkar edilmişdir- 170 (73,3±2,9%) tranzitor gedişi ilə müqayisədə- 62 (26,7±2,9%) və onkoloji patologiya zamanı üstünlük təşkil etmişdir (68,1±4,2%; p<0,001). Manifest əlamətlərlə (anogenital ziyillərlə) təzahür edən PVİ-nin klinik formaları İPV-nin 2 və daha çox genotipləri ilə dürüst çox (70,8±6,5%) assosiasiya etmişdir. Bu pasiyentlərdə PVİ-nin subklinik və latent formaları ilə müqayisədə çox vaxt İPV-nin 31-ci genotipi- 31 (64,6±6,9%) pasiyentdə, 33-cü genotipi- 19 (39,6±7,1%) pasiyentdə, 45 genotipi- 23 (47,9±7,2%) pasiyentdə aşkar edilmişdir. Monoinfeksiyalaşma zamanı İPV-nin 16-cı genotipi PVİ-nin subklinik formaları (21; 27,6±5,1%) ilə müqayisədə PVİ-nin latent forması olan pasiyentlərdə tez-tez (38; 35,2±4,6%) aşkar edilmiş və bu, çox

vaxt mikstinfeksiyaşma zamanı (müvafiq olaraq 70; 64,8±4,5% və 55; 72,4±4,4%) qeydə alınmışdır. Bu zaman yüksək onkogen riskə malik İPV-nin 1 genotipi (58,1±4,9%), PVİ-nin tranzitor gedişi və PVİ-nin persistensiya edən formasında (63,0±4,3%) İPV-nin 2 və daha çox genotipləri ilə infeksiyalaşmanın üstünlük təşkil etməsi aşkar edilmişdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Алиев Д.А., Марданлы Ф.А. и др. Эпидемиологические аспекты злокачественных новообразований в Азербайджанской Республике за 2008-2013 г.// Azərbaycan Onkologiya J. 2014, №2 с.32-38.
2. Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2012 г. // Под ред. М.И. Давыдова, Е.М. Аксель. М.: РОНЦ, 2014. –226 с.
3. Волков В.Г., Захарова Т.В. Роль вируса папилломы человека в возникновение рака шейки матки // Вестник новых медицинских технологий, 2009, №2, с.85-88
4. Ault K.A. Epidemiology and natural history of human papillomavirus infections in the female genital tract // Infect. Dis. Obstet. Gynecol. 2006. Vol. 2006 (Suppl). P. 404-470
5. Chelimo C., Wouldes T. A., Cameron L. D., Elwood M. J. Risk factors for and prevention of human papillomaviruses (HPV), genital warts and cervical cancer // J. Infect., 2013, 66(3), p. 207-217
6. Datta S.D., Koutsky L. A., Ratelle S. Human papillomavirus infection and cervical cytology in women screened for cervical cancer in the United States, 2003-2005 // Ann. Intern. Med., 2008, Vol. 148, p.493–500.

Резюме

Частота выявления генотипов вируса папилломы человека при различных вариантах клинического течения папиллома вирусной инфекции

Р.И.Сафарова

Установлено, что преобладающим в структуре вируса папилломы человека (ВПЧ) высокого онкогенного риска являлся ВПЧ 16 генотипа (52,2±3,3%), который в 1,7 раза чаще выявлялся при персистирующем течении инфекции- 170 (73,3±2,9%) по сравнению с транзиторным течением- 62 (26,7±2,9%) и доминировал при онкологической патологии (68,1±4,2%; p<0,001). Клинические формы папилломавирусной инфекции с манифестными проявлениями (аногенитальные бородавки) достоверно чаще ассоциировались с инфицированием двумя и более генотипами ВПЧ (70,8±6,5%). У пациенток с латентной формой ПВИ ВПЧ 16 генотипа при моноинфицировании выявляли чаще (38; 35,2±4,6%), чем у пациенток с субклинической формой ПВИ 21 (27,6±5,1%) и часто при микстинфицировании (55; 72,4±4,4% и 70; 64,8±4,5% соответственно). При этом выявлено преобладание инфицирования одним генотипом ВПЧ высокого онкогенного риска (58,1±4,9%) при транзиторном течении ПВИ и двух и более генотипов ВПЧ – при персистирующей ПВИ (63,0±4,3%).

Summary

Frequency of detection of genotypes of the human papilloma virus with different variants of the clinical course of vapric infection papilloma

R.I.Safarova

It was established that the predominant in the structure of the human papillomavirus (HPV) of high oncogenic risk was HPV 16 of the genotype (52.2 ± 3.3%), which was 1.7 times more frequently detected during the persistent course of infection - 170 (73.3 ± 2,9%) compared with the transitory course - 62 (26.7 ± 2.9%) and dominated in cancer pathology (68.1±4.2%; p <0.001). Clinical forms of human papillomavirus infection with manifest manifestations (anogenital warts) were significantly more often associated with infection with two or more HPV genotypes (70.8±6.5%). In patients with a latent form of PVI HPV 16, the genotype with monoinfection was detected more often (38; 35.2±4.6%) than in patients with subclinical form of PVI 21 (27.6±5.1%) and often with mixed infection (55; 72.4±4.4% and 70; 64.8±4.5%, respectively). At the same time, the prevalence of infection with one HPV genotype of high oncogenic risk (58.1 ± 4.9%) was found in the transient course of PVI and two or more genotypes of HPV- in case of persistent PVI (63.0 ± 4.3%).

Daxil olub: 14.08 2018

ENSİZYARPAQ İYDƏNİN (*ELAEAQNUS ANGUSTIFOLIA L.*) ÇİÇƏK VƏ YARPAQLARININ EKSTRAKTI ƏSASINDA İLTİHAB ƏLEYHİNƏ GELİN TƏRKİBİNİN, ALINMA TEXNOLOGİYASININ VƏ KEYFİYYƏT NORMALARININ İŞLƏNİB HAZIRLANMASI

S.C. Mehralıyeva, Z.K. Kərimova, T.Ə.Əmirəliyeva, A.R. Azadova, A.F.Quliyeva
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: ensizyarpaq iydə çiçəkləri və yarpağı, propilenqlikollu ekstrakt, sulu-spirtli ekstrakt, metilsellüloza, iltihabəleyhinə gel, keyfiyyət normaları
Ключевые слова: цветы и листья лоха, экстракт пропиленгликоля, водно-спиртовый экстракт, метилцеллюлоза, противовоспалительный гель, норм качества
Key words: flowers and leaves of oleaster, extract of propylene glycol, water-alcohol extract, methylcellulose, anti-inflammatory gel, quality standards

Əczaçılıq texnologiyasının mühüm məsələlərindən biri də effektiv təsirli geləmələgətiricilər əsasında iltihab əleyhinə və təmizləyici xüsusiyyətə malik müxtəlif kosmetik və dərman preparatlarının hazırlanmasıdır.

Sellülozanın efirləri (metilsellüloza, etilsellüloza, karboksimetilsellüloza), hialuron turşusu, xitozan, aqar-aqar, natrium alginat və digərləri geləmələgətirici kimi geniş istifadə olunur. Bunlardan metilsellüloza bir çox xüsusiyyətlərinə (işığa, kimyəvi reagentlərə və temperatura qarşı yüksək davamlılığa malik olması) görə digər geləmələgətiricilərdən fərqlənir. Üstün xüsusiyyətlərinə görə metilsellülozanın əsasında müxtəlif dərman və kosmetik vasitələrin hazırlanması həyata keçirilmişdir.

Müalicəvi kosmetologiyada dərinin bəzi problemlərinin həllində bir çox dərman vasitələri ilə yanaşı gellərdən də istifadə olunur ki, bunlar da sintetik və təbii məhsulların (geləbənzər komponentlər, su, yağlar, bitki ekstraktları, vitaminlər, rəngləyicilər, aromatlaşdırıcılar və digər əlavələr) geləbənzər konsistensiyasının qarışığından ibarətdir.

Kosmetik gellərin standartda göstərilən tələblərə müvafiq reseptura, texniki tələblər, texnoloji reqlament üzrə hazırlanması həyata keçirilir. İstehsalatda sanitar norma və qaydalara əməl edilməsi kosmetoloji vasitənin keyfiyyətli istehsalı üçün olduqca zəruridir [4].

Araşdırılan tədqiqat işinin məqsədi iltihabi proseslərin aradan qaldırılmasında yeni tərkibli müalicəvi-kosmetoloji gelin alınma texnolologiyasını işləyib hazırlamaqdan ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqat obyekti kimi ensizyarpaq iydənin *(Elaeagnus angustifolia L., fəsiləsi- iydə-Elaeagnaceae)* təzə dərilmiş çiçək və yarpaqları, metilsellüloza, propilenqlikol, salisil turşusu, çay ağacının efirli yağı, qliserin, nipagin, etil spirti, təmizlənmiş su istifadə edilmişdir. İltihab əleyhinə və təmizləyici xüsusiyyətə malik gelin tərkibinin seçilməsinin elmi əsaslandırılması.

Ensizyarpaq iydə çiçəyinin tərkibində efir yağları vardır ki, bunun da əsasını etil-sinnamat (60,0%), heksahidrofarnezil aseton (9,99%), palmitin turşusu (5,20%), fitol (3,29%) təşkil edir. Bəzi ədəbiyyat məlumatlarına görə 0,3%-ə yaxın efir yağının əsas hissəsini nerol yağı təşkil edir. Çiçəklərdə həmçinin flavonoid tərkibinin öyrənilməsi zamanı eleaqnozid və kemferol olduğu müəyyən edilmişdir. Bitkinin çiçəkləri Cu, Zn, Cr ilə zəngindir [3, 9].

İydənin yarpaqlarının efir yağının əsasını etil-sinnamat (37,27%), fitol (12,08%), Z-3-heksenil-benzoat (7,65%), həmçinin flavonol qlikozidi eleaqnozid A-G, rutin, kversetin, izoramnetin, kempferol, qəhvə, xlorogen, kumar, askorbin turşusu, katexinlər, karotinoidlər, polisaxaridlər və s. təşkil edir. Bitkinin bütün hissələri antioksidant xüsusiyyətə malikdir. Çiçəklərinin cövhəri 1:10 nisbətində kardiostimulyasiyaedici vasitə kimi 10-20 damcı olmaqla qəbul edilir. İydənin çiçəkləri əsasında hazırlanmış krem yarasağaldıcı, iltihabəleyhinə xüsusiyyətlərə malikdir. İydənin 19% ekstraktından ibarət gel stomatitlərin müalicəsində uğurla istifadə olunur. Toxumlarından alınan yağ əsasında iltihabəleyhinə xüsusiyyətə malik yumşaq dərman formaları hazırlanmışdır. Bitkinin yarpaqlarından alınan ekstrakt revmatizm və podaqrada, həmçinin dəri səthindən irinin təmizlənməsində, yaranın sağalmasında istifadə olunur [6,7,8].

Tərkibinin bioloji fəal maddələrlə zənginliyi hesabına iydənin çiçək və yarpaqları büzüşdürücü, bürüyücü, sidikqovucu, antibakterial, öskürəkkəsici, sakitləşdirici, antihelmint təsirlərə malikdir. Xalq təbabətində əsasən qrip, bronxit, hipertoniya, sinqa, ürək xəstəlikləri mədə-bağırsaq traktı xəstəlikləri, revmatizm, podaqra, rdikulit, yuxusuzluq, yaddaşın zəifləməsi, ağız boşluğunun iltihabında, irinli yaralarda tətbiq edilir [6, 10]

Metilsellüloza və ya E461 (sellülozanın metil efiri)-modifikasiya olunmuş sellüloza qida əlavəsi, qatılaşdırıcı, stabilizator, gel əmələgətirici, örtük əmələgətirici, tamamlayıcı, daşıyıcı kimi istifadə olunur. Kimyəvi strukturuna görə sintetik polimer olub, təbii sellüloza ilə metanolun sadə efiridir. Sənayedə

metilləşmə yüksək təzyiq altında qələvinin iştirakı ilə alfa- sellülozanın diazometan və ya xlormetandakı məhlulu ilə ardıcıllıqla təmizləmək və qurutmaqla həyata keçirilir. MS [C6H7O2(OH)x(OCH3)y]n - ağ rəngli və ya bozumtul ləkəli xırda qranullar və ya lifli poroşok şəklindədir, iysizdir, hətta soyuq suda həll olur (50°C-yə qədər). Elə bu xüsusiyyətinə görə də istehsalatın müxtəlif sahələrində istifadə olunur. E461 qida məhsullarının qatılaşdırıcılar kateqoriyasına aid edilir (ГОСТ 33310-2015). Həmçinin metilsellüloza turşularda, qliserində, efirdə yaxşı həll olur; mineral yağlarda həll olmur. Dadı neytral, sıxlığı 1,290-1,310 qr/sm³. Qaynar suda gel əmələ gətirir. 220-270°C temperaturda parçalanmaqla əriyir; sulu məhlulu pH2-12 stabildir; işığa, temperatura və kimyəvi reagentlərə qarşı dayanıqlıdır. MS- qida məhsullarının hazırlanmasında (ketçup, sous, südlü desertlər (uşaq qidaları istisnadır), aşağı kalorili dondurmalar (teksturanı yaxşılaşdırır), ət və kolbasa məmulatlarında) stabilizator kimi istifadə edilir, sulu-yağlı emulsiyaları şəffaflaşdırır, məhsulların çıxımını artırır. Sellülozanın metil efiri əczaçılıq sənayesində geniş istifadə olunur. Qatılaşdırıcı E461 əsas kimi yağ-su tipli emulsiyanın yağsızlaşdırılmış tərkibini qoruyur, yanıqların müalicəsində və yaraların işlənilməsində təyin edilir. Sellülozanın metil efiri göz damcılarında vacib komponentlərdən hesab edilir (o cümlədən qlaukomanın müalicəsi üçün). E 461 əlavəsi köməkçi vasitə kimi xəstə orqanizmdə dərmanın uzunmüddətli təsirini təmin edir, allergik reaksiyaların, qıcıqlanmaların, digər əlavə effektlərin qarşısını alır, dərmanın buynuz təbəqəsindən keçmək qabiliyyətini sürətləndirir. Digər bir tərəfdən isə metilsellüloza əsasında hazırlanan preparatlar bağırsaq perestaltikasını yaxşılaşdırır, 5qr-dan artıq qəbul edilməsi işlədici effekt göstərir. Rusiyada qəbzliyin müalicəsində onu digər preparatlarla birlikdə, ABŞ və Böyük Britaniyada isə sərbəst dərman kimi qəbul edilməsinə icazə verilmişdir. Nəhayət kosmetologiya sənayesində isə sellülozanın metil efiri dəriyə qulluq üçün istifadə olunan yağsız kremlərə, diş pastalarına, maskalara, saç üçün muslara qatılaşdırıcı, emulqator kimi daxil edilir. Metilsellüloza geli 4-6% konsentrasiyada istifadə olunmaqla dəri səthində örtük əmələ gətirir. Qoruyucu məlhəmlərin hazırlanmasında, o cümlədən sink oksid, ixtiol, salisil turşusu və s. kimi məlhəmlərin texnologiyasında istifadə olunur [1,2,4].

Propilenqlikol (propandiol-1,2)- para-hidroksibenzoy turşusunun metil efiri qeyri-ionogen oksigensaxlayan yüksəkmolekullu birləşmədir. Krem, losyon, diş pastalarının resepturasında dəriyə olan adgezivliyi yüksəldir, dəriyə hamarlılıq xüsusiyyəti verir.

Salisil turşusu- (lat. *salix* "söyüd" deməkdir. İlk dəfə söyüdün qabığından ayrılıb) 2-hidroksibenzoy və ya fenol turşusu $C_6H_4(OH)COOH$; rəngsiz kristallar olub, etanolda, dietil efirində və digər polyar üzvi həlledicilərdə yaxşı, suda pis həll olur, gellərin tərkibinə zəif antiseptik, qıcıqlandırıcı və keratolitik (yüksək konsentrasiyada) xüsusiyyətə malik olduğu üçün daxil edilir. Xaricə dəri xəstəliklərinin müalicəsində pastaların, prisipkaların, məhlulların hazırlanmasında tətbiq olunur

Çay ağacının efirli yağı- təbii antiseptikdir, göbələk əleyhinə və sağaldıcı təsir i vardır.Yağ güclü dezodorasiyaedicidir, bakterisid və dezinfeksiyaedici xüsusiyyətlərə və virusəleyhinə aktivliyə malikdir.

Qliserin(propaltriol-1,2,3)-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.

Nipagin (metilparaben, metil-4-hidroksibenzoat*)*- ağ rəngli, fenol iyli suda asan həll olan ortokristallik poroşok olub, hidroksibenzoy turşusunun metil efiridir. Əsasən antiseptik və konservant vasitə kimi işlədilir. Qram- müsbət bakteriyaların (stafilokokk, streptokokk, aktinomiset) həyat fəaliyyətini dayandırır. Maksimal dozası 0,2-0,5% təşkil edir. Sulu fazaya daxil edilir [1,2,4].

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi. Yüksək farmakoloji xüsusiyyətlərə malik olan iydə çiçəkləri və yarpaqlarından alınan ekstrakt əsasında laboratoriya şəraitində müalicəvi- kosmetoloji vasitəni işləyib hazırlamaq üçün geləmələgətirici kimi metilsellülozadan istifadə olunmuşdur. İltihabəleyhinə və təmizləyici xüsusiyyətə malik gelin tərkibinə daxil olan komponentlərin miqdarı cədvəl 1-də verilmişdir.

Cədvəl 1

Müalicəvi-kosmetoloji gelin reseptur tərkibi

Komponentlər	*Miqdar, qr*
İydə çiçəklərinin propilenqlikollu ekstraktı	4,0-5,0
İydə çiçəklərinin və yarpaqlarının sulu-spirtli ekstraktı	3,0-4,0
Metilsellüloza	4,0-6,0
Salisil turşusu	0,3-0,5
Çay ağacının efirli yağı	0,05-0,2
Qliserin	20,0-30,0
Nipagin	0,1-0,2
Təmizlənmiş su	Qalanı

İydə çiçəklərinin propilenqlikollu ekstraktının hazırlanması. Təzə dərilmiş çiçəklər xırdalandı, 10qr çəkilib kolbaya yerləşdirilib üzərinə 30 ml propilenqlikol əlavə edildi (1:3). Ağzı kib bağlanıldı, mütəmadi qarışdırmaqla 24 saat müddətində maserasiya olundu, alınan çıxarış propilenqlikolla isladılmış tənzifdən təmiz kolbaya süzüldü. Bu əməliyyat daha bir dəfə də təkrar olundu. Çıxarışlar birləşdirildi, üzərinə ağ gil (0,5qr) əlavə edilib qarışdırıldı. Su hamamı üzərində qızdırıldı, sonra çıxarış 8℃ temperaturda 3 gün saxlanıldı. Bu müddət başa çatandan sonra kağız filtrdən təmiz kolbaya süzülür. Şəffaf filtrat sarı rəngli olub, spesifik iydə çiçəyi iylidir.



Şək. 1. İydə çiçəyi və yarpaqlarının sulu-spirtli ekstraktının hazırlanması

İydə çiçəyi və yarpaqları ayrı-ayrılıqda xırdalandı, hər birindən 5 qr olmaqla çəkildi və təmiz kolbaya yerləşdirildi. Üzərinə 70%-li sulu-spirtli məhluldan 70 ml əlavə edilib kolbanın ağzı kip bağlandı. Mütəmadi qarışdırmaqla maserasiya olundu. Ekstraksiya müddəti (24 saat) başa çatandan sonra maserasiya olunmuş xammal, sulu-spirtli məhlulla isladılmış tənzifdən təmiz kolbaya süzüldü. Tənzif bitki qalığı ilə birlikdə sıxıldı. İşlənilmiş bitki qalığı 20ml su-spirt qarışığı ilə isladıldı, 4saat keçdikdən sonra əməliyyatlar yuxarıdakı qayda üzrə təkrar olundu. Alınan çıxarış əvvəlki çıxarışla birləşdirildi, 3gün ərzində 8°C temperaturda saxlanıldıqdan sonra ballast maddələrdən azad olmaq üçün kağız filtrdən təmiz kolbaya süzüldü. Şəffaf filtrat qəhvəyi rəngli olub, spesifik ot iylidir.



Şək.2. Metilsellüloza gelinin hazırlanması

6,0 qr metilsellüloza elektron tərəzidə çəkilib üzərinə 33,5 ml ml qaynar su (80-90°C) əlavə edilib qarışdırılır, otaq temperaturuna qədər soyudulur. Sonra suyun qalan hissəsi (33,5ml) əlavə edilib, 10-12 saat soyuducuda saxlanılır və şüşə filtrdən (№ 2) süzülür.



Alınan metilsellüloza geli üzərinə 20ml qliserin əlavə edilib qarışdırılır. Bundan sonra gel əsasına əvvəlcə iydə çiçəklərinin propilenqlikollu ekstraktından -4ml, sonra isə iydə çiçəyi və yarpaqlarının sulu-spirtli ekstraktından-3ml olmaqla əlavə edilib eynicinsli gel kütləsi alınana kimi homogenləşdirildi. Növbəti

mərhələdə gel kütləsinə ardıcıllıqla digər inqrediyentlər əlavə edilib qarışdırıldı: salisil turşusu- 0,5 qr , nipagin- 0,1qr, çay ağacının efirli yağı- 0,2qr.

Müalicəvi-kosmetoloji gelin hazırlanmasının texnoloji prosesinin mərhələləri:

TP-1. Avadanlıqların hazırlanması

TP-2. Xammalların hazırlanması:xammalların çəkilməsi, məhlulların ölçülməsi

TP-2.1. İydə çiçəyinin propilenqlikollu ekstraktının hazırlanması

TP-2.2.İydə çiçəyi və yarpaqlarının sulu-spirtli-propilenqlikollu ekstraktının hazırlanması

TP-3. Gel əsasının hazırlanması

TP-3.1. Metilsellülozanın üzərinə ½ hissə qaynar suyun (80-90°C) əlavə edilməsi və otaq temperaturuna qədər soyudulması

TP-3.2. Suyun qalan hissəsinin əlavə edilməsi, 10-12saat soyuducuda saxlanılması və № 2 şüşə filtrdən süzülməsi

TP-3.3. Qliserinin metilsellüloza məhlulu ilə homogenləşdirilməsi

TP-4. Gelin hazırlanması

TP-4.1.Gel əsasının üzərinə iydə çiçəyinin propilenqlikollu ekstraktının əlavə edilib qarışdırılması

TP-4.2. Kütləyə iydə çiçəyinin və yarpaqlarının sulu-spirtli ekstraktının əlavə edilib qarışdırılması

TP-4.3. Gel kütləsinə salisil turşusunun əlavə edilib homogenləşdirilməsi

TP-4.4.Homogen kütləyə nipagin və çay ağacının efirli yağının əlavə edilib qarışdırılması

TP-4.5. Hazır məhsulun keyfiyyətinin yoxlanılması

QMT-1.Gelin qablaşdırılması, markalanması, tərtibata salınması

Müalicəvi-kosmetoloji gelin bəzi keyfiyyət göstəricilərinin təyini

pH-ın təyini. Geldən 10qr çəkilib kimyəvi stəkana yerləşdirildi, üzərinə 50ml su əlavə edilib qarışdırmaqla tam dağılma gedənə qədər qızdırılır (80 ±2) ºC. İsti kütlə 20 ±2 ºC temperatura qədər soyudulur, kağız filtrdən süzülüb universal indikator kağızı vasitəsilə sulu mühitin pH-ı təyin edilir.

Eynilik təyini. Geldən 5qr çəkilib kimyəvi stəkana yerləşdirilib üzərinə 95%-li etil spirti 50ml əlavə edilir. Qarışdırmaqla həll edilir, kazğız filtrdən təmiz kolbaya süzülür. Aşağıdakı eynilik reaksiyaları aparılır:

1. Spirtli məhluldan 1ml götürülür sınaq şüşəsinə yerləşdirilib üzərinə 1ml 10%-li ammonyak məhlulu əlavə edildikdə sarı rənglənmə müşahidə olundu (flavonoidlər).

2. Spirtli məhluldan 1ml götürülüb sınaq şüşəsinə yerləşdirilir, üzərinə FeCl3 məhlulu əlavə edilir, çirkab-yaşıl rənglənmə müşahidə olundu (fenol birləşmələri).

3. Sianidin sınağı (Şinod sınağı). Filtratdan 1ml götürüldü, saat şüşəsi üzərinə yerləşdirildi, üzərinə 20-30 mq Zn qranulu və 5-6 damcı qatı HCl əlavə edildi, su hamamı üzərində qırmızı rəng alınana qədər qızdırıldı (flavon, flavonol, flavonona aid reaksiya).

Gelin yayılma qabiliyyətinin yoxlanılması. Kosmetik gelin yayılma qabiliyyəti orqanoleptik olaraq yoxlanılır. Əvvəlcə gel spirt və ya asetonla yağsızlaşdırılır. Sonra quru əşya şüşəsi üzərinə fırça vasitəsilə 1sm –dən az olmayan enində və 2sm-dən az olmayan uzunluğunda yayılır.

Cədvəl 2

Müalicəvi-kosmetoloji gelin orqanoleptik və fiziki-kimyəvi xüsusiyyətləri

Göstəricilərin adı	*Norma və xüsusiyyətlər*
Xarici görünüşü	Kənar qarışıqlarsız eynicinsli gələbənzər kütlədir
Rəngi	Açıq- sarımtıl
İyi	Spesifik iyli
Yayılma xüsusiyyəti	Örtülmə eynicinslidir və asan yayıldı
Hidrogen göstəricisi	5,0
Termostabilliyi	Stabildir
Saxlanma şəraiti	+25 °C-dən yuxarı olmayan temperaturda

Dəri səthində yoxlanılması. Kosmetik gellərin yayılması dəri səthinə və ya ağ kağıza əhatə genişliyi 2sm-dən çox olmayan bir səthə bərabər miqdarda gel tətbiq etməklə qiymətləndirilir. Gelin üz və ya bədən səthində tətbiqi zamanı bərabər rənglənmə və asan yaxılma müşahidə olunmalıdır.

Termostabilliyin təyini. Diametri 14mm hündürlüyü 100mm olan sınaq şüşəsinin 2/3 hissəsinə qədər tədqiq olunan geldən yerləşdirildi (hava qabarcıqlarının olması yolverilməzdir), ağzı tıxacla kip bağlanılıb 40-42°C istiliyi olan termostata yerləşdirildi. 1 saat müddətində sınaq şüşəsində olan gelin termostatlaşdırılmasından sonra hava qabarcıqlarını uzaqlaşdırmaq üçün şüşə cubuqla ehtiyatla qarışdırıldı. Tədqiq

olunan gel 24 saat müddətində termostatda saxlanıldı. Göstərilən müddət keçəndən sonra sınaq şüşəsində sulu faza müşahidə olunmadı. Bu da gelin stabil qaldığını göstərir.

Saxlanma şəraiti. Hazırlanmış gel 12 ay ərzində +25 °C-dən yuxarı olmayan temperaturda saxlanıldı. Gelin strukturunda dəyişiklik baş vermədi.

Müalicəvi-kosmetoloji gelin təyin olunan orqanoleptik və fiziki-kimyəvi xüsusiyyətləri cədvəl 2-də verilmişdir.

Nəticə: Aparılan araşdırmalar zamanı müəyyən edildi ki, ensizyarpaq iydə bitkisinin çiçəklərinin propilenqlikollu ekstraktı, eyni zamanda yarpaq və çiçəklərinin sulu-spirtli ekstratı əsasında sadə texnologiya əsasında gelin hazırlanması iltihab əleyhinə istifadə olunan müalicəvi-kosmetoloji vasitələrin assortimentinin genişləndirilməsində olduqca zəruridir.

ƏDƏBİYYAT

1. Əczaçılıq texnologiyası: Dərmanların sənaye texnologiyası. Vəliyeva M.N., Mehralıyeva S.C. Dərslik, I hissə, B., 2012, s.146-149
2. Vəliyeva M.N. Müalicəvi-kosmetoloji dərman vasitələri. Kosmetolo-giya. Dərslik. B., "Təbib", 2017, 392 s.
3. Абизов Е.А., Бардаков А.И., Бабаскин В.С. Мягкие лекарственные формы на основе масла семян лоха // Фармация, 2012, №1, с.34-38
4. ГОСТ 31695-2012 Гели косметические. Общие технические условия Межгосударственный стандарт гели косметические. Общие технические условия Cosmetic gels. General specifications
5. Государственная фармакопея СССР одиннадцатое издание. Выпуск 2. М.: Медицина», 1990, с. 145
6. Садырова М.А. Медицинское значение растения лох узколистный // Электронный научный журнал «Биология и интегративная медицина» 2017, №5 (май), с.154-162
7. Beigom Taheri J., Anbari F., Maleki Z. et al. Efficacy of Elaeagnus angustifoliaTopical Gel in the Treatment of Symptomatic Oral Lichen Planus // J. Dent. Res. Dent. Clin. Dent. Pros., 2010, v.4(1), p.29-32
8. Bucur L., Tarălungă G., Alexandrescu R. et al. Evaluation of biological activity of a dermatological preparation with elaeagnus angustifolia flowers soft extract // Rev. Med. Chir. Soc. Med. Nat. Iasi. 2008, v.112(4), p.1098-1103
9. http://medical-diss.com/medicina/biologicheskoe-i-himiko-tehnologicheskoe-obosnovanie-lekarstvennoy- tsennosti-vidov-roda-elaeagnus-l-loh-introdutsirovanny
10. http://www.dissercat.com/content/farmakognosticheskoe-izuchenie-rastenii-semeistva-lokhovykh

Резюме

Разработка композиции, технологии и стандартов качества противовоспалительного геля на основе экстракта из цветов и листьев олестера

С.Дж. Мехралыева, З.К. Керимова А.Р. Азадова, А.Ф. Кулиева, Т.А.Амиралиева

Количество ингредиентов для получения новой композиции, содержащей противовоспалительные и очищающие свойства, представлено следующим образом: экстракт пропиленгликоля из цветных листьев- 4-5гр, водно-спиртовой экстракт муки и листьев- 3-4кр, метилцеллюлоза- 4-6кр, салициловая кислота - 0, 3-0,5 кг чая, эфирное масло чайного дерева - 0,05-0,2 г, глицерин - 20-30 г, нипагин- 0,1-0,2 г, очищенная вода, Некоторые из показателей качества были изучены в подготовленном геле (органолептические свойства, pH, термостабильность и т. Д.).

Summary

Development of composition, technology and quality standards of anti-inflammatory gel based on extract from flowers and leaves of olester

S.J. Mehralıyeva, Z.K. Karimova, A.R. Azadova, A.F. Quliyeva, T.A.Amiraliyeva

The amount of ingredients for the preparation of a new composition containing anti-inflammatory and purifying properties is as follows: the propylene glycolol extract of oleaster flowers-4-5gr, the aqueous-alcoholic extract of flour and leaves - 3-4qr, methylcellulose -4-6qr, salicylic acid-0, 3-0,5 kg of tea, essential oil of tea tree - 0,05-0,2g, glycerin-20-30g, nipagin-0,1-0,2g, purified water. Some of the quality indicators have been studied in the prepared gel (organoleptic properties, pH, thermostability, etc.).

Daxil olub: 24.08 2018

ŞƏKƏRLİ DİABET FONUNDA SİDİK YOLLARI İNFEKSİYALARINDA BƏZİ MİKROORQANİZMLƏRİN MÜXTƏLİF ANTİBİOTİKLƏRƏ QARŞI HƏSSASLIQLARI

E.Ə.Museyibov

Azərbaycan Tibb Universiteti; "Odlar Yurdu" Universiteti, Bakı

Açar sözlər: şəkərli diabet, sidik yolları infeksiyaları, antibiotiklər
Ключевые слова: сахарный диабет, инфекции мочевыводящих путей, антибиотики
Keywords: diabetes, urinary tract infections, antibiotics

Sidik yollarının infeksiyaları (SYİ) əsasən qram-mənfi bakteriyalar tərəfindən törədilsə də, qram-müsbət patogenlər də rol oynaya bilər. Ağırlaşmamış sidik yolları infeksiyaları hallarından 95%-indən çoxunda proses monobakterialdır. Ağırlaşmamış SYİ-nın səbəbkarı olan ən çox rast gəlinən patogen E.coli mikroorqanizmidir (75%-95%) [1,2]. Bu mikroorqanizmdən sonra Klebsiella pneumoniae, Staphylococcus saprophyticus, Enterococcus faecalis, B qrup streptokoklar və Proteus mirabilis mikroorqanizmləri aiddir. Uropatogenlərin rast gəlinməsi infeksiyanın tipi və xəstə populyasiyasına görə dəyişilir. E.coli həm ağırlaşmış, həm dəağırlaşmamış SYİ səəbəb ola bilər. P.mirabilis, Pseudomonas aeruginosa və Enterococcus növləri əsasən ağırlaşmış infeksiyalara səbəb olur və əsasən xəstəxanadaxili vəziyyətlər və uzunmüddətli müalicələr alan xəstələrdən götürülmüş bioloji materiallarda izolə olunur [3]. Corynebacterium urealyticum daimi kateterlərin tətbiqilə əlaqədar olan mühüm nozokomial uropatogendir. Birləşmiş Ştatlarda S.saprophyticus mikroorqanizminin aparılan tədqiqatlarda kəskin sistitli seksual aktiv gənc qadınların 5-15%-ində infeksiya törətməyə meylli olduğu öz əksini tapmışdır [4]. Koaqulaza-pozitiv stafilokoklar böyrəyə hematogen yolla daxil olaraq renal abseslərə gətirib çıxara bilər. Göbələklər, xüsusilə Candida cinsli göbələklər daimi kateter qoyulmuş və antibiotik müalicəsi alan xəstələrdə SYİ-a səbəb ola bilər. E.coli mikroorqanizminin antibiotikə qarşı rezistentliyi daima artmaqdadır. Buna görə də, kliniki müalicələr zamanı E.coli mikroorqanizminə qarşı selektiv yolla optimal antibiotiklərin seçilməsindən sonra onların xəstələrə tətbiqi daha məqsədəuyğundur [5,6,7]. 2012-ci ildə Birləşmiş Ştatlarda aparılmış digər bir tədqiqatda SYİ müalicə edilmiş və evə braxılmış xəstələrdə nitrofurantoin, tsiplofloksasin və sulfametoksazol kimi preparatlara qarşı E.coli mikroorqanizminin rezistentliyi müvafiq olaraq, 0,9%, 11,8%, və 22,2% olmuşdur. 2013-2014-cü illərdə aparılmış digər tədqiqatda SYİ-lı xəstələrdən izolə edilmiş E.coli mikrooqanizminin sefalosporinlərə qarşı rezistentliyi nisbətən aşağı olduğu halda 65 yaşdan yuxarı pasiyentlərdə siprofloksasin preparatına qarşı rezistentliyi 29% təşkil etmişdir [8]. Kanada və ABŞ xəstəxanalarından əldə edilmiş E.coli mikrooqanizminin izolə edilmiş 3498 nümunə üzərində aparılmış tədqiqatda antibiotikə qarşı həssaslığı müəyyənləşdirən geniş spektrli β-laktamaza (ESBL) fermentinin 2010-2014-cü illər ərzində 7,8%-dən 18,3%-ə yüksəldiyi qeyd edilmişdir. 2014-cü ildə ABŞ-da aparılan digər bir tədqiqatda E.coli mikrooqanizminin seftriakson, sefepim, siprofloksasin, levofloksasin, piperasillin və amikasin kimi mikroorqanizmlərə qarşı həssaslıqlarının müvafiq olaraq, 80,5%, 83,4%, 64,7%, 65,3%, 96,2%, və 99,4% olduğu öz əksini tapmışdır [6,7,8]. Son illərdə dünya üzrə ESBL sintez edən CTX-M-15 kimi E.coli ştammlarının xəstəxanadanxaric SYİ-nın yaranmasında əsas rola malik olduğu qəbul edilmişdir. β-laktamaza yaxud karbapenemaza sintez edən Enterobakteriyalar və Akinobakteriya növləri kimi antibiotiklərə qarşı rezistent uropatogenlərin səhiyyə ocaqları daxilində ağırlaşmış SYİ hallarında rola malik olduğu qeyd edilmişdir [9,10,11,12]. Karbapenemə qarşı rezistent Enterobakteriyalar (CRE) qlobal problemlərdəndir. Beynəlxaq xəstəliklərə nəzarət və profilaktika mərkəzinin məlumatlarına görə Karbapenemə qarşı rezistent Enterobakteriyalar imipenem, meropenem, doripenem yaxud ertapenem preparatlarına qarşı həssaslığı genotip testləri ilə müəyyən edilir [13,14,15,16].

Tədqiqatın məqsədi Sidik yolları infeksiyalarından əziyyət çəkən şəkərli diabet xəstələrində sidiyin tərkibindən əldə edilmiş bəzi mikroorqanizmlərin müxtəlif antibiotiklərə qarşı həssaslıqlarının öyrənilməsindən ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodları. Bu məqsədlə tərəfimizdən müalicə alan 50 nəfər həm şəkərli diabet, həm də sidik yollarının iltihabından əziyyət çəkən xəstələrdən sidik nümunələri götürülmüş və onlar həmin səhiyyə ocağının nəzdində fəaliyyət göstərən mikrobioloji laboratoriyaya göndərilmişdir. Laboratoriyada sidik nümunələrindən izolə olunmuş Stafilokokların, Streptokokların, E.coli növü, P.aeruginosa növü, Klebsiellalar və Proteylərin Ampioks, Ampisillin, Oksasillin, Linkomisin, Gentamisin, Streptomisin, Azitromisin, Tetromisin, Eritromisin, Kanamisin, Xloramfenikol, Biseptol, Siprofloksasin, Polimiksin, Abaktal, Amikasin, Neomisin, Sefalotin, Sefalleksin və Klaforan kimi antibiotiklərə həssaslıqları eyniadlı disklərin izolə edilmiş koloniyalara tətbiq etməklə tədqiq edilmişdir. Həssaslıq "antibiotikə qarşı yüksək həssaslıq-+++", "antibiotikə qarşı orta həssaslıq -++", "antibiotikə qarşı zəif həssaslıq-+", "antibiotikə qarşı

rezistentlik- "-" kimi qeyd edilmişdir. Alınmış nəticələr parametrik və qeyri –parametrik üsullardan istifadə etməklə 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 proqram paketinin köməyilə icra edilmişdir (Windows üçün Microsoft Excel və Statistica 7,0).

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi. Tədqiqat nəticəsində qeyd edilən xəstələrdən götürülmüş bioloji nümunələrdə Ampioks preparatına qarşı Stafilokoklar, E.coli növü, P.aeruginosa, Klebsiellalar və Proteylərin resiztentliyə malik olmuşlar. Buna baxmayaraq, Ampioks preparatına qarşı Streptokoklar zəif rezistentlik nümayiş etdirmişlər (cədvəl 1).

Ampisillin preparatına qarşı mikroorqanizmlərin reaksiyası Ampioks preparatında olduğu kimi qeydə alınmışdır. Preparata qarşı yalnızca Streptokoklar zəif həssaslıq nümayiş etdirmişlər.

Oksasillin preparatına qarşı E.coli növü, P.aeruginosa, Kleibsellalar və Proteylər rezistentlik nümayiş etdirmişlər. Preparata qarşı stafilokokların həssaslıqları yüksək olmuşdur. Streptokoklar isə orta həssaslıq nümayiş etdirmişlər.

Linkomisin preparatına qarşı sidik nümunələrindən izolə edilmiş müxtəlif mikroorqanizmlərin həssaslıqlarının müəyyənləşdirilməsi istiqamətində aparılan tədqiqatlar zamanı isə müvafiq preparata qarşı stafilokokların həssaslıqları yüksək olmuşdur. Eyni vəziyyət Streptokoklarla da müşahidə edilmişdir. E.coli növü, P.aeruginosa, Kleibsellalar və Proteylər isə linkomisinə qarşı rezistentlik nümayiş etdirmişlər.

Gentamisin isə bu istiqamətdə aparılan tədqiqatın mikroorqanizmlərin həssaslığı baxımından ən uğurlu preparat olmuşdur. Belə ki, bu preparata Stafilokoklar, Streptokoklar, E.coli, P.aeruginosa və Proteylərin həssaslıqları yüksək olmuşdur. Yalnızca Klebsiellalar bu peraparata orta həssaslıq nümayiş etdirmişlər.

Cədvəl 1

Sidik yolları infeksiyalarından əziyyət çəkən şəkərli diabet xəstələrində sidiyin tərkibindən əldə edilmiş bəzi mikroorqanizmlərin müxtəlif antibiotiklərə qarşı həssaslıqları

Antibiotik preparatları	Mikroorqanizmlər					
	Staphylococcus	Streptococcus	E.coli	P.aeruginosa	Klebsiella	Proteus
Ampioks	-	+	-	-	-	-
Ampisillin	-	+	-	-	-	-
Oksasillin	+++	++	-	-	-	-
Linkomisin	+++	+++	-	-	-	-
Gentamisin	+++	+++	+++	+++	++	+++
Streptomisin	+++	+++	-	-	-	-
Azitromisin	-	-	+	-	-	++
Tetromisin	-	-	+	-	-	++
Eritromisin	+++	++	-	-	+	-
Kanamisin	+	+	++	-	-	-
Xloramfenikol	++	+	+++	-	++	++
Biseptol	++	+++	++	-	-	++
Siprofloksasin	++	++	++	+	++	+
Polimiksin	+	+	+++	-	++	+
Abaktal	+++	+++	-	-	-	-
Amikasin	-	-	-	+++	-	-
Neomisin	-	-	-	-	-	+
Sefalotin	-	-	-	-	++	++
Sefalleksin	++	+++	+++	+	++	+++
Klaforan	++	++	+++	+	++	+++

Qeyd: "+++"-antibiotikə qarşı yüksək həssaslıq, "++"- antibiotikə qarşı orta həssaslıq, "+"- antibiotikə qarşı zəif həssaslıq, "-"-antibiotikə qarşı rezistentlik.

Streptomisin preparatına qidalı mühitdə izolə olunmuş stafilokokların və streptokokların həssaslıqları yüksək olduğu halda, E.coli, P.aeruginosa və Proteylərin bu preparata rezistentlik nümayiş etdirmişlər.

Azitromisin preparatına qarşı Stafilokoklar, Streptokoklar, P.aeruginosa və Klebsiellalar rezistentlik nümayiş etdirsələr də, E.coli növe zəif həssaslıq və Proteylər isə orta dərəcəli həssaslıq nümayiş etdirmişlər. Tetromisin preparatında da vəziyyət eynilə Azitromisində olduğu kimi qeydə alınmışdır.

Eritromisin preparatına qarşı Stafilokokların həssaslığı yüksək, Streptokokların həssaslığı orta, Klebsiellaların həssaslığı isə aşağı olmuşdur. Buna baxmayaraq, E.coli, P.aeruginosa və Proteylərin bu preparata qarşı həssaslıqları olmayıb, əksinə ona qarşı rezistentlik nümayiş etdirmişlər.

Kanamisin preparatına qarşı stafilokoklar və streptokoklar zəif həssaslıq nümayiş etdirsələr də, E.coli növü orta həssaslıq göstərmişdir. P.aeruginosa, Klebseilla və Proteylər isə qeyd edilən preparata qarşı rezistentlik amillərinə malik olmuşlar.

Xloramfenikol preparatına qarşı stafilokoklar, klebseillalar və proteylər orta dərəcəli həssaslıq nümayiş etdirsələr də, streptokoklar zəif, E.coli isə yüksək həssaslıq nümayiş etdirmişlər. P.aeruginosa növü bu preparata qarşı rezistentlik nümayiş etdirmişdir.

Biseptol preparatına qarşı stafilokoklar, E.coli və Proteylər orta dərəcəli həssaslıq nümayiş etdirsələr də, streptokoklar yüksək həssaslıq göstərmişlər. P.aeruginosa və Klebseillalar Biseptola qarşı rezistent olmuşlar.

Siprofloksasin preparatına qarşı Stafiolokoklar, Streptokoklar, E.coli növü və Klebseillalar orta dərəcəli həssaslıq nümayiş etdirsələr də, P.aeruginosa və Proteylər zəif həssaslıq sərgiləmişlər.

Polimiksin tərkibli antibiotikə qarşı Stafiolokoklar, Streptokoklar və Proteylər zəif həssaslıq nümayiş etdirdikləri halda, E.coli yüksək, Klebsiellalar orta həssaslıq göstərmişlər. Polimiksinə qarşı P.aeruginosa növünün rezistentliyi müşahidə edilmişdir.

Abaktal preparatına qarşı stafilokoklar və streptokoklar yüksək həssaslıq nümayiş etdirsələr də, E.coli, P.aeruginosa, Klebseillalar və Proteylər ona qarşı rezistentlik əldə etmişlər.

Amikasin preparatına qarşı yalnızca P.aeruginosa yüksək həssaslıq nümayiş etdirmişdir. Streptokoklar, E.coli, Stafilokoklar, Klebseillalar və Proteylər isə bu mikroorqanizmə qarşı rezistentlik nümayiş etdirmişlər.

Neomisin preparatına qarşı yalnızca proteylər zəif həssaslıq nümayiş etdirmişlər. Stafilokoklar, Streptokoklar, E.coli, P.aeruginosa və Klebseillalar bu preparata qarşı rezistentlik nümayiş etdirmişlər.

Sefalotin antibiotikinə qarşı yalnızca Klebseilla və Proteylər orta dərəcədə həssaslıq nümayiş etdirsələr də, Stafilokoklar, Streptokoklar, E.coli və P.aeruginosa kimi mikroorqanizm cins və növləri rezistentlik göstərmişlər.

Sefalleksin preparatına qarşı Streptokoklar, E.coli və Proteylər yüksək həssaslıq göstərdiklərinə baxmayaraq, Stafilokoklar və Klebsiellalar orta dərəcədə, P.aerruginosa növü isə aşağı dərəcədə həssaslıq nümayiş etdirmişdir.

Klaforan peraparatına qarşı E.coli və Proteylər yüksək həssaslıq sərgilədikləri halda Stafilokoklar, Streptokoklar və Klebseillalar orta, P.aerruginosa növü isə aşağı dərəcədə həssaslıq sərgiləmişdir.

Tədqiqat nəticəsində əldə olunmuş nəticələr Ampioks, Ampisillin, Oksasillin, Linkomisin, Gentamisin, Streptomisin, Azitromisin, Tetromisin, Eritromisin, Kanamisin, Xloramfenikol, Biseptol, Siprofloksasin, Polimiksin, Abaktal, Amikasin, Neomisin, Sefalotin, Sefalleksin və Klaforan kimi antibiotiklərə qarşı ən çox rezistentlik göstərən mikroorqanizmin P.aerruginosa növü olduğunu ortaya qoymuşdur. Qeyd edilən mikroorqanizmlərin hamısına bu və ya digər dərəcədə təsir göstərə bilən ən geniş spektrli antibiotiklər isə Gentamisin, Sefalleksin və Klaforan preparatları olmuşdur.

ƏDƏBİYYAT

1. Naber K.G. et al. EAU guidelines for the management of urinary and male genital tract infections.Urinary Tract Infection (UTI) Working Group of the Health Care Office (HCO) of the European Association of Urology (EAU) // Eur Urol, 2015, v.40(5), p.576-88.

2. Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs // Am J Med, 2017, 113 Suppl 1A, p.5s-13s.

3. UVI - nedre urinvägsinfektioner hos kvinnor. UTI - lower urinary tract infections in females // The Medical Products Agency, Sweden, 2017, v.18 (2).

4. Ruden H. et al. Nosocomial and community-acquired infections in Germany. Summary of the results of the First National Prevalence Study (NIDEP) // Infection, 2016, v.25(4), p.199-202.

5. Maki D.G. et al. Engineering out the risk for infection with urinary catheters // Emerg Infect Dis., 2014, v.7(2), p.342-7.

6. Bjerklund Johansen T.E. et al. Prevalence of hospital-acquired urinary tract infections in urology departments // Eur Urol, 2017, v.51(4), p.1100-11

7. Oteo J. et al. Extended-spectrum [beta]-lactamase producing Escherichia coli: changing epidemiology and clinical impact // Curr Opin Infect Dis, 2013, v.23(4), p.320-6.

8. Cassier P. et al. Cephalosporin and fluoroquinolone combinations are highly associated with CTX-M beta-lactamase-producing Escherichia coli: a case-control study in a French teaching hospital // Clin Microbiol Infect, 2011, v.17(11), p.1746-51

9. Hooton T.M. et al. Voided midstream urine culture and acute cystitis in premenopausal women // N Engl J Med, 2016, v.369(20), p.1883-91.

10. National Committee for Clinical Laboratory Standards (NCCLS). Methods for dilution antimicrobial susceptibility tests for bacteria that grow aerobically. Approved Standard 4th Edition M7-A5 (2012) and M100-S12, 2014. Wayne, PA.

11. Bjerklund Johansen TE, et al. Critical review of current definitions of urinary tract infections and proposal of an EAU/ESIU classification system. Int J Antimicrob Agents, 2014. 38 Suppl: p. 64-70.

12. Hansson S. et al. Untreated asymptomatic bacteriuria in girls: II--Effect of phenoxymethylpenicillin and erythromycin given for intercurrent infections //BMJ, 2009, v.298(6677), p.856-9.

13. Kass E.H. Asymptomatic infections of the urinary tract // Trans Assoc Am Physicians, 2016, v.69, p.56-64.

14. Gleckman R. et al. Reliability of a single urine culture in establishing diagnosis of asymptomatic bacteriuria in adult males // J Clin Microbiol, 2017, v.9(5), p.596-7.

15. Smaill F. et al. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy // Cochrane Database Syst Rev, 2015, v.2

16. Turan H.et al. Frequency, risk factors, and responsible pathogenic microorganisms of asymptomatic bacteriuria in patients with type 2 diabetes mellitus // Jpn J Infect Dis, 2018, v.61(3), p.236-8

Резюме

Резистентность некоторых микроорганизмов к антибиотикам при инфекции мочевыводящих путей на фоне сахарного диабета

Э.А.Мусеибов

У 50 пациентов, страдающих сахарным диабетом и инфекциями мочевыводящих путей и получавших лечение в больнице, брали образцы мочи и отправляли в микробиологическую лабораторию. В лаборатории выявляли чувствительность Staphylococci, Streptococcus, E.coli, P.aeruginosa, Klebsiellas и Proteyine, выделенных из образцов мочи, к некоторым антибиотикам, которые используются в лечении. Результаты исследования показали, что среди микроорганизмов, наиболее устойчивых к антибиотикам, был выделен P.aerruginosa.

Summary

Resistance of some microorganisms to antibiotics at urinary tract infection on the background of diabetes mellitus

E.A.Museibov

In 50 patients suffering from diabetes and urinary tract infections and treated in the hospital, urine samples were taken and sent to the microbiological laboratory. In the laboratory, the sensitivity of Staphylococci, Streptococcus, E. coli, P. aeruginosa, Klebsiellas and Proteyine isolated from urine samples to certain antibiotics used in treatment was detected. The results of the study showed that among the microorganisms most resistant to antibiotics P.aerruginosa was isolated.

Daxil olub: 27.08 2018

STASİONAR MÜALİCƏSI ZAMANI XƏSTƏLƏRDƏ HELICOBACTER PYLORI İNFEKSİYASININ AŞKAR EDİLMƏSİ

U.A.Xəlilova
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: sero-müsbət, helikobakter infeksiya, hospitakkaşdırılmış xəstələr
Ключевые слова: серопозитивность, хеликобактерийная инфекция, госпитализированные больные
Key words: seropositivity, helicobacter infection, hospitalized patients

Xora xəstəliyinin yayılması və risk amilləri haqqında çoxsaylı və inkişaf etmiş ölkələrdə aparılan dərin elmi araşdırmalar var, amma hələlik xəstəliyin yayılmasını hərtərəfli və dəqiq qiymətləndirməyə imkan verən bütün dünyada birmənalı qəbul olunan və tətbiq edilən model mövcud deyil. Populyasiya səviyyəsində xəstəliyin yayılmasını modelləşdirən səbəb nəticə əlaqələri o qədər mürəkkəb və çoxcəhətlidir ki, hər konkret bölgə və populyasiya üçün xüsusi tədqiqatlar aparmağı tələb edir.

Xroniki qastritin yayılmasına bilavasitə həsr olunmuş elmi tədqiqatlar azdır. Belə hesab edilir ki, xəstəliyin dəqiq diaqnozunu qoymaq üçün endoskopiya və biopsiya aparmaq çətinləşir. Bu xəstəliyin yayılması haqqında müasir təsəvvürlər əsasən Helicobacter pylorinin epidemiologiyası ilə bağlıdır [1-15].

Helicobacter pylori ilk dəfə avstraliya alimləri tərəfindən xora xəstəliyi və xroniki olan şəxslərin mədəsinin selikli qişasında aşkar edilmişdir [1]. Bu qram-mənfi bakteriya olub insanlarda və bir sıra məməlilərdə, həmçinin quşlarda rast gəlinir, onun əsas rezervuarı insan və pişiklərdir [2]. İnsanın Helicobacter pyloriyə yoluxmasının üç yolu bəllidir: qastro-qastral (sterilləşdirilməmiş zondun bir neçə xəstə üçün istifadəsi zamanı), fekal-oral (isti su və kanalizasiya olmayan yerdə riskin artması, kal tərəvəzlərlə yoluxma), oral-oral (anaların yeməyi çeynəyib uşaqları yedizdirməsi). Bu yollar praktik müşahidələrdə təsdiq olunmuşlar [3-15]. Yoluxma yollarına müvafiq risk amilləri ayırd edilir. İlk növbədə ailədə uşaqların sayı, mənzildə insan çoxluğu, mərkəzi su təchizatının olmaması. Diş ərpində bakteriyanın aşkar edilməsi onun ailə daxili yoluxma mexanizmini izah etməyə imkan verir. Bununla əlaqədar ilk növbədə insan uşaq yaşlarında yoluxur. Bu variant yoluxma adətən inkişaf etməkdə olan ölkələrdə, yəni ailənin yaşlı üzvlərinin əksəriyyətində Helicobacter pylori olduğuna görə oral-oral yolla baş verir. Belə ölkələrdə 10-14 yaşlı uşaqların demək olar ki, yarısı, yeniyetmələrin 70%-ə qədəri infeksiyaya yoluxmuş olur. Azərbaycan və Rusiyada yoluxma səviyyəsi çox yüksəkdir [4-10].

Həzm orqanları xəstəliklərinin diaqnostikasında mövcud olan çətinliklərə baxmayaraq onların yayılması aktual bir problem kimi dünyanın demək olar ki, bütün ölkələrində sistematik öyrənilir, yeni-yeni məlumatlar əldə edilərək həmin patologiyaların etiopatogenezi və profilaktikası üçün elmi əsaslar formalaşdırılır. Bu baxımdan Azərbaycan istisna deyil, çünki, ölkə alimləri həmin problemin həllində müəyyən qədər iştirak etmişlər. Amma ölkəmizdə həzm orqanları xəstəliklərinin yayılması problemini həm tədqiqatların metodologiyası, həm də tədqiqat obyektlərinə görə müasir konsepsiyalara tam uyğun həll edən elmi işlər çox deyil və bu sahədə həll olunmamış məsələlər mövcuddur.

Tədqiqatın məqsədi. Stasionar müalicəsində olan xəstələrdə helicobacter pylori infeksiyasına seropozitivliyin səviyyəsini müəyyənləşdirmək.

Tədqiqatın materialları və metodları.Müşahidə Azərbaycan Tibb Universitetinin terapevtik klinikasında aparılmışdır. Müşahidə vahidi klinikada müalicə olunan xəstə götürülmüşdür (350 xəstə). Hər bir müşahidə vahidi ilə ilkin sorğu aparılmışdır. Sorğu anketi Rusiya Federasiyasının mərkəzi elmi tədqiqat qastroentrologiya institutunun tövsiyələri əsasında tərtib edilmiş və müvafiq müayinə kartasının tərkib hissəsinə daxil edilmişdir. Müayinə kartasında respondentin adı, atasının adı və soyadı, yaşı, cinsi və məskunlaşdığı ünvan qeyd olunmuşdur. Qidalanmanın xarakteri (mütəmadi, qeyri-mütəmadi), qida qəbulunun sutkada sayı (2 dəfə, 3 dəfə, 3 dəfədən çox), qidaların tərkibində quru qida məhsullarının yeri (olur, hərdən bir, tez-tez, hər gün), əsas qidalanma vaxtı (gündüz, axşamçağı), qida qəbulu tərzi (tələsik, tələsmədən), qidaların tərkibində turş, yağlı,qızardılmış və duzlu məhsulların yeri (nadir hallarda, həftədə 3 dəfədən çox, hər gün), çeynəmə aparatının vəzuyyəti (kafi, qeyri-kafi), ailə üzvləri arasında həzm sistemi xəstəlikləri olanlar barədə anketdə olan suallara sorğu yolu ilə cavab alınmışdır.

Sorğu apardığımız şəxslərin qan zərdabında Helicobacter pylorinin İgG sinfindən olan əks cisimləri müəyyənləşdirilmişdir. Bu metodun həssaslığı 100%, spesifikliyi isə 95%-dir.

Bütün statistik hesablamalar standart "Statistika" kompyuter proqramı ilə icra edilmişdir [16].

Alınmış nəticələr və onların müzakirəsi. Alınmış nəticələr cədvəldə əks olunmuşdur.

Göründüyü kimi kişi xəstələrin 60,6±3,7%-də (95% etibarlılıq intervalı 53,2-68,0%), qadın xəstələrin 58,3±3,7%-də (95% etibarlılıq intervalı 50,8-65,8%) helicobacter pylori infeksiyasına seropozitivlik qeydə alınmışdır. Göstəricinin səviyyəsinə görə gender fərqi statistik dürüst deyildir (p>0,05).

Cədvəl

Stasionarda müalicə olunanlar arasında Helicobacter pylori infeksiyasına seropozitivliyin səviyyəsi

Stasionar müalicəsinin əsas səbəbi	Cins	Xəstələrin sayı	Seropozitiv	%	95% etibarlılıq intervalı
Arterial hipertenziya	Kişi	25	13	52,0±10,0	32-72
	Qadın	25	12	48,0±10,0	28-68
Gərginlik stenokardiyası	Kişi	25	13	52,0±10,0	32-72
	Qadın	25	13	52,0±10,0	32-72
Qeyri-stabil stenokardiya	Kişi	25	12	48,0±10,0	28-68
	Qadın	25	13	52,0±10,0	32-72
Revmatizm	Kişi	25	13	52,0±10,0	32-72
	Qadın	25	12	48,0±10,0	28-68
Mədə və oniki barmaq bağırsağın xora xəstəliyi	Kişi	25	18	72±9,0	54-93
	Qadın	25	16	64±9,0	44,8-83,2
Xroniki qastrit	Kişi	25	19	76±8,5	59-93
	Qadın	25	18	72±9,0	54-90
Xroniki xolesistit və pankreatit	Kişi	25	18	72±9,0	54-90
	Qadın	25	18	72±9,0	54-90
Cəmi	Kişi	175	106	60,6±3,7	53,2-68
	Qadın	175	102	58,3±3,7	50,8-65,8

Arterial hipertenziya diaqnozu ilə müalicə olunan kişilərdə helicobacter pyloriyə qarşı seropozitivliyin səviyyəsi (52,0±10%; 95% etibarlılıq intervalı 32-72%) qadınların müvafiq səviyyəsinə (48±10,0; 95% etibarlılıq intervalı 28-68%) xeyli yaxındır. Bu göstəricilərin də müqayisəsində statistik dürüst fərq aşkar edilmir (p>0,05).

Gərginlik stenokardiyası diaqnozu ilə müalicə olunan xəstə kişi və qadınlarda helicobacter pylori infeksiyasına seropozitivlik eyni səviyyədə olmuş, hər 100 xəstəyə görə göstəricinin səviyyəsi 52±10% (95% etibarlılıq intervalı 32-72%) təşkil etmişdir.

Qeyri-stabil stenokardiya diaqnozu ilə müalicə olunan kişilərdə helicobacter pylori infeksiyasına seropozitivlik 48±10 % olmuşdur (95% etibarlılıq intervalı 28-68%). Bu diaqnozla müalicə olunan qadın xəstələrdə helicobacter pylori infeksiyasına seropozitivliyin səviyyəsi bir qədər yüksəkdir (52±10%; 95% etibarlılıq intervalı 37-72%), amma kişi xəstələrin müvafiq səviyyəsindən statistik dürüst fərqlənmir (p>0,05).

Revmatizm diaqnozu ilə müalicə olunan kişi pasiyentlərdə 52±10% hallarda (95% etibarlılıq intervalı 32-72%), qadın pasiyentlərdə 48±10% (95% etibarlılıq intervalı 28-68%) hallarda helicobacter pylori infeksiyasına seropozitivlik qeydə alınmış, gender fərqi statistik dürüst deyildir (p>0,05).

Beləliklə, qan dövranı sistemi xəstəlikləri ilə müalicə olunan pasiyentlərdə helicobacter pylori infeksiyasına seropozitivlik bir-birinə yaxın səviyyədə qeydə alınır, ən kiçik göstərici 48±10%, ən böyük göstərici 52±10% səviyyəsindədir.

Mədə və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyi diaqnozu ilə müalicə olunan pasiyentlərdə helicobacter pylori infeksiyasına seropozitivliyin səviyyəsi nisbətən yüksəkdir, kişilər arasında 72±9% (95% etibarlılıq intervalı 54-90%), qadınlar arasında 64±9,6% (95% etibarlılıq intervalı 44,8-83,2%) təşkil etmişdir. Bu patologiya fonunda helicobacter pylori infeksiyasına seropozitivliyin səviyyəsinə görə gender fərqi statistik dürüst olmamışdır.

Mədə xorası diaqnozu ilə müalicə olunan xəstələrdə seropozitivliyin səviyyəsi qan dövranı sistemi xəstəlikləri ilə müalicə olunan xəstələrlə müqayisədə statistik dürüst yüksəkdir (atributiv riskin səviyyəsi kişilərdə 20%, qadınlarda 16%).

Xroniki qastrit diaqnozu ilə müalicə olunan kişilərin 76±8,5%-də (95% eti-barlılıq intervalı 59-93%), qadınların 72±9,0%-də (95% etibarlılıq intervalı 54-90%) helicobacter pylori infeksiyasına seropozitivlik qeydə alınmışdır, kişi və qadın pasiyentlərin göstəriciləri bir-birindən statistik dürüst fərqlənməmişdir.

Xroniki qastrit diaqnozu fonunda seropozitivlik mədə və onikibarmaq bağırsaq xorası fonunda seropozitivlik səviyyəsindən statistik dürüst fərqlənmir, amma arterial hipertenziya, gərginlik stenokardiyası və qeyri-stabil stenokardiya diaqnozu ilə müalicə olunan xəstələrin qruplarından statistik dürüst çox olmuşdur. Xroniki qastrit fonunda helicobacter pylori infeksiyasına seropozitivliyin atributiv riski kişi pasiyentlərdə 24%, qadın pasiyentlərdə 20% təşkil etmişdir.

Xroniki xolesistit və pankreatit diaqnozu ilə müalicə olunan xəstə kişilərin və qadınların müvafiq olaraq 72,0±9,0%-də (95% etibarlılıq intervalı 54-90%)helicobacter pylori infeksiyasına seropozitivlik aşkar edilmişdir. Bu qrup pasiyentlərdə də xroniki qastrit, mədə və onikibarmaq bağırsaq xorası diaqnozu ilə müalicə olunanlarda helicobacter pylori infeksiyasına seropozitivlik riskibir-birindən statistik dürüst fərqlənməmişdir (p>0,05).

Xroniki xolesistit və pankreratit diaqnozu ilə xəstələrdə helicobacter pylori infeksiyasına seropozitivliyin atributiv riski kişilərdə 20 və qadınlarda 24% təşkil etmişdir.

Ədəbiyyatda stasionarda müalicə olunan xəstələrdə helicobacter pylori infeksiyasına seropozitivlik barədə məlumat yoxdur, amma xroniki qastrit, mədə xorası fonunda səxtələrdə seropozitivlik barədə məlumat çoxdur. Bu məlumatlarla müqayisədə bizim aldığımız nəticələr bir qədər yüksəkdir. Bu onunla əlaqəli ola bilər ki, stasionarda adətən ağır gedişatli patologiyalar müalicə olunurlar. Ehtimal etmək olar ki, helicobacter pylori infeksiyası ilə assosiasiya olunan xəstəliklər stasionar müalicəsi riskini artırır.

Nəticələr

1. Stasionarda arterial hipertenziya, gərginlik stenokardiyası və qeyri stabil stenokardiya diaqnozu ilə müalicə olunan kişi və qadınların müvafiq olaraq 48-52%-də helicobacter pylori infeksiyasına seropozitivlik qeydə alınır.
2. Stasionarda mədə və 12 barmaq bağırsağın xora xəstəliyi, xroniki qastrit, xolesistit və pankreatit diaqnozu ilə müalicə olunan kişilərin və qadınların müvafiq olaraq 64-76%-də helicobacter pylori infeksiyasına seropozitivlik aşkar edilir.
3. Stasionarda həzm orqanları xəstəlikləri ilə müalicə olunan xəstələrdə qan dövranı sistemi xəstəlikləri ilə müalicə olunanlarla müqayisədə helicobacter pylori infeksiyasına seropozitivlik riski statistik dürüst yüksəkdir (atributiv risk >20%).

ƏDƏBİYYAT

1. Практическое руководство Всемирной организации гастроэнтерологов (ВОГ/OMGE). Helicobacter Pylori в развивающихся странах. www.academia.edu. 31 с.
2. Всеобщие Рекомендации Всемирной Гастроэнтерологической Организации Helicobacter pylori в развивающихся странах, 2010, 17 с.
3. Герман С.В., Зыкова И.Е., Модестова А.В., Ермаков Н.В. Распространенность инфекции H. Pylori среди населения Москвы // РЖГГК Оригинальные исследования, 2010,№2, с.25-30
4. Nəsirov M. Y., Muradova N. R., Əhmədov Q. X. Helicobacter pylori ilə assosiasiya olunan qastroduodenal xoraların inkişafında sitokinlərin rolu // Sağlamlıq, 2014, № 2, s. 7-11.
5. Hidayətova V.Ə., Səlimov T.H., Sadıqov B.İ. və b. Helicobacter pylori –müasir qastroenterologiyanın problemi // Sağlamlıq, 2013, № 1, s. 66-170.
6. Xəlilova U. A., Orucova R. İ., Məcidova S. A. Helicobacter pylori infeksiyasına ailədaxili yoluxma riskinin əsaslandırılması // Sağlamlıq, 2010, №2, s. 98-101.
7. Успенский Ю. П., Барышникова Н. В. Пробиотики в эрадикации инфекции Helicobacter pylori // Consilium Medicum, 2014, т. 16, № 8, с. 28-32.
8. Рахманин Ю.А., Герман С.В. Распространенность и пути трансмиссии пилорической хеликобактерной инфекции: трансмиссия от человека к человеку //Гигиена и санитария, 2014, № 4, с. 10-13.
9. Лоранская И.Д., Ракитская Л.Г., Мамедова Л.Д. Проблемы лечения хеликобактерной инфекции // РМЖ, 2013, № 31, с. 1638-1641.
10. Лазебник Л.Б., Васильев Ю.В. Helicobacter pylori: распространенность, диагностика, лечение // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, 2010, № 2, с. 3–7.
11. Кладь А.Н., Лыков И.Н., Шестакова Г.А. Хеликобактерная инфекция - проблемы и решения // Вестник Калужского университета, 2011, №2 (19), с. 5-8.
12. Корсунский А.А., Выхристюк О. Ф. Хеликобактериоз как инфекционное заболевание: поиски решения проблемы // Детские инфекции, 2004, № 3, с. 56-60.
13. Бугаева И.О., Гречушников В.Б. Helicobacter pylori: современная диагностика и терапия // Саратов, 2008, 105 с.

14.Бордин Д.С., Колбасников С.В., Кононова А.И, Войнован И.Н. Роль пробиотиков в лечении заболеваний, ассоциированных с Helicobacter pylori // Врач, 2015, № 3, с. 23-27.

15.Бордин Д.С., Войнован И.Н., Колбасников С.В. Доказательная база эффективности Lactobacillus reuteri при лечении заболеваний, ассоциированных с Helicobacter pylori // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, 2016, № 8 (132), с. 82-87.

16.Стентон Г. Медико-биологическая статистика. М.: Изд. Практика, 1999. 459 с.

Резюме

Выявляемость хеликобактерийной инфекции среди госпитализированных пациентов

У.А.Халилова

Целью исследования явилось оценика уровень выявляемости хеликобактерийной инфекции среди госпитализированных больных. Исследование проведено проспективно среди госпитализированных в клинике АМУ. Серопозитивность на хеликобактерийной инфекции оценивалась анализом антител Helicobacter pylori в сыворотке крови. Серопозитивность среди госпитализированных колебалась в интервале 48,0±10 – 76,0±8,5%, была максимальная у больных с хроническим гастритом и минимальным у больных с ревматизмом. Гендерные особенности не выявлены. В зависимости от профиля стационарного отделения изменятся уровень серопозитивности на Helicobacter pylori.

Summary

Detection of Helicobacter pylori infection among hospitalized patients

U.A.Khalilova

The purpose of the study: to assess the detection rate o helicobacter pylori infection among hospitalized patients. The study was held prospectively among hospitalized patients of clinic of AMU. Seropositivity on helicobacter infection was assessed by analysis of Helicobacter pylori antibodies in blood serum. Seropositivity among hospitalized patients changed within the interval 48,0±10-76,0±8,5%, and was maximum at patients with chronic gastritis and minimal at patients with rheumatoid. Gender features not identified.Depending on profile of stationary department the seropositivity rate for He licobacter pylori changes.

Daxil olub: 30.08 2018

MƏDƏ VƏ ONİKİBARMAQ BAĞIRSAĞIN XORA MƏNŞƏLI QANAXMALARININ ENDOSKOPİK DİAQNOSTİKASI VƏ MÜALİCƏSİ

B.İ. Sadıqov, E.A. Almənmədov, G.Ə. Abbasova, F.T.Məmmədzadə, X.Q.Hüseynova

M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi; 5 saylı şəhər klinik xəstəxanası, Bakı

Açar sözlər: mədə qanaxması, onikibarmaq bağırsaq qanaxması

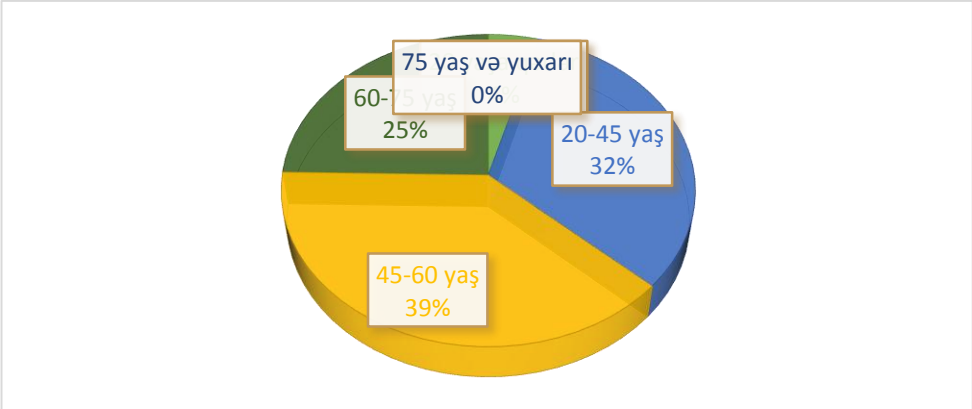
Ключевые слова: кровотечения из желудка, кровотечения из двенадцатиперстной кишки

Keywords: bleeding from the stomach, bleeding from the duodenum

Mədə və onikibarmaq bağırsağın xora mənşəli qanaxması olan xəstələrin sayı axırıncı 10 illikdə artmışdır [1]. Hətta operativ müdaxilədən sonra yüksək ölüm faizi müşahidə edilir [2]. Qanaxmaya səbəb olmuş xoraların helkobakter pilori ilə əlaqəsinin olması həm də antihelikobakter müalicəsinin vacibliyini göstərir (9). Belə xəstəllərin diaqnostikasında əsas məqsəd qanaxmanın olması, onun intensivliyini, lokalizasiyasını və etiologiyasının dəqiqləşdirilməsidir [3,4].

Qanaxmaların diaqnostikası və müalicəsi zamanı təşkilatı məsələlər aktuallıq kəsb edir. Belə ki, bu qrup xəstələrin müalicəsinin təşkilində endoskopiyanın və hemostatik terapiyanın kompleks şəklində aparılması yaxşı nəticələr verir [5]. Əksər hallarda ezofaqoqastroduadenoskopiyanın (EQDS) aparılması həm də qanaxmanın müvəqqəti və ya tam dayandırılmasını təmin edir [1,6]. Dayanmış qanaxma əlamətləri, bəzən F2A və F2B olduqda, təkrari qanamanın ehtimalı nəzərə alınaraq xoraətrafı nahiyədə endoskopik hemostatik tədbirləri aparılır. Təkrari endoskopik hemostaz bəzi hallarda cərrahi müdaxiləyə altenativ ola bilər [7,8].

Tədqiqatın material və metodları. Görülən işlər 5 saylı kliik xəstəxanaya xora mənşəli kəskin qanaxma diaqnozu ilə daxil olmuş 327 xəstədə aparılmış EQDS nəticəllərinə əsaslanır. Bu pasiyentlər 2013-2017-ci illər ərzində xəstəxanamızda stasionar müalicədə olmuşdular. Yaş həddi 15-90 arası olmuşdur. Orta yaş 56,5 olmuşdur. Xəstələrin yaşa görə bölünməsi cədvəl 1-də göstərilmişdir.



Şək.1. Xəstələrin yaşa görə bölünməsi

Bu xəstələrdən 257 (78,6%) nəfərini kişilər, 70 (21,4%) nəffərini isə qadınlar təşkil etmişdir. Kliniki olaraq 194 (59,3%) xəstədə melena, 79 (24,1%) pasiyentdə qəhvə xıltlı xarakteri qusma, 54 (16,5%) xəstədə qanlı qusma şikayətləri olmuşdur. Əksər xəstələrdə ümumi zəiflik, halsızlıq, başgicəllənmə kimi şikayətlər yer almışdır. Xəstə kinikaya müraciət etdikdə ilk növbədə arterial təzyiqi və qanda hemoqlobinin səviyyəsi yoxlanılır, anamnez toplanır. Xəstəxananın özəlliyi EQDS müayinəsini xəstəyə ilk iki saatda aparılmasına imkan verir. Bu müayinə növbətçi həkim-endoskopist tərəfindən aparılır. Pasiyentlərin EQDS müayinəsinə hazırlanmasına xüsusi diqqət verilir. Belə ki, mədəyə zond salınaraq "təmiz su" gələnə kimi yuyulmağa çalışılır. Əgər 30-40 dəqiqəlik yuyulma effekt verməzsə, yuma dayandırılır və EQDS müayinəsi icra edilir. Bu cür yuyulma böyük əksəriyyət xəstələrdə endoskopik olaraq diaqnozun qoyulmasına kömək edir. Lakin profuz qanamalarda daha çox həkimlərin professionallığı əhəmiyyət kəsb edir.

Qeyd edilən bütün xəstələrə EQDS müayinəsinin aparılması mümkün olmuşdur. Endoskopiya qanaxmanın aktivliyinin dərəcəsini, lokalizasiyasını və etiologiyasını təyin etməyə imkan vermişdir. 238 xəstədə (72,8%) qanaxma 12 barmaq bağırsağın xora xəstəliyi ilə əlaqədar olmuşdur. Digər hallarda – 89 xəstədə (27,2%) qanaxma mənbəyi mədədə lokalizasiya olunmuşdur. Beləliklə əksər xəstələrdə (325-99,4%) qanaxmanın mənbəyi və etiologiyası dəqiq tapılmışdır. Yalnız 2 (0,6%) xəstədə profuz qanama səbəbindən qanaxmanın mənbəyi sonraki müayinələrdə dəqiqləşdirilmişdir. Hal-hazırda istifadə olunan qanaxmaların Forrestə görə təsnifatı aşağıdaki kimidir [4]:

1. Aktiv qanama: F1a - güclü pulsasiyalı qanama; F1b – zəif parenximatoz qanama.
2. Dayanmış qanama əlamətləri: F2a- görünən tromblaşmış damar; F2b- fiksə olunmuş qan laxtası; F2c- xora dibinin hemorragiya əlaməti.
3. Olmuş qanama əlaməti: F3 təmiz dibli xora, vizual olaraq qanama əlaməti görünmür.

Təcili FQDS nəticələri cədvəl 1-də göstərilmişdir.

Cədvəl 1

Xəstələrin Forrest təsnifatına əsasən bölünməsi

Təsnifat	Xəstələrin sayı	%
F1a	10	3,1%
F1b	27	8,3%
F2a	30	9,2%
F2b	156	47,7%
F2c	96	29,4%
F3	8	2,4%
Yekun:	327	100%

Cədvəldən göründüyü kimi, EQDS zamanı aktiv qanama (F1a, F1b) 37 xəstədə (11,3%) olmuşdur. Bunlardan 2 xəstədə güclü qanaxma olmuşdur. Dayanmış qanama əlamətləri isə 186 (56,9%) xəstədə olmuşdur. Olmuş qanama əlaməti 8 (2,4%) xəstədə aşkarlanmışdır. Qanaxmalar zamanı 327 xəstədə istifadə

olunmuş müalicə üsulları cədvəl 2-də əks etdirilmişdir. Bu xəstələrdən bəzisinə birdən artıq müalicə tədbirləri aparılmışdır.

Cədvəl 2

İstifadə olunmuş müalicə üsulları

Cərrahi əməliyyat n=12 (3,7%)	EQDS zamanı müdaxilə n=36(11%)
Mədə rezeksiyası 5 (41,7%)	Məhlul şırağı 25 (69,4%)
Qanayan xoranın tikilməsi 7 (58,3%)	Məhlul inyeksiyası 11 (30,6%)

Əksər xəstələrdə (88,1%) konservativ müalicə tədbirləri efektiv olmuşdur. Qanaxmanın mənbəyi dəqiqləşdirilikdən sonra endoskopik hemostaz aparılacaq xəstələr müəyyənləşdirilir. Onlarda qanaxmanın dayandırılması üçün tədbirlər aparılır. Qanaxma zəif olduğu halda F1b zamanı endoskopik hemostaz aparmağa cəhd edilir. 27 xəstədə endoskopik hemostaz aparılmışdır. 15 xəstədə adrenalin qarışıqlı soyuq su məhlulunun qanama mənbəyinə vurulması zəif qanamaların dayandırılmasına yardımçı olmuşdur. 10 xəstədə isə belə müdaxilə effekt verməmiş, invaziv metoda keçilmişdir. Belə ki, xoraətrafı nahiyəyə 4 yerdən fizioloji məhlulla durulaşdırmış adrenalin inyeksiyası edilmişdir. 2 xəstədə birbaşa məhlul inyeksiyası aparılmışdır. Bu üsulla 2 xəstədə qanamanı dayandırmaq mümkün olmamışdur.

F1a zamanı 10 xəstədə güclü qanaxma səbəbindən endoskopik hemostaz aparılmamışdır. Bu xəstələr cərrahi əməliyyata məruz qalmışdırlar.

Nəticə. Mədə və onikibarmaq bağırsağın endoskopik diaqnostikası əksər xəstələrdə (99,4%) qanaxmanın mövcud olduğunu, onun lokalizasiya və etiologiyasını dəqiqləşdirməyə imkan verir. Endoskopik hemostaz F1b zamanı qanaxmaların dayandırılmasında kifayət qədər effektivdir. Belə ki, 25 xəstədən 23-də (92%) endoskopik olaraq qanaxmanı dayandırmaq mümkün olmuşdur. F1b zamanı 2 xəstədə endoskopik hemostaz effekt vermədiyindən bu xəstələr cərrahi əməliyyata məruz qalmışdılar. Hər ikisində qanayan xoranın tikilməsi əməliyyatı aparılmış və xəstələr sağalma ilə evə yazılmışdırlar. Endoskopik hemostazdan sonra 1 xəstə ölmüşdür. Cəmi qanaxmalardan 2 (0,6%) xəstə tələf ölmüşdür.

Mədə və onikibarmaq bağırsağın xora mənşəli qanaxmaları cərrahiyyənin aktual problemlərindəndir. Bu qrup xəstələrə diferensial yanaşma vacibdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Кубышкин В.А., Сажин В.П. и др. Организация и результаты хирургической помощи при язвенном гастродуоденальном кровотечении в стационарах центрального федерального округа // Хирургия им. Пирогова, 2017, №2, с.4-9

2. Лебедев Н.В., Климов А.Е., Петухов В.А. Повторный эндоскопический гемостаз как альтернатива хирургическому лечению больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями // Хирургия им. Пирогова, 2016, №2, с.52-56.

3. Ağayev B.A. Cərrahi xəstəliklər. Bakı, 2007, 808 s.

4. Черняховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Лечебная Эзофагогастродуоденоскопия. М.: 2009.

5. Станулис А.И., Кузеев Р.Е., Гольдберг А.П. Хирургическая тактика и оперативное лечение при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. М.: Информедиа Паблишер 2005.

6. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта // Под ред. проф. С.А. Блащенцевой. М.:2009

7. Можаровский В.В., Мутных И.Н., Можаровский К.В. Клиническая оценка эндоскопических способов гемостаза в лечении больных с гастродуоденальным кровотечением язвенной этиологии // Хирургия им. Пирогова, 2017, №1 с.32-35.

8. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Острые гастродуоденальные кровотечения: от стратегических концепций к лечебной тактике. М.: 2005.

Резюме

Эндоскопическая диагностика и кровотечения двенадцатиперстной кишки язенного генеза

Б.И. Садыгов, Э.А. Алмамедов, Г.А. Аббасова, Ф.Т.Мамедзаде, Х.Г.Гусейнова

Проделанная работа основана на результатах ЭГДС у 327 пациентов, у которых было диагностировано острое кровотечение язенного генеза. Эти пациенты проходили стационарное лечение в нашей больнице на 2013-2017 годы. Средний возраст составил 56,5 лет. Эндоскопическая диагностика язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у большинства пациентов (99,4%) позволяет выявить наличие кровотечения, уточнить его

локализацию и этиологию. Эндоскопический гемостаз F1b достаточно эффективен при остановке кровотечения.

Summary

Endoscopic diagnosis and bleeding of the duodenal ulcer of genesis

B.I. Sadigov, E.A. Almamedov, G.A. Abbasova, F.T. Mamedzade, H.G.Huseynova

The work done is based on the results of EGDS in 327 patients who have been diagnosed with acute bleeding of ulcers. These patients underwent inpatient treatment at our hospital for 2013-2017. The average age was 56.5 years. Endoscopic diagnosis of gastric ulcer and duodenal ulcer in most patients (99.4%) allows to detect the presence of bleeding, to clarify its localization and etiology. Endoscopic hemostasis F1b is quite effective in stopping bleeding.

Daxil olub: 24.08 2018

ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕВЕНТИВНОЙ ИЛЕОСТОМЫ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

А.А. Мамедов, М.М. Мамедов, В.М.Мамедов

Научный центр хирургии им М.А. Топчибашева, г.Баку

Açar sözlər: yoğun bağırsaq, preventiv iloestoma, bərpaedici əməlyyatlar
Ключевые слова: толстая кишка, превентивная илеостома, восстановительные операции
Keywords: colon, preventive ileostomy, recovery operations

Заболевание толстого кишечника различной этиологии постоянно растет и выходит на первое место среди всех заболеваний толстого кишечника и желудочно-кишечного тракта. Ежегодно в мире регистрируется 600000 новых случаев заболеваний. На сегодняшний день хирургический метод является единственным радикальным методом лечения заболеваний толстого кишечника. Вопрос выбора метода операции при заболеваний толстого кишечника зависит от нескольких обстоятельств: распространенности опухолевого процесса, локализации опухоли, гистологической структуры и типа роста, наличия или отсутствия лимфогенных и гематогенных метастазов, топографо-анатомических особенностей строения вышележащих отделов ободочной кишки, общего состояния больного, квалификации оперирующего хирурга, а также материально-технического обеспечения операции. Типовые операции при заболеваний толстого кишечника целесообразно разделить на две группы: сфинктеросохраняющие операции с первичным восстановлением непрерывности кишечника, и операции, заканчивающиеся выведением одноствольной колостомы (с сохранением или удалением запирательного аппарата) [1,2]. К первой группе относятся передняя резекция и брюшно-анальная резекция с низведением сигмовидной кишки в анальный канал. Ко второй группе брюшно-промежностная экстирпация Кеню-Майлса, операция Гартмана (или типа Гартмана), брюшно-анальная резекция с одноствольной колостомой. Особенно остро вопрос о выборе вида операции стоит при низком расположении опухоли, т.е. при расположении в средне- и нижнеампулярном отделах прямой кишки. По данным различных авторов на эту локализацию приходится от 50,1% до 78,1% всех опухолей прямой кишки [3,4,5]. В последние годы произошло изменение структуры выполняемых при раке операций. Связано это с тем, что наряду с соблюдением принципов онкологического радикализма (частичное или полное удаление прямой кишки вместе с фасциальным футляром и зоной метастазирования),современнымнаправлениемразвитияонкоколопроктологии является стремление к максимальному сохранению функции органа, т.е. к выполнению сфинктеросохраняющей операции.

Многие больные поступают в тяжелом состоянии с осложненными формами заболевания, что заставляет производить оперативные вмешательства по экстренным и срочным показаниям и завершать их наложением различного вида колостом [6,7]. В настоящее время восстановление непрерывности толстой кишки при ликвидации колостом является одной из актуальных задач абдоминальной хирургии. Выведение стомы является временной мерой, призванной решить

неотложные проблемы, после к реконструктивной операции. Основная масса пациентов это люди старше 50 лет, перенесшие операции по поводу злокачественных новообразований толстой и прямой кишки. Однако рак не единственная причина временного формирования стомы: встречаются пациенты более молодого возраста, оперированные по поводу неспецифического язвенного колита и болезни Крона, семейного полипоза кишечника, дивертикулярной болезни и травм, осложненных кишечной непроходимостью или перитонитом. Для большинства из них стома — временная мера, которая в 100% снижает риск несостоятельности анастомоза, а после закрытия временной стомы функции кишечника восстанавливаются в полном объеме. Необходимость формирования временной стомы чаще всего возникает при выполнении так называемой в результате тотальной колопроктэктомии при тяжелом течении болезни Крона и язвенного колита. Современные возможности колоректальной хирургии позволяют все чаще положительно решать вопрос о выполнении реконструктивных операций пациентам, у которых объем хирургического вмешательства ранее не предполагал технической возможности восстановления непрерывности. Не менее актуальной проблемой при проведении реконструктивных операций на толстой кишке являются осложнения в раннем послеоперационном периоде. Так, несостоятельность швов анастомоза достигает 6-23% [8,9,10]. Доказана клиническая целесообразность и экономическая эффективность первентивной илеостомы при выполнение восстановительных операций.

Цель исследования оценить роль временной илеостомы при реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке.

Материалы и методы исследования. Работа основана на изучении результатов обследования 41 больных которые находились на стационарном лечение в отделение хирургической колопроктологии Научного центра хирургии ,где им были выполнены расширенные и комбинированные оперативных вмешательств при раке прямой кишки с наложением первичного колоректального анастомоза. Ранее пациентам раком средне- и нижнеампулярного отдела прямой кишки выполнялись низкие передние интерсфинктерные резекции с наложением анастомоза и выведением разгрузочной колостомы (трансверзо- или десцендостомы). Восстановительный этап операции (ликвидация колостомы) при стабилизации основного процесса, как правило, производился через лапаротомный доступ. С начала 2015 г. в отделении внедрено наложение разгрузочной илеостомы, как способа функционально более благоприятного для пациента в плане его дальнейшей реабилитации. К преимуществам данного метода относится то, что ликвидация илеостомы выполняется технически проще и производится под внутривенным обезболиванием из локального доступа. Время операции сокращается в среднем на 12 минут. К «недостаткам» относится физиологически обусловленная жидкая консистенция каловых масс (тонкокишечное содержимое) и связанная с этим частая мацерация кожи в окружности илеостомы.

В период с января 2015 по ноябрь 2017 года в в отделение хирургической колопроктологии проведены первично-восстановительные операции по поводу рака прямой кишки с наложением колоректального анастомоза и выведением разгрузочной илеостомы 41 больным. Мужчин было 19 (46,3%), женщин - 22 (53,7%). Возраст больных колебался от 34 до 75 лет и в среднем составил 63,7±1,5 лет. Более 54% больных - это больные пожилого и старческого возраста. У всех больных до операции было получено добровольное информированное согласие на проведение оперативного вмешательства.

При поступлении в стационар всем пациентам проводился стандартный комплекс лабораторного и инструментального обследования, ключевым компонентом которого являлась компьютерная томография с внутривенным контрастированием с целью выяснения степени распространенности процесса и вовлечения регионарных лимфатических узлов. Всем пациентам проводили предоперационную подготовку кишечника в виде антеградной мониторной очистки фортрансом. Выполняли мобилизацию левого фланга ободочной кишки в соответствии с требованиями онкологического радикализма, с обязательной предварительной высокой перевязкой нижних брыжеечных сосудов и лимфодиссекцией в их бассейне. Все операции завершались наложением первичного колоректального анастомоза ручным способом однорядным и двурядным швом шовным материалом с монофиламентными нитями (викрилом) или использовали степлер. Временную илеостому формировали из терминального отдела подвздошной кишки, на расстоянии около 16 см от илеоцекального угла, выводили в правой подвздошной области и фиксировали к коже по общепринятой методике.

Результаты и обсуждение. Показаниями к превентивной илеостомии мы считаем наличие инфильтрации тканей в полости малого таза, анатомическое расположение опухоли («под тазовой

брюшиной»), сомнительную надежность сформированного анастомоза, связанной с натяжением в его зоне, а также характер микроциркуляции в стенке толстой кишки. Очевидно, что одномоментное восстановление непрерывности толстой кишки после низких передних резекции прямой кишки имеет принципиальное значение. В подобных ситуациях, основываясь на клиническом опыте, целесообразно сформировать первичный анастомоз, несмотря на риск его несостоятельности, и наложить временную илеостому, так как повторные восстановительные операции не всегда возможны.

На наш взгляд, наиболее оптимальной и отвечающей современным требованиям онкологического радикализма при раке прямой кишки является низкая передняя резекция с тотальной мезректумэктомией с адекватным объемом лимфодиссекции. Одним из важных этапов операции считаем высокое пересечение нижней брыжеечной артерии с лимфодиссекцией в ее бассейне. Послеоперационный период у трех пациентов (7,3%) осложнился нагноением послеоперационной раны, в одном случае (2,4%) развилась внутрибольничная пневмония, у двух пациентов (4,9%) - антибиотик-ассоциированный колит, потребовавший заместительной терапии и коррекции пробиотиками. У одного больного на 14 сутки после выполнения передней резекции прямой кишки с формированием временной илеостомы развилась частичная несостоятельность колоректального анастомоза, которая была разрешена консервативно путем промывания пресакральных дренажей раствором антисептиков и рациональной антибиотикотерапией. Наиболее вероятной причиной несостоятельности анастомоза явились технические трудности наложения анастомоза и изменения стенки кишки вследствие нарушений микроциркуляции. В отдаленном послеоперационном периоде у 2(4,9%) больных развилась мацерация кожи в окружности илеостомы, которая была разрешена топическим применением лекарственных средств и гигиеническими процедурами.

Эффект временной илеостомы позволяет предотвратить несостоятельность первичного колоректального анастомоза по поводу рака прямой кишки. По нашему мнению превентивные кишечные стомы необходимо формировать в тех случаях, когда риск возникновения несостоятельности анастомоза представляется высоким. Превентивные стомы не снижают частоту несостоятельности колоректальных (колоанальных) анастомозов, однако играют важную роль в профилактике связанных с несостоятельностью осложнений, что значительно расширяет возможности первичного восстановления толстокишечной непрерывности. В тех случаях, когда топографо-анатомические особенности не позволяют сформировать разгрузочную колостому, следует выполнять превентивную илеостомию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Свистунов А.А., Осадчук М.А., Осадчук А.М. Практическая колопроктология: учебное пособие для последипломного образования. М.: МИА, 2016, 336 с.

2. Melstrom K., Stephen M. Sentovich Colon and rectal surgical emergencies / Surgical Emergencies in the Cancer Patient., 2016, p. 177-187.

3. Бурцев, Д.В. Риск колоректального рака у больных с общими и кишечными симптомами с учетом результатов скринингового исследования кала на скрытую кровь // Урал. мед. журн., 2012, № 6, с. 112-115.

4. Jin Gu Surgical Treatment of Rectal Cancer / Multidisciplinary management of liver metastases in colorectal cancer. 2016, p. 127-147.

5. Schardey H.M., Rogers S., Schopf S.K. et al. Are gut bacteria associated with the development of anastomotic leaks? // Coloproctology. 2017, v.19, p. 1-7

6. Паяниди Ю.Г., Сельчук В.Ю., Жорданиа К.И. и др. Симультанные профилактические операции при раке толстой кишки у женщин // Вопр. онкологии, 2014, № 3, с. 313- 318.

7. Федянин М.Ю., Трякин А.А., Тюляндин С.А. Выбор таргетного препарата во второй линии терапии больных метастатическим раком толстой кишки // Онкол. колопроктология, 2015, № 1, с. 37-42.

8. Денисенко В.Л., Гаин Ю.М. Лечение колоректального рака, осложнённого кишечной непроходимостью, с использованием методики «Быстрого выздоровления» // Вестн. хирургии 2015, № 2, с. 39-41.

9. Хатьков И.Е., Каграманова А.В., Захаржевская Н.Б. и др. Современные принципы скрининга, диагностики и терапии колоректального рака // Терапевт. арх., 2016, № 2, С. 90-9

10.Wen-Tao Zhao, Ning-Ning Li, Dan He et al. Transanal tube for the prevention of anastomotic leakage after rectal cancer surgery: A systematic review and metaanalysis // World Journal of Surgery, 2017, v. 41, Issue 1, p.267-276

Резюме

Возможности превентивной илеостомы при реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке

А.А. Мамедов, М.М. Мамедов, В.М.Мамедов

Представленный нами обзор литературы является свидетельством необходимости и обоснованности применения превентивных кишечных стом в хирургическом лечении рака прямой кишки. В то же время очевидным фактом является отсутствие единого мнения по вопросам выбора вида превентивной стомы. Исследования в этой области немногочисленны, а в нашей стране вообще носят единичный характер. Вышесказанное послужило для нас поводом к проведению собственного исследования.

Summary

Opportunities of the advanced ileostoma reconstructive reconstruction operations on a colon

A.A. Mamedov, M.M. Mamedov, V.M.Mamedov

The literature review presented by us is evidence of the necessity and validity of the use of preventive intestinal stomas in the surgical treatment of colorectal cancer. At the same time, the obvious fact is the lack of consensus on the choice of the type of preventive stoma. Researches in this area are few, and in our country they are single. The foregoing has led us to conduct our own research.

Daxil olub: 14.08 2018

БИОЛОГИЧЕСКАЯ ИНДИФФЕРЕНТНОСТЬ НОВОГО КЛАССА КОНСТРУКЦИОННЫХ БАЗИСНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Л.Б. Акперли, Е.А. Алиева, А.Н. Ниязов Ф.Ю., Мамедов

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Açar sözlər: protezlər, akrillər, eksperiment

Ключевые слова: протезы, акрилы, эксперимент

Key words: prostheses, acrylics, experiment

Съемные зубопротезные конструкции, изготовленные из акриловых пластмасс, вызывают неблагоприятные изменения в состоянии функциональном состоянии органов и тканей полости рта, в том числе, и в микробиоценозе рта протезоносителей [1,2,3]. Для конкретных ортопедических больных, длительное время пользующихся данного рода аппаратами, возникают условия, которые оказываются весьма благоприятными для развития патологических состояний, так называемых «протезных стоматитов». Известно, что съемные протезы на акриловой основе вызывают характерные морфологические изменения в слизистой оболочке, при этом они бывают более выражены в эпителиальном слое [4,5,6,7]. При изучении морфофункциональных параметров периферической нервной системы, слизистой оболочки полости рта как человека, так и экспериментальных животных в процессе длительного ношения и раздражающего влияния съемных зубных протезов, была обнаружена тесная взаимосвязь между функциональными и морфо-гистохимическими изменениями в рецепторном аппарате слизистой оболочки. Важно отметить зависимость вышеуказанных изменений от физико-химических свойств и длительности раздражающего влияния базиса съемных протезов [8,9,10,11]. Результаты проведенных исследований мобильности термических и тактильных рецепторов слизистой оболочки полости рта у некоторых групп протезоносителей показали, что функциональное состояние воспринимающих структурных элементов слизистой оболочки полости рта зависят от возрастных показателей, состояния самой слизистой оболочки, а также от свойств акриловых пластмасс и содержания в них остаточного мономера [12].

Цель исследований. Достижение максимальной биологической совместимости и нейтральности акрилового протеза с тканями и органами полости рта

Материал и методы исследований. С целью дифференциации морфо-гистохимического влияния на слизистую протезного ложа стоматологических базисных материалов на основе акриловых пластмасс, широко применяемых в стоматологии, в Центральной Научно-Исследовательской Лаборатории Азербайджанского Медицинского Университета были проведены экспериментальные исследования. В данном исследовании были использованы обычные кролики в количестве 48 с массой 2,0-2,9 кг и в возрасте 1-2 года. С целью изучения влияния акриловых пластмасс на мягкие ткани была сформирована экспериментальная модель раневой поверхности в области бедра кроликов. В соответствующую область проводились инъекции 1% раствором новокаина для локальной анестезии. Одним разрезом раскрывались подкожные ткани и заранее приготовленные пластинки из акрилатов размерами 0,5x1, 0x2,0 см фиксировались в подкожных участках бедренной области животных хирургическим швом. Соответственно видам акриловых пластмасс, животные были подразделены на 4 разные группы по 12 кроликов в каждой группе. После созданной экспериментальной модели животные были разделены на 4 группы по 12 кроликов в каждой: в I-ой группе применялась пластмасса «Фторакс»; во II-ой группе - «Vertex», в III-й - «Meliodent HC» и в IV-ой группе - «Белакрил». Из полученных блоков изготавливались срезы толщиной 3-5 микрон с помощью микротома (Leica RM 2125 RTS, Германия). Срезы стандартно окрашивались гематоксилином и эозином (Merck, Германия). Изготовленные препараты исследовались на световом микроскопе (Leica DM 750, Германия). Все отмеченные изменения при микроскопическом исследовании фиксировались камерой (Leica ICC 50, Германия). Мягкие ткани, непосредственно окружающие акриловую пластинку – подкожная клетчатка, сосуды, фасции и т.д. рассматривались раздельно. Каждый параметр по степени выраженности оценивался в 4 балла. Полное отсутствие рассматриваемого параметра - (0), слабая выраженность – один (1), средняя степень выраженности – два (2), выраженность значительной степени оценивалась в три (3) балла. Полученные данные были подвержены статистической обработке. В статистических расчетах определялись среднее значение различного параметра (M), средний стандартный показатель отклонения (m), статистически достоверная разница (p) между различными группами и показателями на разных этапах исследования. Проводимые статистические подсчеты велись по версии 15.0 «статистического пакета для социальных наук».

Результаты гистологических исследований были проанализированы для каждого параметра. Во всех образцах биопсий в разных группах были обнаружены изменения непосредственно в тканях, окружающих акриловые пластинки. Изменения в более отдаленных от акрил пластмассовых материалов тканевых участках встречались сравнительно меньше и менее выраженной степени. Одновременно в образцах группы, где применялся «Фторакс» отмечались патологические изменения тяжелой степени, тогда как в группе, где использовалась для вживления пластинки из «Meliodent HC» они были менее выражены. Динамика выявленных изменений в разных группах по разным параметрам на всех этапах исследования изучена и нашла свое отражение в нижеследующих таблицах, рисунках и диаграммах. Инфильтрация лимфоцитами на первой неделе исследования наиболее интенсивно проявлялась в группе животных, которым в область мягких тканей бедра фиксировались пластинки на основе традиционной акриловой пластмассы «Фторакс» (рис. 1).

Так, во всех образцах вокруг материалов отмечалась лимфоцитарная инфильтрация умеренной и тяжелой степени выраженности. В некоторых образцах, наряду с единичными лимфоцитами, отмечались групповые их скопления. Наименьшие изменения отмечались во второй группе. Во всех образцах этой группы также отмечалась инфильтрация лимфоцитами, но ни в одном из них формирование агрегатов лимфоцитами не отмечалось или выявлялся очень редко мелкий лимфоцитарный агрегат, но, при этом, инвазии лимфоцитов в ткани не отмечалось. В одном образце четвертой группы, а также в двух образцах второй группы инфильтрация лимфоцитами не отмечалась. Ко второй неделе морфологических исследований показатели продолжали расти. Тем не менее, в сравнительном аспекте количественные соотношения инфильтрации лимфоцитами по разным группам оставались практически неизменными. Начиная с третьей недели исследования в группах, где применялись пластмассы «Meliodent HC» и «Белакрил», интенсивность инфильтрации лимфоцитами начала снижаться. В контрольной же группе, где применялись «Фторакс» и «Vertex», степень лимфоцитарной инфильтрации возрастала, достигнув максимального своего значения на третьей неделе исследования.

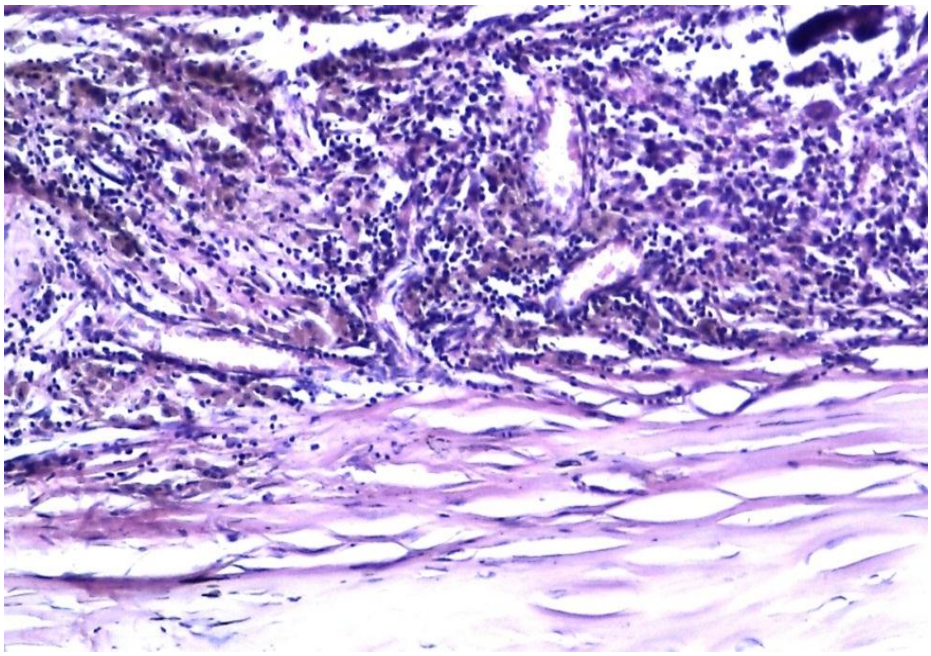


Рис.1. Многочисленная инфильтрация лимфоцитами и плазматическими клетками на фоне фиброза после применения пластмассы «Фторакс», третья неделя исследования. (окраска: гематоксилин-эозин, увеличение: х40).

Так, в образцах биопсий, забранных в данных группах, отмечались интенсивная инфильтрация лимфоцитами и наличие лимфоцитарных агрегатов. На последней неделе исследования лишь в некоторых образцах в основной группе и в группе сравнения, где применялись «Meliodent HC» и «Белакрил», отмечалась незначительная лимфоцитарная инфильтрация. Несмотря на высокие показатели инфильтрации лимфоцитами на третьей неделе исследования в группах, где применялись пластинки из «Фторакса» и «Vertex»-а, на завершающем этапе морфологических исследований дынные резко уменьшились. Степень и интенсивность инфильтрации лимфоцитами на всех этапах исследования в разных группах показана в таблице 1.

Таблица 1

Интенсивность инфильтрации лимфоцитами в разных группах на разных этапах исследования.

Группы / Недели	I	II	III	IV
1	1,33±0,57	1,00±0,00	0,33±0,57	0,66±0,57
2	2,00±0,00	1,66±0,57	0,66±0,57	1,33±0,57
3	2,33±0,57	2,00±2,00	0,33±0,57	1,00±0,00
4	1,66±0,57	1,33±0,57	0	0,33±0,57

Примечание: I – контрольная группа 1; II – контрольная группа 2; III – группа сравнения; IV – основная группа

Инфильтрация лимфоцитами и плазматическими клетками на первой неделе исследования отмечалось во всех группах спорадически. При этом, в основной группе и в группе сравнения, кроме группы, где применялся "Фторакс", лишь в одном образце отмечалась инфильтрация плазматическими клетками. На последующем этапе во всех группах выявлялась различная степень выраженности скопления лимфоцитов, плазматических клеток и их инфильтрации (рис.3).

На третьей неделе исследования этот показатель также продолжал повышаться, на как и в предыдущий этап лабораторных исследований, наименьшее значение по изучаемому фактору было выявлено в группе сравнения, где использовались экспериментальные модели из «Meliodent HC».

Несмотря на резкое повышение данного показателя в группах, где применялись пробные пластинки из «Фторакса» и «Белакрила», в группе, где применялся «Meliodent HC», степень инфильтрации была незначительной. На последней неделе исследования показатели интенсивности инфильтрации плазматическими клетками в группах, где применялись «Meliodent HC» и «Белакрил» достигли значений, которые регистрировались на первой неделе. В контрольной группе, где применялись пластинки из «Фторакс» также отмечалось почти аналогичные показатели.

При динамическом наблюдении во всех группах не было выявлено какой-либо закономерности в увеличении или уменьшении показателей или степени инфильтрации гигантских многоядерных клеток. Во многих образцах гигантские многоядерные клетки, одновременно с гистиоцитами и лимфоцитами формировали агрегаты, так называемые формации гранулем. Гигантские многоядерные клетки, а также формации гранулем в максимальной степени отмечались в группе, где применялись образцы из акриловой пластмассы «Meliodent HC» (Рис.4).

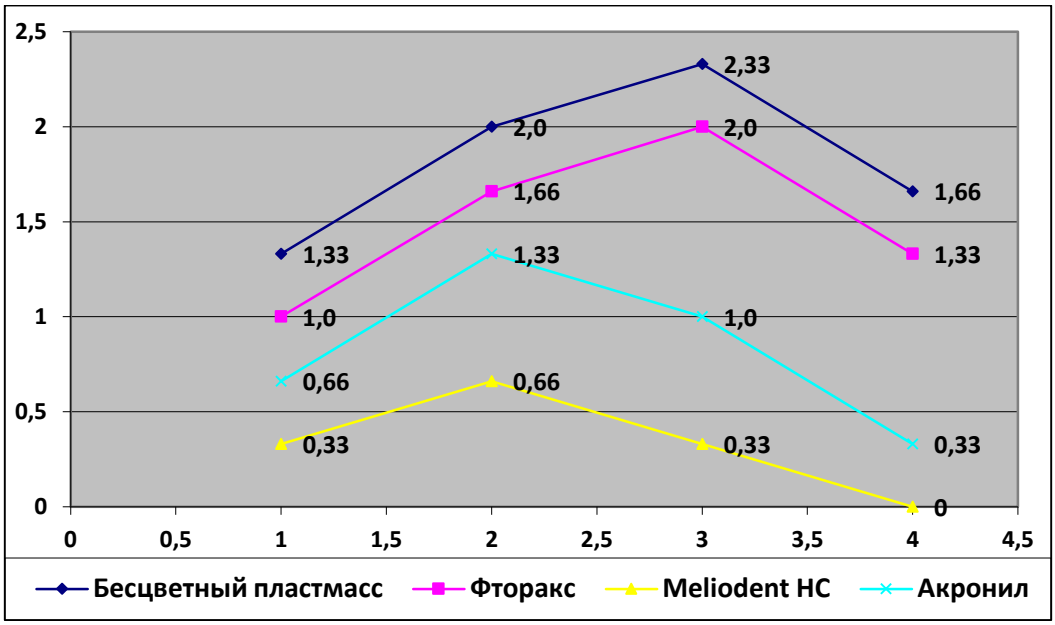


Рис.2. Интенсивность инфильтрации лимфоцитами в разных группах

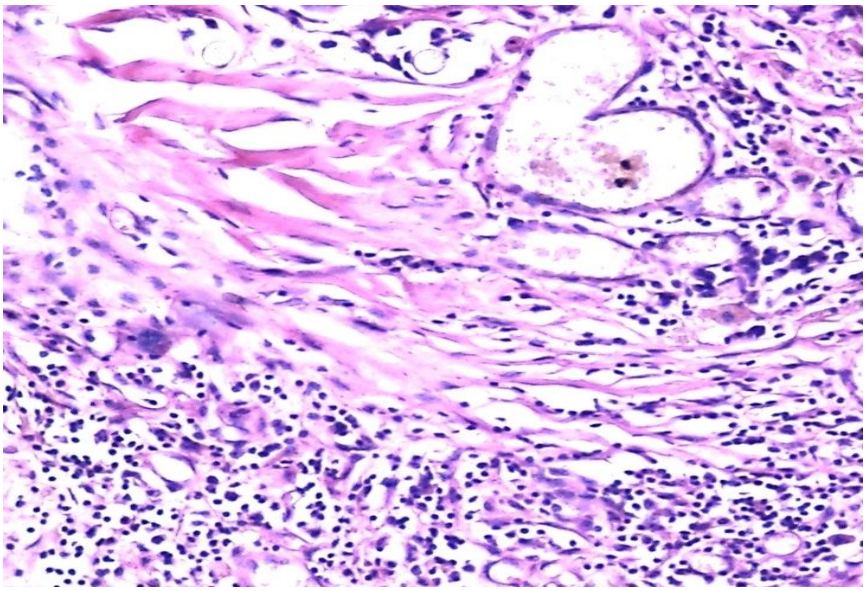


Рис.3. Инфильтрация лимфоцитами, гистиоцитами и плазматическими клетками на фоне фиброза в контрольной группе 1, где применялся “Фторакс”, третья неделя исследования (окраска: гематоксилин-эозин, увеличение: x40)

Группа же, где были выявлены наименьшие изменения по изучаемым факторам, была вторая контрольная группа, где в экспериментальных целях применялся «Фторакс». Сравнительный статистический анализ результатов наблюдений, как на начальном этапе, так и в более отдаленные сроки показали, что инфильтрация гистиоцитами, после подкожной имплантации, а также формирование гранулем с гигантскими многоядерными клетками происходят в виде неспецифической клеточная реакции независимо от вида применяемых акриловых пластмасс.

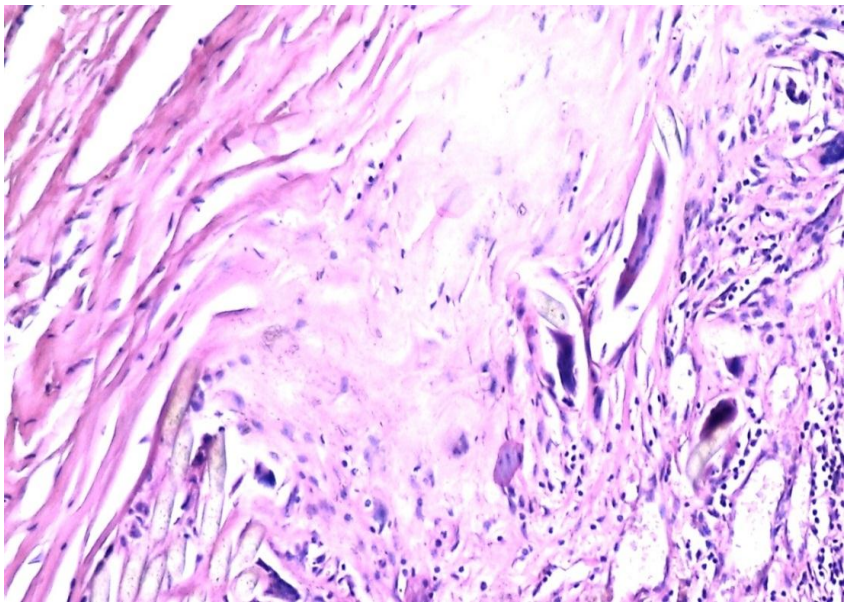


Рис. 4 Лимфоциты и гигантские многоядерные клетки на фоне фиброза в группе сравнения, где применялся “Meliodent HC”, четвертая неделя исследования (окраска: гематоксилин-эозин, увеличение: x40)

Таким образом, в результате экспериментальных и морфологических исследований было выявлено, что во всех образцах биопсий в разных группах были обнаружены патологические изменения непосредственно в тканях, окружающих акрил пластмассовые материалы, но, при этом, в образцах с имплантированной пластинкой из «Фторакса» степень и интенсивность патологического процесса в пограничных мягких тканях оказалась выше, чем в группе сравнения, где применялся «Meliodent HC» и где регистрировались незначительные, менее выраженные изменения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сафаров А.М. Микробная обсеменённость полости рта при ношении съемных зубных протезов на основе различных материалов // Современная стоматология, 2010, № 2, с. 103-105.

2. Громов О.В., Альберт Е.Л., Чекрыгина А.А. Влияние базисного материала на микробиологическое состояние полости рта // Современная стоматология, 2010, № 1, с. 118-121.

3. Chopde N.J. Microbial colonization and their relation with potential cofactors in patients with denture stomatitis // Contemp Dent Pract., 2012, v.13 (4), p.456-459.

4. Gendreau L., Loewy Z.G. Epidemiology and etiology of denture stomatitis // J Prosthodont., 2011, v.20, p.251-260.

5. Hilgert J.B., Giordani J.M., de Souza R.F. et al. Interventions for the Management of Denture Stomatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. // J Am Geriatr Soc., 2016, v.64(12), p.2539-2545.

6. Radović, K Denture stomatitis and salivary vascular endothelial growth factor in immediate complete denture wearers with type 2 diabetes // J Prosthet Dent., 2014, № 111 (5), p. 373-379.

7. Salerno C., Pascale M., Contaldo M. et al. Candida-associated denture stomatitis // Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal., 2010, v.77, № 4, p.40-44.

8. Галинский Ю.Г., Зултан О.Я., Цимбалистов А.В. Профилактика стоматологических заболеваний, обусловленных наличием в полости рта ортопедических конструкций // Стоматология, 2008, Спец. вып, 42 с.

9. Пырков С.Т., Погодин В.С., Подкин Ю.С. Частота непереносимости зубных протезов из нержавеющей стали по данным анкетирования и клиниколабораторных мето-дов исследования // Стоматология, 2010, № 6, с. 60-62

10. Огородников М.Ю. Улучшение свойств базисных материалов, использующихся в ортопедической стоматологии: этапы развития // Современная ортопедическая стоматология, 2012, № 17, с. 70-71

11. Титов П.Л., Мойсейчик П.Н., Богдан Г.П. Аллергические реакции и непереносимость материалов, используемых в клинике ортопедической стоматологии // Современная стоматология, 2010, № 1, с. 12-14.

12.Долбнев И.Б. Влияниесъемного пластиночного зубного протезиро-вания на секрецию слюнных желез // Заболевания слизистой оболочки полости рта, 2012, № 1, с. 20.

Xülasə

Yeni nəsil bazis konstruksiya materiallarının bioloji indefferntliyinin artırılması

YA.Əliyeva, K.B.Əkbərli, A.N.Niyaziv, F.Y.Məmmədov

Eksperimental mdel yaradıldıqdan sonra heyvanlar 4 qrupa ayrılmışlar: I nəzarət qrupu – 12 dovşan, onlara « Ftoraks» plastmass tətbiq edilmişdir; II nəzarət qrupu - 12 dovşan, «Vertex»; III müqayisə qrupu 12 dovşan, «Meliodent HC»; IV əsasq qüup - 12 dovşan «Blekaril». «Ftoraks» tətbiq edilən nümunə qrupunda daha mürəkkəb dəyişikliklər baş vermişdir, «Meliodent HC» istifadə edilən qrupda dəyişikliklər minimal olmuşdur. Tədqiqatların sonuncu həftəsində «Meliodent HC» və «Belakril» istifadə edilən müqayisə və əsas qruplardan götürülən bəzi biopsiya nümunələrində cüzi limfositar infiltrasiya və plazmatik hüceyrələr ilə minimal infiltrasiya intensivliyi aşkar edilmişdir.

Summary

Biological indifference of the new class of structural construction basic materials

E.A. Aliyeva, L.B. Akperli, A.N. Niyazov, F.Yu.Mamedov

After creating an experimental model, the animals were divided into 4 groups: I control group 1– 12 rabbits, «Ftorax» plastic was used ;; II control group 2 - 12 rabbits, used «Vertex»; Group III — comparison group — 12 rabbits, «Meliodent HC» was used; IV main group - 12 rabbits, used «Belakril». In the samples of the group where «Ftorax» was applied, more severe changes were noted, and in the group where «Meliodent HC» was used - minimal changes. During the last week of the study, only in some samples of biopsies from the comparison group and the main group, where «Meliodent HC» and «Belacryl» were used, there was a slight lymphocytic infiltration and minimal plasma cell infiltration rates.

Daxil olub: 22.08 2018

UŞAQLARDA ATOPİK DERMATİTİN İNKİŞAFININ RİSK AMİLLƏRİ

T.Z.Cavadzadə

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: atopik dermatit, risk amilləri, sorğu kitabçası, yayılma

Ключевые слова: атопический дерматит, факторы риска, опросник, распространенность

Key words: atopic dermatitis, risk factors, questionnaire, prevalence

Son illər atopik dermatit (AD) mütəlif ölkələrdə uşaqlarda rast gələn allergik xəstəliklər arasında aparıcı yerlərdən birini tutur və atopik dermatitdən əziyyət çəkən uşaqların sayının daima artması meyli nəzərə çarpır. AD-nin inkişafı müxtəlif risk amillərinin (prenatal, perinatal və postnatal risk amilləri) təsiri ilə bağlıdır. Xəstəliyin əmələ gəlməsi çox vaxt uşaqlarda immun sistemin funksional vəziyyətində pozğunluqların olması və immun cavabın formalaşması ilə bağlıdır. AD-li uşaqlarda immun çatışmazlığın olması həm xəstəliyin formalaşmasına, həm də onun daha ağır gedişinə səbəb olur [1,2,3].

AD problemində bu xəstəliyin profilaktikası məsələsi əvvəlki kimi çox yüksək aktuallıq kəsb edir. Bununla əlaqədar olaraq xəstəliyin proqnozunda real əhəmiyyət daşıyan və onların sayəsində effektiv profilaktik tədbirləri planlaşdırmağa imkan verən risk amilləri böyük rol oynayır [4,5,6]. Bu baxımdan tədqiqat işimizin məqsədi Bakı şəhərində uşaqlarda atopik dermatitin inkişaf riskinin proqnozlaşdırılmasında pre-, peri- və postnatal amillərin rolunun öyrənilməsi olmuşdur.

Tədqiqat işinin material və metodları. Qarşıya qoyulan məqsədə nail olmaq üçün tədqiqat işində hazırlanmış klinik-laborator meyarlara müvafiq olaraq 2014-cü ildən 2017-ci ilə qədər müddət ərzində 1 yaşdan 15 yaşa qədər atopik dermatit diaqnozu ilə 112 uşaq müayinə edilmişdir. Bu uşaqlar AD olan uşaqların əsas qrupunu təşkil etmişlər; əlavə olaraq kontrol qrup kimi allergik reaktivliyi dəyişməmiş və orqanizmdə xronik infeksiya ocaqları olmayan 55 praktik sağlam uşaq götürülmüşdür. Müayinə qrupları arasında cinslər və yaşlar üzrə fərqlər statistik cəhətdən əhəmiyyətli deyildir. Əsas qrupda uşaqlar 2 yarımqrupa bölünmüşlər: onlardan AD olan və ikincili infeksiya ilə ağırlaşan 64 uşaq (1 qrup); AD olan və ikincili infeksiya ilə ağırlaşmamış 48 uşaq (2 qrup). Birinci mərhələdə uşaqların ətraflı müayinəsi aparılmışdır ki, buraya hər bir uşağın (və ya onun valideynlərinin) şikayətlərinin, həyat anamneznin öyrənilməsi, həmçinin onun xarakterinin və ağırlıq dərəcəsinin təyin edilməsi ilə bərabər xəstəliyin

simptomlarının qiymətləndirilməsi və fiziki müayinə daxildir. Hər bir uşaq üçün uşaqlarda allergik xəstəliklərin öyrənilməsinin unifikasiyalı kartı doldurulmuşdur. Bu karta risk amilləri haqqında məlumatlar (irsi, alimentar, antenatal, neonatal, intranatal, makro- və mikroekoloji) daxildir. Məlumatların statistik təhlili Microsoft Excel (2007) elektron cədvəllər proqramının köməyi ilə həyata keçirilmişdir.

Tədqiqat işinin nəticələri və onların müzkirəsi. Hazırkı tədqiqat işində Bakı şəhərində uşaqların sağlamlığının formalaşmasına və AD-nin inkişaf etməsinə təsir göstərən amillərə aid olan müxtəlif risk amillərinin təsirinin təyin edilməsinə cəhd göstərilmişdir. Ədəbiyyat məlumatlarının əsasında aşağıdakı risk amilləri seçilmişdir.

– **prenatal**: bu, risk amilləri qrupu olub, onlara təsir etmək kifayət qədər çətindir, bəzi hallarda isə praktik olaraq mümkün deyildir. Bu, onunla bağlıdır ki, amillərin bir hissəsi idarə olunan deyildir və ya şərti idarə olunandır. Onlara iqlim-coğrafi xüsusiyyətlər, yüksək çirklənmə, qazlarla çirklənmə, zərərli maddələrin, azot oksidinin, fomaldehidin, kükürd oksidinin miqdarının yüksəlməsi aiddir. Bu amillərin istisnasız olaraq bütün uşaqlara təsir etməsini və AD-nin baş verməsində amillər kompleksinin təsirini nəzərə alaraq, biz praktik olaraq idarə olunmayan bu makroekoloji amillərin müayinə edilən uşaqlara təsirini öyrənmişik. Həmçinin prenatal risk amillərinə aşağıdakı göstəricilər aid edilmişdir: ağırlaşmış genealoji anamnez, anada xronik xəstəliklər; xronik stress, peşə zərərləri.

– **perinatal** risk amilləri: hamiləliyin qeyri-qənaətbəxş gedişi (hamilə qadınların hestozu, anemiya, hamiləlik vaxtı infeksiyalar, hamiləliyin pozulması təhlükəsi, hamiləliyin müştərək patologiyası); doğuşların müddəti (vaxtındanəvvəl, vaxtından gec); doğuşlar zamanı ağırlaşmalar (ağırlaşmaların olmaması, sürətli doğuşlar, göbək ciyəsinin dolanması, uzun müddət susuz dövr, zəif doğuş fəaliyyəti); doğuş üsulları (Qeysəriyyə kəsiyi yolu ilə, mamalıq vasitələrinin tətbiq edilməsi ilə); yenidoğulmuşun qışqırması (reanimasiya tədbirlərini apardıqdan sonra, sərbəst ağlamışdır); hamiləlik vaxtı və ya doğuş zamanı MSS-də zədələnmələrin olması; ilk dəfə döşə qoyulma vaxtı (qoyulmamışdır, 1 saat ərzində, birinci sutka, ikinci sutka, daha gec).

– **postnatal** risk amilləri**:** neonatal dövrün patologiyası (onurğanın boyun şöbəsinin natal travması, prenatal ensefalopatiya, hipotrofiya, konyuqasion sarılıq, bağırsağın kolonizasiya rezistentliyinin pozulması); döşlə əmizdirmə (uşaq ana südü almamışdır**,** 3 aya qədər, 6 aya qədər, 12 aya qədər döşlə əmizdirmə).

Bakı şəhərində AD-dən əziyət çəkən uşaqların risk qruplarının prenatal və perinatal amillərin müqayisəli xarakteristikası cədvəl 1-də təsvir edilmişdir.

Cədvəl 1

Bakı şəhərində atopik dermatiti olan uşaqların qruplarında pre- və perinatal risk amillərinin rastgəlmə tezliyi

Risk amilləri	Müqayisə qrupları				p
	1-ci qrup (n=64)		2-ci qrup (n=48)		
	Müt.	%	Müt.	%	
Uşqaqların ağırlaşmış genealoji anamnezi	16	25,0±5,2	33	68,7±6,7	p≤0,05
Anada peşə zərərləri	12	18,6±4,9	4	8,3	p≤0,05
Gələcək ananın xronik xəstəlikləri	21	32,8±5,8	7	14,5±5,2	p≤0,05
Gələcək ananın xronik stressi	2	3,2	4	8,3	p≤0,05
Hamiləliyin patologiyası	48	75,0±5,4	21	43,8±7,1	*
Doğuşlarda ağırlaşmalar	26	40,7±6,1	16	33,3±6,8	*
Uşaqlarda MSS-nin bətndaxili və ya doğuşlar zamanı zədələnməsi	29	45,3±6,2	12	25,0±6,3	p≤0,05
Neonatal dövrün patologiyası	45	70,3±5,6	14	29,2±6,5	*
İlk əmizdirmənin müddəti (birinci saat)	8	12, 5±4,6	29	60,4±7,0	p≤0,05
Döşlə əmizdirmənin müddəti 1 yaşa qədər	14	21,9±5,2	38	79,2±5,8	p≤0,05
Təbii doğuş üsulu	52	81,2±4,8	35	72,9±6,4	p≤0,05
Vaxtında baş verən doğuşlar	56	87,5±4,1	37	77,1±6,1	p≤0,05
Uşaq doğulduqdan dərhal sonra qışqırmışdır	59	92,2±3,4	44	91,7±3,9	p≤0,05

Qeyd * - statistik dürüst fərqlər aşkar edilməmişdir.

Prenatal risk amillərinin müqayisəli xarakteristikası zamanı aşkar edilmişdir ki, uşaqların 2-ci qrupda gələcək analarda ağırlaşmış genealoji anamnezin xüsusi çəkisi (68,7±6,7%) 1-ci qrupda AD-dən əziyyət çəkən uşaqların anaları ilə müqayisədə (25,0±5,2%; p≤0,05) yüksəkdir. Bəzi amillərin, məsələn, gələcək

ananın xronik xəstəliklərinin rastgəlmə tezliyi də həmçinin uşaqların 1-ci qrupunda olan qadınlarda (32,8±5,8%) 2-ci qrupdakı qadınlarla müqayisədə (14,5±5,2%) yüksək olmuşdur. Xronik stres 2-ci qrupdakı qadınlarda (8,3%) 1-ci qrupda olan qadınlara (3,2%) nisbətən dürüst yüksək olmuşdur. Bu zaman 2-ci qrupdakı qadınlarda peşə zərərləri (8,3%) 1-ci qrupdakı gələcək anaların məlumatları ilə müqayisədə xeyli az (18,6±4,9%; p≤0,05) rast gəlir. Uşaqlarda AD-nin inkişafının prenatal risk amili olan atopiya üzrə ağırlaşmış genealoji anamnezi idarə olunmayan amil kimi qalır və ona praktik olaraq təsir etmək mümkün deyildir. Genealoji anamnezin xarakteristikası zamanı ona pollinozların böyük təsir göstərməsi diqqəti cəlb edir ki, bunu da həmçinin kənd təsərrüfatı prioritetləri ilə əlaqələndirmək olar.

Beləliklə, hər iki qrupda olan uşaqlarda AD-nin prenatal risk amillərinin müqayisəli xarakteristikasını apardıqda belə qənaətə gəlmək olar ki, ağırlaşmış genealoji anamnez hər iki qrupda olan uşaqlarda AD-nin inkişafında aparıcı prenatal risk amillərindən sayılır. Daha sonra əsasən 1-ci qrupdakı uşaqlar üçün səciyyəvi olan prenatal amilləri ayırd etmək olar. Bu, ilk növbədə qadınların xronik xəstəlikləridir ki, onlar da öz növbəsində dölün bətndaxili hipoksiyasına və MSS-nin gələcəkdə zədələnməsinə gətirib çıxarır. 1-ci qrupdakı qadınlar üçün gələcək ananın peşə zərərləri daha səciyyəvidir və bunlar 2-ci qrupdakı uşaqlarla müqayisədə dürüst tez-tez nəzərə çarpır. Bu zaman ən mühüm məqam odur ki, bu amillər dölə təsir göstərir və həmçinin dölün xronik bətndaxili hipoksiyasına gətirib çıxarır. Prenatal risk amilləriin əksəriyyəti – hansı ki, ağırlaşmış genealoji anamnezdən fərqli olaraq idarə olunan və ya qismən idarə olunan sayılırlar - dölün bətndaxili hipoksiyasının formalaşmasına gətirib çıxarır və müalicə və profilaktika tədbilərinin köməyilə belə risk amillərinə təsir etməklə bu amillərin dölə təsirinin aradan qaldırılması üçün müvafiq şərait yaratmaq olar. Faktik olaraq bu, atopiya üzrə ağırlaşmış genealoji anamnezi olan uşaqlar üçün profilaktik təbir hesab edilər bilər, çünki müstəqil, əlavə təsirlər etmədən irsi amil həlledici sayılmır. Uşaqlarda AD-nin profilaktikası zamanı profilaktik istiqamət reproduktiv yaşlı qadınlara tibbi yardımın keyfiyyətinin yüksəldilməsinə (dispanserizasiya, vaxtında və dəqiq diaqnostika, profilaktik tədbirlər), istehsalat mühitinə təsir göstərilməsinə, hamilə qadınların zərərli istehsalatda işə cəlb edilməsinin məhdudlaşdırılmasına yönəldilməlidir.

Perinatal risk amillərinin AD-nin inkişaf etməsi ehtimalına təsirinin qiymətləndirilməsi zamanı hamiləliyin və doğuşların ümumi patologiyasında onun tezliyinin yüksək olması diqqəti cəlb edir. Lakin əgər perinatal risk amillərinə ayrı-ayrı əlamətlər üzrə diferensiasiyalı şəkildə baxsaq, onda bir fakt aydın olar ki, 1-ci qrupdakı uşaqlarda 2-ci qrupdakı uşaqlarla müqayisədə vaxtında baş verən doğuşların xüsusi çəkisinin daha yüksək olması (müvafiq olaraq 87,5±4,1% və 77,1±6,1%, p≤0,05) nəzərə çarpır. Təbii doğuşlar yalnız 1-ci qrupdakı uşaqlarda 81,2±4,8% halda və 2-ci qrupdakı uşaqlarda 72,9±6,48% halda qeyd edilir (p≤0,05). Həmçinin onu da qeyd etmək lazımdır ki, uşaqların 2-ci qrupda olan yenidoğulmuşlar çox vaxt reanimasiya tədbirlərinin aparılmasına ehtiyac duyurlar. Bunu həmçinin o təsdiq edir ki, doğulduqdan dərhal sonra yenidoğulmuşun ilk sərbəst qışqırması 1-ci qrupda olan uşaqlarda (92,2±3,4%) 2-ci qrupda olan uşaqlarla (91,7±3,9%; p≤0,05) müqayisədə dürüst az baş verir. Ümumilikdə yuxarıda sadalanan perinatal risk amilləri onu göstərir ki, hər iki qrupda AD olan uşaqlarda perinatal risk amilləri iştirak edir ki, bu da dölün bətndaxili hipoksiyasına, hamiləlik və ya doğuş zamanı MSS-nin patologiyasının formalaşmasına gətirib çıxarır. Çox güman ki, 1-ci qrupda olan uşaqlarda perinatal ensefalopatiya və onurğanın boyun şöbəsinin travması ilə bağlı olan MSS-nin bətndaxili zədələnməsinin yüksək xüsusi çəkisi buradan qaynaqlanır. Əldə edilən məlumatları nəzərə alaraq, belə güman etmək olar ki, hər iki qrupda olan uşaqlarda perinatal amillərin böyük hissəsini idarə olunan amillərə aid etmək olar. Bu, diqqəti doğuşların və hamiləliyin təqibinə yönəltməyə imkan verir. O da vacibdir ki, bu istiqamətdə aparılan profilaktik iş - qadın məsləhətxanalarının işinin keyfiyyəti, hamiləliyin və doğuşların aparılması ilə bağlı olan - yəqin ki, dölün xronik bətndaxili hipoksiyasının formalaşması ilə bağlı olan perinatal risk amillərinin və ya doğuş zamanı kəskin posttravmatik hipoksiyanın AD-nin inkişafına mənfi təsirini aşağı salmağa imkan verər.

Perinatal risk amillərinin müqayisəli xarakteristikasında ən mühüm məqam odur ki, 2-ci qrupda olan uşaqlarda yenidoğulmuşların döşə erkən müddətdə qoyulması (doğulduqdan sonra birinci saat ərzində) 1-ci qrupla müqayisədə açıq-aydın üstünlük təşkil edir. 2-ci qrupda olan uşaqların 60,4±7,05%-i, 1-ci qrupda olan uşaqların isə yalnız 12,5±4,6%-i döşə doğuş zalında qoyulmuşdur. Bu, 2-ci qrupda olan uşaqlar üçün əhəmiyyətli müsbət cəhət sayılır və mənfi təsirlərin neytrallaşdırılmasında AD-nin inkişafının digər risk amillərinin iştirakını müəyyən etməyə imkan verir. Həmçinin güman etmək olar ki, yenidoğulmuş uşaqlarda bu göstəricinin yaxşılaşdırılması AD-nin inkişafı ilə bağlı olan profilaktik tədbirlər kompleksini xeyli yaxşılaşdıra bilər.

ƏDƏBİYYAT

1. Иллек Я.Ю., Суслова Е.В., Галанина А.Б. Состояние иммунитета при атопическом дерматите у детей, получавших озонотерапии / Сборник научных трудов межрегиональной научно-практической конференции «III Апрельский чтения памяти профессора М.В. Пиккель». Архангельск, 2012, с.52-54.
2. Овсянников Д.Ю. Дисбактериоз кишечника у детей: этиология, клиническое значение, диагностические критерии, современные методы коррекции // Педиатрия, 2011, №2, с.10-19
3. Суслова Е.В., Галанина А.В., Тарбеева О.Н. Терапевтический, иммуномодулирующий и противорецидивный эффекты некоторых иммуномодуляторов и физических методов при атопическом дерматите //Материалы открытой межрегиональной научно-практической конференции молодых учёных и студентов «Молодёжь и медицинская наука в XXI веке». Киров, 2011, с.139
4. Фокина Р.А. Особенности течения атопического дерматита в условиях Якутии у детей и подростков в сравнительном аспекте // Дальневосточный медицинский журнал, 2007, Приложение 4, с.18-19
5. Ishida Y., Nakamura F., Kanzato H. Clinical effects ofacidophilus strain L–92 on perennial allergic rhinitis: a double–blind, placebo–controlled study // J. Dairy Sci., 2005, No 8, p.527–533
6. Yang Y. W., Tsai C. L., Lu C. Y. Exclusive breastfeeding and incident atopic dermatitis in childhood: a systematic review and meta–analysis of rospective cohort studies // The British Journal of Dermatology, 2009, v.161, No2, p.373-383.

Резюме

Факторы риска развития атопического дерматита у детей

Т.З.Джавадзаде

Проведенными исследованиями установлено, что ведущим пренатальным фактором риска в развитии атопического дерматита (АД) у детей обеих групп является отягощенный генеалогический анамнез. Профилактическая направленность в случае профилактики АД у детей должна ориентироваться на повышение качества медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста (диспансеризация, своевременная и точная диагностика, профилактические мероприятия), воздействие на производственную среду, ограничение доступа беременных женщин к работе на вредном производстве. При оценке влияния перинатальных факторов риска на возможность развития АД в сравнительной характеристике обращает на себя внимание высокая частота в совокупности патологии беременности и родов. Важным моментом при сравнительной характеристике перинатальных факторов риска оказалось, что ранний срок прикладывания к груди новорожденных (в первый час после рождения) явно превалирует у детей 2 группы по сравнению с детьми 1 группы.

Summary

Factors of the risk of atopic dermatitis development in children

T.Z.Javadzade

The conducted researches established that the leading prenatal risk factor in the development of atopic dermatitis (AD) in children of both groups is a burdened genealogical anamnesis. The preventive focus in the case of prevention of blood pressure in children should focus on improving the quality of medical care for women of reproductive age (medical examination, timely and accurate diagnosis, preventive measures), impact on the work environment, restricting access of pregnant women to work in hazardous production. When assessing the impact of perinatal risk factors on the possibility of developing blood pressure in a comparative characteristic, attention is drawn to the high frequency in the aggregate of the pathology of pregnancy and childbirth. An important point in the comparative analysis of perinatal risk factors was that the early period of application to the breast of newborns (in the first hour after birth) clearly prevails in children of the 2 groups compared with the children of group 1

Daxil olub: 18.07 2018

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА И ЕЕ РЕЦЕПТОРНОМ АППАРАТЕ ПОД ВЛИЯНИЕМ АКРИЛОВЫХ ПЛАСТМАСС

С.И. Ахмедов, Г.А. Ниязова, Е.А. Алиева, В.А. Мехмани, Л.Б.Акберли
Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Açar sözlər: protezlər, akrillər, morfologiya
Ключевые слова: протезы, акрилы, морфология
Key words: prostheses, acrylics, morphology

При комплексном изучении влияния базисов съёмных пластиночных протезов на акриловой основе на ткани протезного ложа были установлены основные факторы, являющиеся причинами вышеуказанного неблагоприятного побочного воздействия, среди которых можно отметить механическое раздражение слизистой оболочки протезного ложа, вызываемое несоответствием рельефов протезной конструкции и тканей протезного ложа, нарушение в функциональном состоянии слизистой оболочки, а также раздражители термического, химического и токсикологического характера. Главной причиной последнего является наличие в базисе остаточного мономера, так называемого «протоплазматического яда», и красителей. Воздействие базиса съёмного протеза на слизистую оболочку, по результатам многочисленных научных исследований, может проявляться в виде воспалительной реакции аллергического генеза [2,3,4,5,6,7,8,9]. Все вышеизложенное указывает на тот факт, что в той или иной степени основным этиопатогенетическим фактором, вызывающим патологические изменения в мягких тканях протезного ложа, является все еще несовершенный базис съёмного пластиночного протеза. А поскольку качество этих конструкций напрямую зависит от применяемых основных и вспомогательных (паковочных) материалов, то их разработка и совершенствование является еще нерешенным и актуальным вопросом современной практической стоматологии, в частности, съемного зубного протезирования [10].

Цель исследования: оценить степень гистоморфологического влияния на мягкие ткани стоматологических базисных материалов, широко применяемых в стоматологии

Материалы и методы исследований. С целью дифференциации, морфо-гистохимического влияния на слизистую протезного ложа стоматологических базисных материалов широко применяемых в стоматологии на основе акриловых пластмасс с различным содержанием мономера в Центральной Научно-Исследовательской Лаборатории Азербайджанского Медицинского Университета было проведено экспериментальное исследование. В данном исследовании было запланировано изучение влияния применяемых при протезировании зубов акрил пластмассовых материалов различных составов на мягкие ткани. Соответственно цели исследования рассмотренные акрил пластмассовые материалы различных составов экспериментально внедрялись в подкожные ткани обычных кроликов и с помощью гистологического исследования рассматривались изменения, произошедшие в тканях, окружающих данные материалы на протяжении 4 недель (28 дней) исследования. В данном исследовании были использованы обычные кролики в количестве 48 с массой в пределах 2,0-2,9 кг и возрастом 1-2 года. Как уже отмечалось, на всех кроликах с целью изучения влияния акрил пластмассовых материалов на мягкие ткани была сформирована экспериментальная модель. Для проведения эксперимента была выбрана область бедра кроликов. С этой целью в первую очередь в соответствующую область проводились инъекции 1% раствором новокаина для локальной анестезии. Одним разрезом раскрывались подкожные ткани на месте экспериментальной модели. Частицы заранее приготовленных акрил пластмассовых материалов различных составов размерами 0,5x1, 0x2,0 см располагали в подкожные участки бедренной области животных. Далее разрез на коже устранялся хирургическим швом. Экспериментальные животные наблюдались в течении 4 недель (28 дней). Соответственно разным составам акрил пластмассовых материалов, используемых в ходе эксперимента, испытуемые животные были подразделены на 4 разные группы по 12 кроликов в каждой группе. На протяжении всего исследования в каждой группе в конце первой недели на 3 кроликах, в конце второй недели на 3 кроликах, в конце третьей недели на 3 кроликах и в конце четвёртой недели на 3 кроликах приостанавливали экспериментальную модель. Для этого проводилась анестезия соответственной зоны 1%-ым раствором новокаина. Акрил пластмассовые материалы, заложенные в подкожные участки вместе с кожей и подкожными тканями извлекались. Проводилась первичная хирургическая обработка раны. На протяжении исследования не проводилась эвтаназия; одновременно не отмечались случаи смертей либо исключений животных от исследования по каким-либо другим причинам. После созданной экспериментальной модели

испытуемые животные были разделены на 4 группы по 12 кроликов в каждой: I группа – состоит из 12 кроликов, на которых применялась пластмасса «Фторакс»;; II группа - состоит из 12 кроликов, на которых применялся «Vertex» III группа - состоит из 12 кроликов, на которых применялся «Meliodent HC»; IV группа - состоит из 12 кроликов, на которых применялся «Белакрил». Гистологический контроль. На протяжении 4х недельного исследования извлеченные из бедренной области кожно-подкожные участки тканей вместе с акрил пластмассовыми материалами кроликов в первую очередь фиксировались в 10% растворе формалина в течении суток. После этого акрил пластмассовые материалы извлекались их мягких тканей; оставшиеся образцы разрезались толщиной в 0,3-0,4 см таким образом, чтобы кожа и подкожные участки одновременно оказывались на срезах. Полученные образцы повторно содержались в 10% растворе формалина в течении суток. На последующих днях биоптаты с целью обезвоживании обрабатывались спиртовыми растворами различной концентрации (75%,85%,95% и 99,9%). Далее образцы обесцвечивались в растворе ксилола и подвергались парафинизации. После этих процедур образцы закреплялись парафином и изготавливались гистологические блоки. Из полученных блоков изготавливались срезы в 3-5 микрон толщиной с помощью микротома (Leica RM 2125 RTS, Германия). Срезы стандартно окрашивались гематоксилином и эозином (Merck, Германия). Изготовленные препараты исследовались на световом микроскопе (Leica DM 750, Германия). Все отмеченные изменения на микроскопическом исследовании фиксировались камерой (Leica ICC 50, Германия), закрепленной на микроскопе. В статистических расчетах отмечались среднее значение различного параметра (M), средний стандартный показатель отклонения (m), статистически достоверная разница (p) между различными группами и показателями на разных неделях исследования. Проводимые статистические подсчеты велись по 15.0 версии «статистического пакета для социальных наук».

Результаты собственных исследований. Инфильтрация гистиоцитами отличалась от других воспалительных клеток более выраженной интенсивностью. Так, на протяжении всего исследования во всех образцах групп в той или иной степени отмечалась инфильтрация гистиоцитами. В отличии от других воспалительных клеток гистиоциты сформировывали группы, в некоторых же образцах наблюдались в виде небольших формаций гранулем.

Другой особенностью инфильтрации гистиоцитами было скопление их непосредственно вокруг акрил пластмассовых материалов. Так, во всех образцах без исключения гистиоциты отмечались в тканях, непосредственно окружающих акрил пластмассовые материалы и не отмечались в более отдаленных от них участках (Рис.1). В некоторых же образцах наряду с гистиоцитами отмечались незначительные пузырьчатые макрофаги.

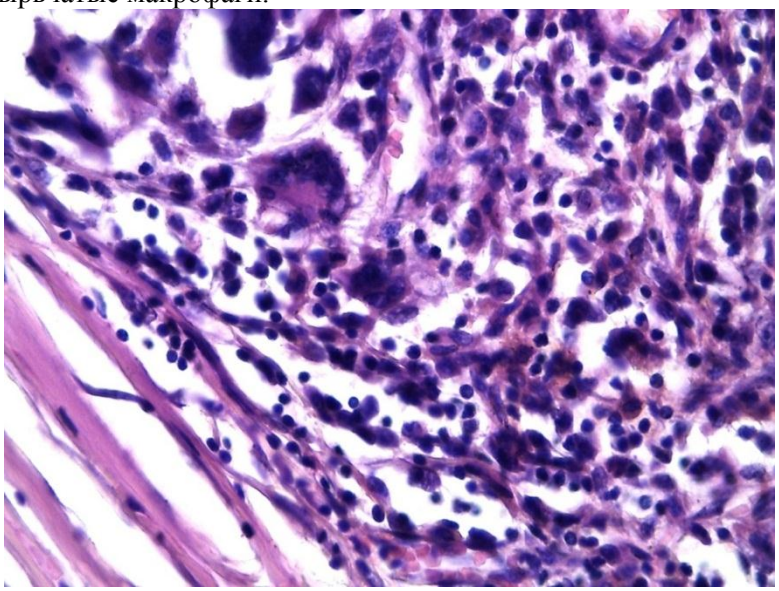


Рис. 1. Инфильтрация лимфоцитами и гистиоцитами, скопление гигантских многоядерных клеток на фоне фиброза в мягких тканях в группе, где применялся “Meliodent HC”, четвертая неделя исследования(окраска: гематоксилин-эозин, увеличение: x40)

В участках скопившихся гистиоцитов также отмечалась выраженность лимфоцитов. В группе, где применялся "Фторакс" инфильтрация гистиоцитами была наиболее интенсивной. Наименьшая инфильтрация же гистиоцитами отмечалась в четвертой группе, где применялся "Балакрил".

Статистические расчеты не выявили значимой разницы среди групп по параметру инфильтрации гистиоцитами.

Интенсивность инфильтрации гистиоцитами на протяжении исследования в разных группах показана в таблице 1.

Таблица 1

Интенсивность инфильтрации гистиоцитами в разных группах на разных неделях исследования

Группы / Недели	I	II	III	IV
1	0,33±0,57	2,33±0,57	0,66±0,57	0,66±0,57
2	1,33±0,57	2,00±1,00	1,00±0,00	0,66±0,57
3	1,00±0,00	2,00±0,00	0,66±0,57	1,33±0,57
4	1,00±0,00	1,66±0,57	1,33±0,57	0,66±0,57

Примечание: I – группа, где применялся бесцветный пластмасс; II – группа, где применялся “Фторакс; III – группа, где применялся “Meliodent HC; IV – группа, где применялся “Белакрил”.

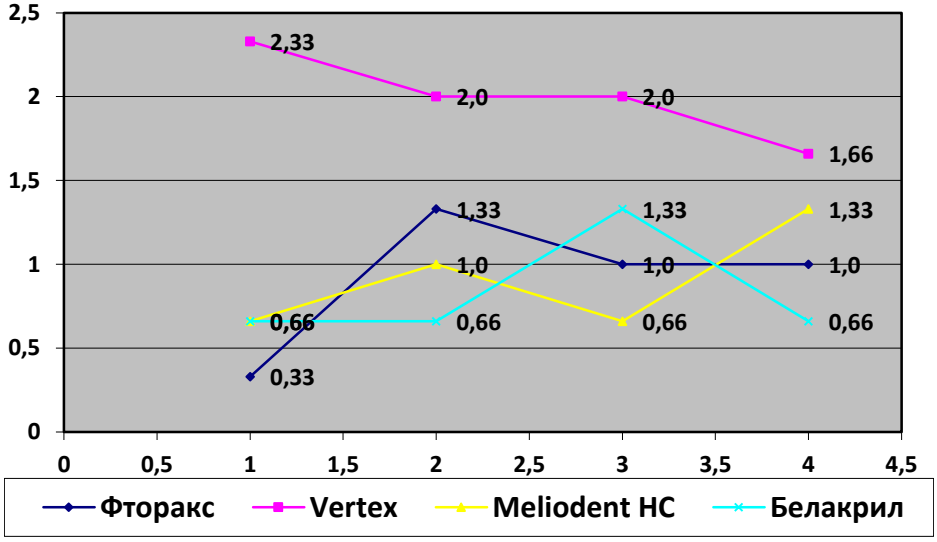


Рис.2. Интенсивность инфильтрации гистиоцитами в разных группах на разных неделях исследования

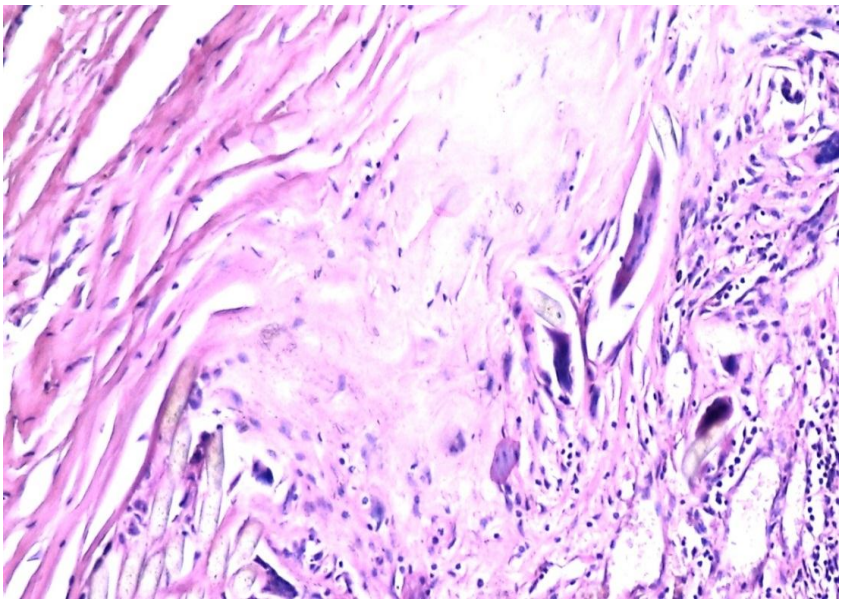


Рис. 3. Лимфоциты и гигантские многоядерные клетки на фоне фиброза в группе, где применялся “Meliodent HC”, четвертая неделя исследования (окраска: гематоксилин-эозин, увеличение: x40)

Таблица 2
Интенсивность возникновения гигантских многоядерных клеток и гранулем в разных группах на разных неделях исследования

Группы / Недели	I	II	III	IV
1	1,00±0,00	0,66±0,57	1,66±0,57	0,66±0,57
2	1,33±0,57	0,33±0,57	2,00±1,73	1,00±0,00
3	1,33±0,57	0,66±0,57	1,66±1,15	1,66±1,52
4	1,00±0,00	1,00±0,00	2,33±0,57	1,00±1,73

Примечание: I – группа, где применялся бесцветный пластмасс; II – группа, где применялся “Фторакс; III – группа, где применялся “Meliodent HC; IV – группа, где применялся “Белакрил”.

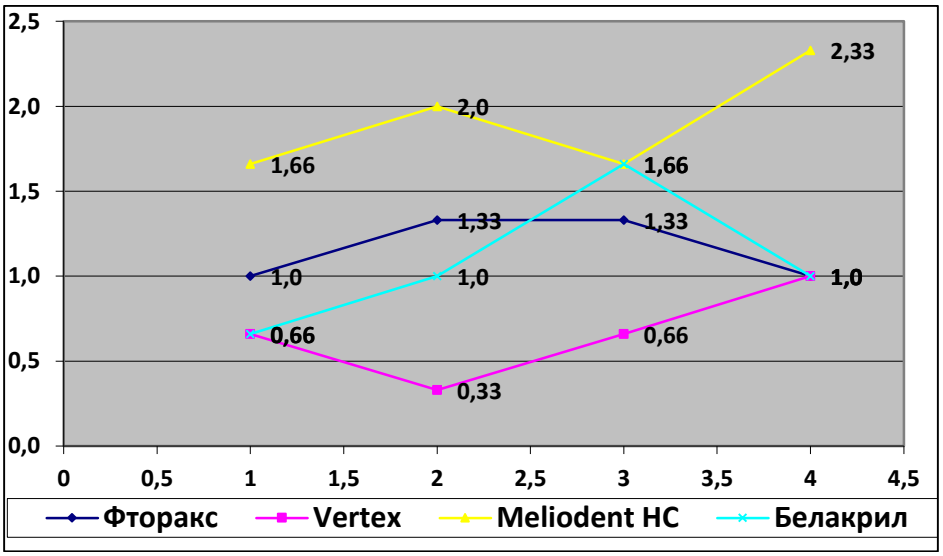


Рис.4. Интенсивность возникновения гигантских многоядерных клеток и гранулем в разных группах на разных неделях исследования

Наряду с гистиоцитами в большинстве образцов биопсий от экспериментальных животных наблюдались гигантские многоядерные клетки. Как и гистиоциты, они также локализовались в непосредственной близости акрил пластмассовых материалов. В некоторых образцах наблюдалось даже окружение гигантскими многоядерными клетками акрил пластмассовых материалов. В образцах отмечались гигантские многоядерные клетки как типа инородного тела, так и Лангханса.

При динамическом наблюдении не было выявлено закономерности в увеличении или уменьшении количества гигантских многоядерных клеток. В большинстве образцов гигантские многоядерные клетки наряду с гистиоцитами и лимфоцитами образовывали агрегаты - формации гранулем. Гигантские многоядерные клетки и формации гранулем в наибольшей степени отмечались в группе, где применялся "Meliodent HC" (Рис.3).

Группа же с наименьшими изменениями такого рода была вторая, где применялся "Фторакс". Наблюдения показали, что инфильтрация гистиоцитами, а также формирование гигантских многоядерных клеток и гранулем происходят в виде неспецифической реакции независимо от вида акрил пластмассовых материалов.

Причиной возникновения данных изменений было лишь наличие в тканях инородных предметов. Интенсивность возникновения гигантских многоядерных клеток и гранулем на протяжении исследования в разных группах показана в таблице 2.

Также как и инфильтрация нейтрофилами, характеризующая острое воспаление, некротические изменения, характерные для острого повреждения тканей отмечались спорадически лишь в некоторых образцах. В группе, где применялся "Meliodent HC" без исключения ни в одном из образцов не отмечался некроз. В остальных группах лишь в одном образце каждой из групп наблюдались очаги фокального некроза. В образцах, где отмечались очаги некроза, наряду с этим также отмечалась инфильтрация нейтрофилами. Участки некроза были ишемического типа без

обнаружения бактериальных колоний и других инфекционных агентов внутри. Негативная реакция окружающих мягких тканей на имплантацию образцов исследуемых стоматологических сплавов увеличивается через неделю после вживления образцов из «Белакрила» и «Мелиодента». На фоне атопической аллергии подкожная имплантация лабораторным животным образцов выявила сравнительно более ярко выраженную токсичность акриловой пластмассы «Фторакс».

ЛИТЕРАТУРА

1. Галинский Ю.Г., Зултан О.Я., Цимбалистов А.В. Профилактика стоматологических заболеваний, обусловленных наличием в полости рта ортопедических конструкций // Стоматология, 2008, Спец. вып, 42 с.

2. Корехов Б.Н., Ряховский А.Н., Поюровская И.Я., Сутугина Т.Ф. Физико-химические характеристики эластичных материалов для съемных зубных протезов // Стоматология, 2009, №6, с. 55-59.

3. Кудасова Е.О., Кузнецов А.В., Силаев Е.В. и др. Свойства базисных полимерных материалов в зависимости от энергетических характеристик их поверхности // Российский стоматологический журнал, 2009, №5, с. 10-13.

4. Кучерова М.А., Малый А.Ю., Царев В.Н. Клинико-лабораторное исследование эффективности очищения съемных протезов //Российский стоматологический журнал, 2009, №5, с. 13-15.

5. Пиотрович А.В., Евдокимов Е.А., Антонов Е.Н. Рациональный выбор конструкции протеза - залог успешного восстановления зубного ряда // Проблемы стоматологии, 2013, № 6, с.24-26.

6. Пырков С.Т., Погодин В.С., Подкин Ю.С. Частота непереносимости зубных протезов из нержавеющей стали по данным анкетирования и клиниколабораторных методов исследования // Стоматология, 2010, № 6, с. 60-62.

7. Freitas J.B., Gomez R.S., de Abreu MHNG et al. Relationship between the use of full dentures and mucosal alterations among elderly Brazilians. //J Oral Rehabil., 2008, v. 35, p.370-374.

8. Gendreau L, Loewy ZG. Epidemiology and etiology of denture stomatitis. J Prosthodont. 2011; 20: 251–260.

9. Radović K. Denture stomatitis and salivary vascular endothelial growth factor in immediate complete denture wearers with type 2 diabetes // J Prosthet Dent., 2014, № 111 (5), p. 373-379.

10.Власова Л.Ф., Кузнецова А.В., Силаев Е.В. и др. Ортопедическая реабилитация больных при резекции верхней челюсти (практические аспекты) // Российский стоматологический журнал, 2009, №5, с. 22-25.

Резюме

Морфологические изменения в слизистой оболочке под влиянием акриловых пластмасс

С.И. Ахмедов, Е.А. Алиева, G.A. Ниязова, В.А. Мехмани, Л.Б.Акберли

Основная цель исследования выявить степень морфо-гистохимического влияния на мягкие ткани стоматологических базисных материалов на основе акриловых пластмасс, которые широко применяются в ортопедической стоматологии. После созданной экспериментальной модели испытуемые животные были разделены на 4 группы в зависимости от типа базисного материала: «Фторакс»; «Vertex»; «Meliodent HC» и «Белакрил». Также как и инфильтрация нейтрофилами, характеризующая острое воспаление, некротические изменения, характерные для острого повреждения тканей, отмечались спорадически лишь в некоторых образцах. В группе, где применялся "Meliodent HC" ни в одном из образцов некроз не отмечался.

Summary

Morphological changes in the oral mucosa and its receptor apparatus under the influence of acrylic plastics

S.I. Akhmedov, E.A.Alieva, G.A. Niyazova, V.A. Mehmani, L.B.Akberli

The main objective of the study is to identify the degree of morpho-histochemical effect on the soft tissues of dental basic materials based on acrylic plastics, which are widely used in orthopedic dentistry. After the experimental model was created, the test animals were divided into 4 groups depending on the type of base material: “Ftorax”; "Vertex"; "Meliodent HC" and "Belakril." As well as neutrophil infiltration, which characterizes acute inflammation, necrotic changes characteristic of acute tissue damage, were noted sporadically only in some samples. In the group where "Meliodent HC" was used, no necrosis was observed in any of the samples.

Daxil olub: 20.07 2018

РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ КОНТРОЛЯ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ РАДИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

И.Г.Исаев, Г.Р.Гаджи, А.Т.Алиев, К.И.Кязимов, У.З.Набизаде

Национальный центр онкологии, г. Баку

Açar sözlər: radioterapyanın planlaşdırılması, səthi detektor sistemi, süd vəzi xərçəngi

Ключевые слова: планирование радиотерапии, поверхностная детекторная система, рак молочной железы.

Keywords: breast cancer, optical surface imaging system, radiotherapy planning.

Лучевая терапия больных раком молочной железы (РМЖ), подвергнутых органо-сохранному или радикальному хирургическому вмешательству, позволяет достичь локального контроля, а также улучшить показатели выживаемости [1,2]. Однако, у данных пациентов при включении в облучаемую зону коронарных артерий возникшие в связи с лучевой терапией поздние кардиоваскулярные осложнения отрицательно влияют на прогноз [3,4]. В последние годы технический прогресс позволил значительно повысить фактор радиотерапевтического выигрыша при лечении злокачественных опухолей. Именно поэтому точность позиции радиотерапии очень важна для правильного подведения полного объема планируемой дозы к целевой ткани и максимальной защиты окружающих здоровых органов [5]. Используемые с указанной целью различные методы визуализации (электронное портальное детекторное изображение - EPID, cone-beam компьютерная томография - CBCT, килоВольтаж-МегаВольтаж - kV-MV идр.), хотя и уменьшают погрешности в позициях радиотерапии (РТ), однако, служат причиной продления времени лечения и дополнительного облучения больных [6]. Во многих исследованиях в случаях использования поверхностных оптических детекторных систем для определения погрешностей позиций РТ и их коррекции наблюдалось значительное уменьшение указанных негативных случаев. Наличие у этих методов ряда преимуществ (отсутствие ионизирующей радиации, неинвазивный характер и минимальная временная потеря) создает определенные перспективы для их ежедневного широкого использования в клинической практике [7,8,9].

Система Catalyst™/Sentinel™ (C-RAD, Швеция) состоит из лазерной основы и оптического сканера поверхности, с целью контроля дыхательной экскурсии она интегрирована на линейные ускорители. Данная система была установлена в Национальном Центре Онкологии для использования метода поддержания дыхания в фазе глубокого вдоха (DIBH), в основном у больных РМЖ, и успешно используется с целью контроля внутрифракционной дыхательной экскурсии при лучевом лечении.

Настоящее исследование посвящено выявлению эффективности системы Catalyst™/Sentinel™ в периоде подготовки к радиотерапии больных РМЖ и анализу коррекции позиционных погрешностей проводимой РТ.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 40 больных РМЖ, которым было показано адьювантное лучевое лечение (средний возраст 48,2±10.9 лет, индекс средней массы тела 26.6±4.1 кг/м^2). Из них: у 8 установлена I, у 21 - II, а у 11 - III стадия заболевания.

При проведении выборки основными критериями служили: близкое расположение к сердцу объема-мишени, отсутствие заболеваний легких, правильное усвоение пациентом инструкций внедряемого метода.

Больным, которым планировалась лучевая терапия, до компьютерной томографической симуляции (КТС), были даны инструкции в связи с вдохом и сохранением дыхания в фазе глубокой инспирации, и больные, правильно освоившие процесс, были включены в исследование. После обучения больные были уложены на фиксаторе- «маммаборде с двумя подлокотниками», в положении с поднятыми над головой руками. После выбора соответствующей лечению позиции, используя оптическую поверхностную детекторную систему с лазерной основой C-RAD Sentinel™, была определена целевая точка, на коже больной были отмечены соответствующие точки пересечения планирующих лазеров. С целью повышения адаптации больных к лечению были использованы оптические очки 3D. КТС была проведена на компьютерно-томографическом оборудовании с использованием двух проводников (аудио и видео) при остановке дыхания в фазе глубокой инспирации дыхания и при свободных дыхательных движениях. На основе симуляции с

помощью системы Sentinel™, у каждого больного в период задержки дыхания индивидуально, был выбран определенный интервал амплитуды, и было решено провести облучение только лишь в указанном индивидуальном интервале. Была оценена возможность получения выгоды от указанной техники ввиду расположения сердца вдали от стенки грудной клетки и объема-мишени.

После симуляции в обоих положениях (на основе задержки дыхания в фазе глубокой инспирации и при свободных дыхательных движениях) с последовательностью срезов в 2,5 мм, томографические изображения были переведены в запланированную систему (EclipseVersion 13.0). Для каждого больного, на всех томографических срезах, согласно рекомендации контурирования Radiation Therapy Oncology Group (RTOG), были очерчены целевые объем-мишени и нормальные органы. Сердечные камеры и коронарные артерии были оконтурированы, согласно атласу, разработанному Feng et al. [10]. Молочная железа, стенка грудной клетки, ложе опухоли и региональные лимфатические узлы были определены как объемы клинической мишени (CTV). Добавив границу 5 мм к CTV, был сформирован объем запланированной мишени (PTV). После завершения контурирования с помощью системы планирования ECLIPSE с 3D конформальной РТ, используя методику РТ с модулированной интенсивностью (РТМИ), была проведена дозиметрическая подготовка к дистанционной лучевой терапии (ДЛТ) и физические расчеты.

Была назначена следующая доза облучения: на объем запланированной мишени 2,0 Гр, за 25 фракций, в суммарной дозе 50,0 Гр. Дополнительно в ложе опухоли подводили (boost) в разовой дозе - 2,0 Гр и суммарной дозе - 10,0-16,0 Гр. Было обеспечено 100%-ное получение назначенной дозы облучения ≥90%-ми облучаемого поля. Органы риска были оценены на основании критериев QUANTEC (Quantitative Analyses of Normal Tissue Effects in the Clinic). Согласно результатам планирования, проведенного по каждому из двух методов, с помощью гистограмм доза-объем был проведен сравнительный анализ дозы для PTVи органов риска.

Лучевое лечение было проведено на линейных ускорителях. Больные к ежедневному лечению готовились на основании индивидуальной точки, выбранной при КТС с помощью системы Sentinel™. Перед каждой лечебной фракцией учитывалось соответствие амплитуды задержки дыхания промежуткам индивидуального интервала, определенного при планировании, были получены изображения kV-MV и после подтверждения точности лечебной позиции больному начинали лечение. В начале лучевого лечения с помощью аудио- и видео проводников больному были даны инструкции в связи с задержкой дыхания. Лучевые пучки были направлены соответственно разреза индивидуального интервала, определенного при планировании сторожевого (мишень-цель) объема. В амплитудах, находящихся вне индивидуальной середины, автоматически была остановлена передача лучевых пучков и, таким образом, лучевое лечение проводилось лишь только при заранее полученной глубине задержки дыхания.

Пациентам на каждом сеансе РТ на линейном ускорителе с помощью системы Sentinel™ выбиралась позиция, соответствующая выбранной на КТС сторожевой (мишень-цель) точке, определялся диапазон остановки дыхания. Наравне с этим, до каждой лечебной фракции были сделаны портальные снимки kV-MV. Только после подтверждения точности лечебной позиции проводилось облучение объема-мишени. Дав больному указания по задержке дыхания, с помощью аудио- и видео проводников во время облучения, лучевые пучки были направлены на объем-мишень лишь только при остановке дыхания (согласно планированию). Необходимо отметить, что каждый больной наблюдал свою амплитуду вдоха и выдоха с помощью специальных очков.

Соответственно цели исследования, были оценены погрешности позиций РТ на осях X, Y и Z, а также при ротации в четырех направлениях, соотнеся координаты поверхности тела, полученные при использовании системы Sentinel™ с полученными в исследовании планирования КТ координатами. В портальных изображениях, последовательно, при автоматической и мануальной регистрации, за основные точки были приняты грудные позвонки, молочная железа, легкие и стенка грудной клетки.

Сравнение между погрешностями Sentinel™ и портальных изображений kV-MV было проведено с помощью корреляционного анализа Pearson. Полученный коэффициент (r) при значениях между 0.5-0.8, был принят как важная корреляция, а свыше 0.8 – как высокая степень корреляции.

Результаты. Каждый из включенных в исследование больных методом DIBH успешно выполнял дыхательные движения, только у троих больных всего в 7 фракциях возникла необходимость в дополнительной коррекции дыхательных движений. Из числа больных, подвергнутых аксиллярной лимфадиссекции, в некоторых случаях в связи с положением руки наблюдались различной интенсивности боли в плечевом поясе, однако, в этих случаях необходимость в оказании дополнительной медицинской помощи не возникала.

Процедура контроля позиции с помощью системы Sentinel™ занимала, в среднем, 3 минуты, а это, в сравнении с традиционным методом, было в значительной степени меньше (7 мин., $p < 0.001$). Указанный выше фактор позволяет больным, не подвергаясь дополнительной радиации, в короткий срок завершить процедуру и, в то же время, более рационально использовать радиотерапевтическое оборудование.

Погрешности контрольных систем были оценены в 4 различных направлениях: левое-правое, кранио-каудальное, переднее-заднее и степени ротации и нужно отметить, что погрешности во всех направлениях были схожими (таблица 1). Выявлена огромная корреляция между двумя методами.

Таблица 1

Корреляция методов портальной визуализации kV-MV и системы Sentinel™ приоценке погрешностей различных направлений позиции пациентов при радиотерапии

Координаты	Портальная погрешность kV-MV	Погрешность Sentinel	Корреляция	p
X (левое-правое)	-0.64±2.2 мм	-0.67±2.1 мм	0.76	< 0.001
Y (кран.-каудал.)	- 2.3 ±2.66 мм	- 2.5 ±2.93 мм	0.748	< 0.001
Z (переднее-заднее)	- 3.3±3.2 мм	- 2.9±3.1 мм	0.725	< 0.001
Ротация	-0.2°±0.7°	−0.1°±0.9°	0.66	< 0.001

Наряду с указанными погрешностями, в данном исследовании внутрифракционным изменениям положения тоже было уделено внимание, происходящим во всех направлениях после коррекции позиции радиотерапии. Систематические погрешности в правом-левом, кранио-каудальном и переднем-заднем направлениях составили, соответственно, 1.5, 2.8 и 1.1 мм, а ротационная погрешность - 0.08°. А несистематические погрешности в выше перечисленных направлениях составили, соответственно, 1.9 мм, 3.2 мм и 2.3 мм и 0.4°.

Средние значения погрешностей во всех направлениях после коррекции позиции РТ приблизились к нулю. После коррекции систематическая погрешность во всех направлениях уменьшилась до 1.3 мм, а несистематические погрешности – до 2 мм.

Обсуждение. Ошибочная позиция больного, послеоперационные реактивные изменения в молочной железе, также изменение при дыхательных движениях месторасположения областей облучения может привести к погрешностям при облучении запланированного объема и в связи с уменьшением дозы на объем облучения планируемой терапевтический эффект может вообще не наблюдаться [11,12]. При проведении больному лечения в правильной и точной позиции радиотерапии, наряду с эффективным облучением планируемого сторожевого (мишень-цель) объема, было доказано значительное уменьшение сердечных и легочных осложнений [13].

EPID, CBCT, а также другие методы, в основе которых лежит рентгеновское изображение, выявляют погрешности позиций радиотерапии и повышают точность лечения. Однако, указанные методы становятся причиной подвергания больных дополнительной радиации. А методы поверхностного изображения, наряду с определениемс миллиметрической точностью 3D контуров тела пациента, позволяют устранить погрешности позиции РТ, не подвергая больного дополнительному облучению [14].

Заключение. Результаты нашего исследования показали, что у больных РМЖ, получающих лучевое лечение методом DIBH, выявленные погрешности позиций РТ поверхностной детекторной системы Sentinel™ были схожи с коррекцией конвенциональными методами (kV-kV, kV-MV портал). Применение исследуемого метода, в свою очередь, позволило сократить время сеанса облучения и более точно облучить объем, минуя дополнительную радиацию для визуализации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group: Favourable and unfavourable effects on long-term survival of radiotherapy for early breast cancer: an overview of randomized trials //Lancet, 2000, v.355, p.1757-70.

2. Clarke M. et al. Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials // Lancet 2005, v.366, p.2087-106.

3. Darby S.C., Ewertz M., McGale P. et al. Risk of ischemic heart disease in women after radiotherapy for breast cancer //N Engl J Med. 2013, v.368, p.987-98.

4. Henson K.E., McGale P., Taylor C. et al. Radiation-related mortality from heart disease and lung cancer more than 20 years after radiotherapy for breast cancer //Br J Cancer 2013, v.108, p.179-82.

5. Donovan E. et al. Randomised trial of standard 2D radiotherapy (RT) versus intensity modulated radiotherapy (IMRT) in patients prescribed breast radiotherapy //Radiotherapy & Oncology, 2007, v. 82, p.254–264.

6. Bujold A., Craig T., Jaffray D. et al. Image-guided radiotherapy: has it influenced patient outcomes? // Seminars in Radiation Oncology, 2012, v.22, p.50-61.

7. Schwaab J., Prall M., Sarti C. et al. Ultrasound tracking for intra-fractional motion compensation in radiation therapy //Phys Med., 2014, v.30, p.578-660.

8. Gaisberger C., Steininger P., Mitterlechner B. et al. Three-dimensional surfacescanning for accurate patient position in gandmonitoring during breast cancer radiotherapy //Strahlenther Onkol. 2013, v.189, p.887-980.

9. Freislederer P., Reiner M., Hoischen W. et al. Characteristics of gated treatment using an optical surface imaging and gating system on an Elektalinac.// Radiat Oncol., 2015, v.10, p.68.

10. Feng M., Moran J.M., Koelling T. et al. Development and validation of a heart atlas to study cardiac exposure to radiation following treatment for breast cancer // Int J RadiatOncolBiol Phys. 2011, v.79, p.10-8.

11. Djajaputra D., Li, S. Real-time 3D surface-image-guided beam setup in radiotherapy of breast cancer. //Medical Physics, 2005, v.32, p.65-75.

12. Jeng S.C., Tsai C.L., Chan W.T. et al. Mathematical estimation and in vivo dose measurement for cone-beam computed tomography on prostate cancer patients. //RadiotherOncol.2009, v.92, p.57-61.

13. Li S. et al. Initial Validation and Clinical Experience with 3D Optical-Surface-Guided Whole Breast Irradiation of Breast Cancer. //Technol Cancer Res Treat. 2012, v.11, p.57-68.

14. Ding G.X., Munro P. Radiation exposure to patients from image guidance procedures and techniques to reduce the imaging dose. //RadiotherOncol., 2013, v.108, p.91-98.

Summary

Comparativeanalys of results of effectiveness for patient positioning controlling methods in breast cancer radiotherapy

I.H.Isayev, G.R.Haji, A.T.Aliyev, K.İ.Kazimov, U.Z.Nabizade

Postoperative radiotherapy after breast-conserving surgery and modified radical mastectomy is the standart treatment for breast cancer. Patient set-up is an important part of therapy and errors in this stage affect the efficiency and side effects of the treatment. The main aim of this study is to compare setup accuracy of the laser based optical surface detector system (Catalyst™/Sentinel™ system) with conventional imaging methods.

Daxil olub: 12.07 2018

HAMİLƏLİYİN AĞIRLAŞMIŞ GEDİŞİNDƏ ATOPOBIUM VAGINAE İLƏ ASSOSİASİYA EDƏN BAKTERİAL VAGİNOZUN ROLUNUN MÜƏYYƏN EDİLMƏSİ

A.B.Xasıyeva
Respublika Perinatal Mərkəzi, Bakı

Açar sözlər: bakterial vaginoz, hamiləlik, yayılması, Atopobium vaginae
Ключевые слова: бактериальный вагиноз, беременность, распространенность, Atopobium vaginae
Keywords: bacterial vaginosis, pregnancy, the prevalence, Atopobium vaginae

Bakterial vaginoz (BV) və ya uşaqlıq yolunun disbiozu çoxamilli, qeyri-iltihabi sindromdur və uşaqlıq yolunun biosenozunun pozulması ilə əlaqədar olub, laktobakteriyaların defisitinin şərti-patogen anaerob mikroorqanizmlərlərin əvəz edilməsi ilə xarakterizə olunur. BV zamanı bakteriyaların ümumi sayı 10^9-10^{10} KƏV/ml-ə qədər artır, halbuki normal vaginal ekosistemdə o, 10^5-10^6 KƏV/ml təşkil edir [1,2,3]. Mikroorqanizmlərlə assosiasiya olmuş BV-nin törədicilərinə Prevotella (Bacteroides), Mobiluncus, Peptostreptococcus, Fusobacterium cinsindən olan bakteriyaları, həmçinin Gardnerella vaginalis, Ureaplasma urealiticum və Mycoplasma hominis aiddir [4]. Bakteriyaların müxtəlif növlərinin rastgəlmə tezliyi haqqında verilən məlumatlar fərqlənir. Belə ki, Ureaplasma urealiticum 15-23% sağlam şəxslərdə və 62-92% xəstələrdə aşkar edilir [5]. BV olan pasiyentlər arasında yeganə mümkün törədici kimi G. vaginalis 4,9%, xlamidiyalarla birlikdə – 88,3%, mikoplazmalarla – 83,3% qadında tapılmışdır [6]. Yeganə mümkün törədici kimi G. vaginalis-in aşkar edilmə tezliyi 48,2% təşkil edir, bu zaman uşaqlıq yolunun mikroflorasında onun aşkar edilməsi heç də həmişə xəstəliyin inkişaf etməsi ilə müşayiət olunmur [7]. Mobiluncus curtisii cinsindən olan bakteriyalar BV ilə 8-85% xəstələrdə həmişə çox yüksək titrlərdə (10^{10} KƏV/ml və daha çox) aşkar edilirlər [8].

D. Fredricks və başq. [6] ilk dəfə BV ilə assosiasiya edən və onun inkişafında etioloji amil kimi qəbul edilmiş Atopobium vaginae, Megasphaera, Leptotrichia amnionii bakteriyalarını təsvir etmişlər. Atopobium vaginae əvvəllər «anaerob laktobasillər» kimi məlum olan taksonomik qrupa daxildir, hazırda isə BV-nin yüksəkspesifik markeri sayılırlar, çünki sağlam qadınlar arasında praktik olaraq rast gəlmir [6] ki, bu da onun simptomsuz formasının diaqnostikası zamanı xüsusilə vacibdir [7]. O da xarakterikdir ki, BV zamanı obliqat anaerobların səviyyəsi 1000 dəfə və daha çox arta bilər, lakin bu zaman klassik iltihab mənzərəsi yaranmır ki, bunu xüsusilə G.vaginalis olduqda, leykositlərin funksional fəallığının pozulması ilə əlaqələndirirlər [7, 8].

Tədqiqatın məqsədi Hamiləliyin ağırlaşmış gedişində Atopobium vaginae ilə assosiasiya edən bakterial vaginozun rolunun müəyyən edilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqat işinin əsas vəzifələrinə və BV-nin klinik gedişinin xüsusiyyətlərinə uyğun olaraq, BV olan 128 hamilə qadınların hamısı 2 qrupa bölünmüşdür: BV-nin simptomsuz forması olan 72 hamilə qadın və BV-nin kəskin klinik əlamətləri olan 56 hamilə qadın. Hamilə qadınların yaşı 18 ilə 39 yaş arasında dəyişmiş və orta hesabla 29,2±1,2 yaş təşkil etmişdir. Hamilə qadınların əsas müayinə qrupuna daxil edilməsi üçün meyar vaginal ifrazatlarla müsbət amin testinin olması, vaginal sekretin pH-nin 4,5-dən yüksək və vaginal ifrazatardan götürülmüş yaxmalarda Qram üsulu ilə rənglənmiş «özək hüceyrələrin» böyük sayda olması götürülmüşdür. Alınmış nəticələrin statistik işlənməsi variasion statistikanın məlum metodu üzrə orta riyazi ədədin (M), xəta göstəricisinin (m) təyin edilməsi ilə həyata keçirilmişdir.

Nəticələr və onların müzakirəsi. BV-nin adekvat diaqnostikası üçün bütün dünyada 2 sistemdən - klinik-laborator məlumatların təhlilinə əsaslanmış R.Amsel və R.Nyucent kriteriyasından istifadə edilir. Eyni zamanda bəzi şikayətlər, məsələn, patoloji ifrazatlar, qaşınma, göynəmə, gicişmə, dispareuniya (bunların əsasında bir çox mütəxəssislər hələ də «bakterial vaginoz» diaqnozunu qoyurlar) BV üçün səciyyəvi deyildir, onlar daha çox BV-yə qoşulan digər vaginal infeksiyaların əlamətləridir. Lakin Amsel kriteriyalarının məhdud həssaslığı BV-nin çox vaxt simptomsuz gedişi ilə bərabər diaqnozun qoyulması zamanı daha dəqiq diaqnostika metodlarının tətbiqini tələb edir. Hazırda BV-nin verifikasiyası üçün «Femoflor» sisteminin köməyi ilə real vaxt rejimində («Real Time») zəncirvari polimeraza reaksiyası (ZPR) metodunu yüksək effektiv metod hesab edirlər [6]. Bu metod urogenital xəstəliklərin klinik simptomları olan pasiyentlərdə disbiozu yüksək dəqiqliklə aşkar etməyə imkan verir ki, bu da antibakterial terapiyanın təyin edilməsini optimallaşdırmağa imkan verir. «Femoflor» test sistemi urogenital infeksiyaların aydın klinik simptomları olmayan qadınlarda xəstəliyi vaxtında aşkar etməyə yol verir. Görünür ki, uşaqlıq yolunun xəstəliklərinin silinmiş və ya simptomsuz gedişi zamanı «Femoflor» test sisteminin tətbiqi daha çox praktik əhəmiyyət kəsb edir [6]. Bakterioloji müayinə metodundan fərqli olaraq, o, anaerob floranın

nümayəndələrini aşkar etməyə və BV-nin mənşəyində böyük rol oynayan Atopobium vaginae-ni becərməyə imkan verir [6].

Atopobium vaginae mama-ginekoloji patologiyanın etiologiyasında əhəmiyyəti geniş öyrənilən nisbətən yeni mikroorqanizm hesab edilir. Bu mikroorqanizm ilk dəfə Rodriguez və başq. tərəfindən 1999-cu ildə təsvir edilmişdir. O, Corinobacteriaceae ailəsinə aid olub, qram-müsbət anaerob çöpdür və bakteriyaların yüsək polimorfizmi ilə fərqlənir. O, tək-tək şəkildə, cüt və ya qısa zəncir şəklində rast gələ bilər. Atopobium metabolizm zamanı müxtəlif üzvi turşular (süd, sirkə, qarışqa, yağ) ifraz edir ki, bunlar da BV zamanı spesifik qoxu verirlər. Hazırda dünya ədəbiyyatının məlumatlarına əsasən, bakterial vaginozun və kiçik çanaq orqanlarının iltihabi xəstəliklərinin (KÇOİX) inkişafı müəyyən dərəcədə Atopobium vaginae ilə əlaqədardır. Müasir şəraitdə BV-nin aşkar edilmiş klinik xüsusiyyətləri nəzərə alınmaqla, immunoloji və sitokimyəvi müayinə metodlarından istifadə etməklə 128 hamilə qadın arasında ətraflı klinik-laborator müayinə aparılmış və onlar 2 klinik qruplara bölünmüşlər. Onlardan 72 hamilə qadın BV-nin simptomsuz forması və 56 hamilə qadın BV-nin kəskin klinik əlamətləri olan qadınlardır. Hamilə qadınların yaşı 18 ilə 39 yaş arasında dəyişmiş və orta hesabla 29,2±1,2 yaş təşkil etmişdir. Hamilə qadınların yaşlar üzrə bölgüsü cədvəl 1-də təqdim edilmişdir.

Cədvəl 1

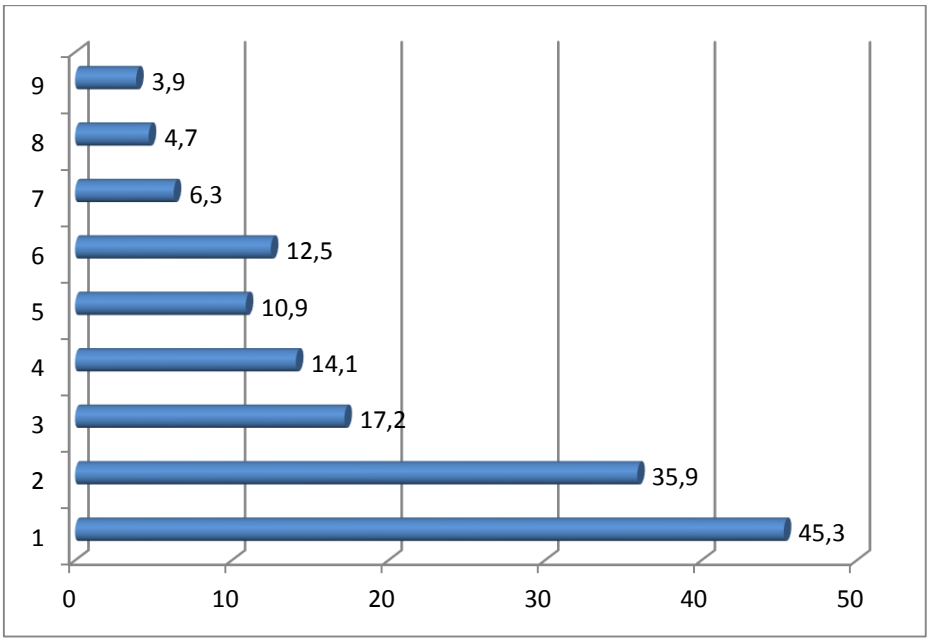
Müayinə olunan hamilə qadınların yaş strukturu

Yaş	20 yaşa qədər		21-25		26-30		31-35		36 və yuxarı	
	müt	%	müt	%	müt	%	müt	%	müt	%
1-ci qrup (n=72)	3	4,2±1,9	12	16,7±4,4	29	40,3±5,8	18	25,0±5,1	10	13,8±4,1
2-ci qrup (n=56)	4	7,2±1,5	10	17,9±5,1	28	50,0±6,7	13	23,2±5,6	1	1,7±1,0

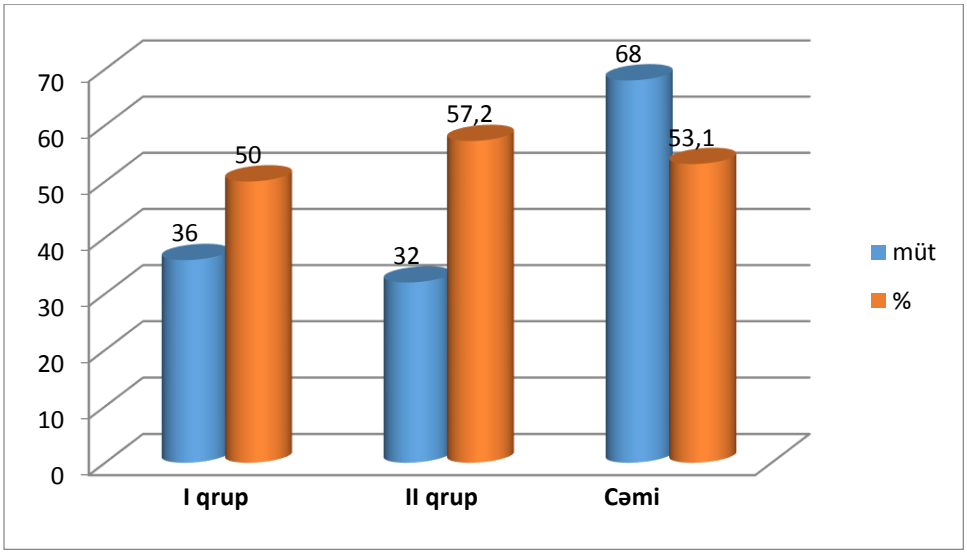
Əldə olunan məlumatlardan göründüyü kimi, 1-ci qrupda ən yüksək faiz 26-30 yaşda olan qadınlar təşkil etmişdir – 29 hadisə (40,3±5,8%) və 2-ci qrupda 28 (50,0±6,7%) hadisə. Diqqəti cəlb edən odur ki, 1-ci qrupda 20 yaşa qədər qadınlara nisbətən 36 yaşdan yuxarı olan pasiyentlər bir qədər çox olmuşlar ki, bunu da 36 və yuxarı yaş qrupunda olan pasiyentlərin anamnezində hamiləliyin adəti başa çatdırılmaması ilə izah etmək olar. Məlum olduğu kimi, cinsiyyət orqanlarının xronik iltihabi xəstəlikləri doğuşdansonrakı ağırlaşmaların baş verməsində risk amili hesab edilir ki, bu da hamiləlik zamanı və doğuşlara hazırlığın gedişində qadınların diqqətlə müayinə və müalicə olunmasını tələb edir. Ginekoloji xəstəlikləri əvvəllər 128 (84,4±3,2%) pasiyent keçirmişlər ki, bu zaman 48,4±4,4%-də 1-dən artıq patologiya vardır. Müayinə edilən xəstələrdə birinci yerdə uşaqlığın və artımların xronik xəstəlikləri (58 - 45,3±4,4%), ikinci yerdə– xronik ekzoservisit (46 - 35,9±4,2%), üçüncü yerdə – cinsi yolla yayılan infeksiyalar (CYYİ) (22 - 17,2±3,3%) durur. Sonra aybaşı siklinin pozulması (18 - 14,1±3,1%), qeyri-spesifik kolpit (14 - 10,9±3,7%), sonsuzluq (16 - 12,5±2,9%), uşaqlıq mioması (8 - 6,3%), yumurtalığın kisti (6 - 4,7%), endometrioz (5 - 3,9%) rast gəlir. Əvvəlki sonsuzluğun davametmə müddəti 3 ildən 15 ilə qədər təşkil etmişdir (şək.1.).

Hamilə qadınların amanezinin öyrənilməsi zamanı uşaq və yeniyetmə yaşlarında keçirilmiş yoluxucu xəstəliklərin sayına böyük diqqət verilmişdir. BV olan hamilə qadınların hamısının amanezində dürüst yüksək infeksion xəstələnmə aşkar edilmişdir. Bu fakt onu göstərir ki, infeksion xəstələnmə indeksi yüksək olan qadınlar BV-nin inkişafı üzrə yüksək riskə məruz qalırlar ki, bu da çox güman ki, orqanizmin immun sistemi tərəfindən baş verən dəyişikliklərlə bağlı ola bilər və müvafiq olaraq BV-yə meyllilik yarada bilər. Bizim məlumatlara görə, A.vaginae BV olan 68 pasiyentdə (53,1±4,1%) rast gəlmişdir ki, onlardan I qrupda – 36 hadisə (50,0±3,9%), II qrupda – 32 (57,2±6,6%) hadisə qeydə alınmışdır (şək.2).

Qeyd etmək lazımdır ki, BV-nin etioloji amilinin təyin edilməsi ilə aparılan müayinə hamiləlikdən əvvəl və hamiləlik vaxtı heç bir pasiyentdə həyata keçirilməmişdir. Uşaqlıq yolunun biotopunun kəmiyyət və keyfiyyət tərkibinin ətraflı öyrənilməsini hamiləliyi ağırlaşmış gedişə malik pasiyentlərin hamısına tövsiyə etmək lazımdır. Bakterial vaginoz olan və anamnezdə hamiləliyi ağırlaşmış gedişə malik pasiyentlərdə Atopobium vaginae-nin yüksək rastgəlmə tezliyi bakterial vaginozun terapiyası zaamnı tərkibində nifuratel olan preparatı («Makmiror Kompleks») seçim preparatı kimi (mikroorqanizmlərin metronidazola qarşı davamlılığını nəzərə alaraq) tövsiyə etməyə imkan verir.



Şək.1. Keçirilmiş ginekoloji xəstəliklərin strukturu (%-lə): 1- Uşaqlığın və artımların xronik xəstəlikləri; 2- xronik ekzoservisit; 3- CYYİ; 4- aybaşı siklinin pozulması; 5-qeyri-spesifik kolpit; 6- sonsuzluq; 7- uşaqlıq mioması; 8 – yumurtalığın kisti; 9 – endometrioz.



Şək.2. BV olan hamilə qadınlar arasında Atopobium vaginae-nin rastgəlmə tezliyi

ƏDƏBİYYAT

1. Болдырева М.Н. "Фемофлор" исследование биоценоза урогенитального тракта у женщин репродуктивного возраста методом ПЦР с детекцией результатов в режиме реального времени: метод. пособие для врачей. М., 2010, 12 с.

2. Бурменская О.В., Байрамова Г.Р., Непша О.С. Видовой состав лактобактерий при неспецифических вагинитах и бактериальном вагинозе и его влияние на локальный иммунитет // Акушерство и гинекология, 2014, №1, с.41-45

3. Гродницкая Е.Э., Латышкевич О.А. Микробиоценоз влагалища и пути его коррекции у женщин с невынашиванием беременности и преждевременными родами в анамнезе // Российский вестник акушера-гинеколога, 2014, №1, с.81-83

4. Жаркин Н.А., Замараев В.С., Савченко Т.Н., Марушкина О.И. Бактериальный вагиноз и репродуктивное здоровье женщин // Медицинский Альманах, 2015, №4(39), с.84-86

5. Хрянин А.А., Решетников О.В. Бактериальный вагиноз, новые представления о микробном биосоциуме и возможности лечения // Акушерство и гинекологи, 2016, №4, с.45-50

6. Fredricks D., Twin, C.K. Fairley Bacterial vaginosis candidate bacteria: associations with BV and behavioural practices in sexually-experienced and inexperienced women // PLoS One., 2012, v.7, p.30-33

7. Swidsinski A., Loening-Baucke V., Swidsinski S. Polymicrobial Gardnerella biofilm resists repeated intravaginal antiseptic treatment in a subset of women with bacterial vaginosis: a preliminary report // Arch. Gynecol. Obstet., 2015, v.291, p.605-609

8. Wang C.C., Zhang X.J. Risk factors for bacterial vaginosis: results from a cross-sectional study having a sample of 53,652 women // European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases, 2014, v.33, p.1525-1532

Резюме

установление роли atopobium vaginae, ассоциированном с бактериальным вагинозом, при осложненном течении беременности

А.Б.Хасиева

Atopobium vaginae является новым выявленным микроорганизмом, который в настоящее время широко изучается в акушерско-гинекологической практике. Он повсеместно встречается в различных комбинациях: парами, в одиночку, короткими цепочками. При этом в процессах метаболизма Atopobium выделяет некоторые органические кислоты (муравьиную, уксусную, молочную, масляную, который и придают бактериальному вагинозу (БВ) специфический запах). По данным современных исследователей развитие бактериального вагиноза и многих воспалительных заболеваний органов малого таза связано с Atopobium vaginae. По полученным нами данным, A. vaginae встречался у 68 пациенток с БВ (53,1±4,1%), в I группе – 36 случаев (50,0±3,9%), во II – 32 (57,2±6,6%). В связи с этим, более детальное изучение количественного и качественного состава микрофлоры при БВ следует проводить всем пациенткам с осложненным течением беременности.

Summary

Stablishing the role atopobium vaginae, associated with bacterial vaginosis, with complicated pregnancy

A.B.Khasiyeva

Atopobium vaginae is a newly discovered microorganism, which is now studied in obstetric-gynecological practice. It is ubiquitous in various combinations: in pairs, alone, in short chains. In the process of metabolism, Atopobium secretes certain organic acids (formic, acetic, lactic, oil, which gives the bacterial vaginosis (BV) a specific smell). According to modern researchers, the development of bacterial vaginosis and many inflammatory diseases of the pelvic organs is associated with Atopobium vaginae. According to our data, patients with BV (53.1±4.1%), in the I group - 36 cases (50.0±3.9%), in II-32 (57,2±6.6%). In this regard, a more detailed study of the quantitative and qualitative composition of microflora in BV should be conducted for all patients with complicated pregnancy.

Daxil olub: 14.08 2018

PERİLİMFATIK FİSTUL ZAMANI BAŞ VERƏN EŞİTMƏ POZUNTULARININ EKSPERİMANTAL TƏDQİQATLARININ NƏTİCƏLƏRİ

A.R.Vəliyeva, N.B.Göksu
Qazi Universiteti Qulaq Burun Boğaz ve Baş Boyun Cərrahi Xəstəlikleri Kafedrası, Ankara

Açar sözlər: Perilimfa fistula, eşitmə beyin sapı cavabı, kobay
Ключевые слова: перилимфатическая фистула, слуховой мозговой ответ, морская свинка
Key word: perilymph fistula, Auditory brainstem response, Guinea pig

Perilimfa fistula, membranoz labirintin ətrafındakı perilimfatik boşluqda yerləşən mayenin otik kapsul xaricinə qaçışıdır [1,3,5]. Müxtəlif klinik mənzərədə ortaya çıxan bu xəstəlik qulaq burun boğaz həkimlərinin diaqnoz və müalicədə çətinliklərlə qarşılaşdığı bir mənzərədir. PLF yaranmasına səbəb olan bir çox amil vardır. Bunlara stapedektomi, barotravma, fiziki efor, baş boyun travmaları və kongenital və idiopatik səbəbləri göstərmək olar [1,2,4]. Hazırda istifadə edilən bir çox testlər qəti diaqnoz qoymağa imkan vermir, qəti medikamendoz və cərrahi müalicə qaydası yoxdur. Eşitmə itkisi çox vaxt ilk əlamətdir, adətən ani başlanğıçlıdır, baş fırlanması də müşayiət edə bilər. Xəstələrin bir qismində isə tinnitus eşitmə itkisi olmadan meydana gəlir. Tək və ya ikitərəfli sensorinoral itki və vertigonun birlikdə olması labirintə aid bir çox xəstəlik kimi perilimfatik fistul üçün də tez-tez rast gəlinən faktlardandır. Diaqnoz üçün ilk mərhələdə istifadə edilən testlər audioloji tədqiqatlardır [6,7].

Tədqiqatın məqsədi: Bu işdə yaratdığımız perilimfa fistul modelində eşitmə beyin sapı cavabı testini keçirərək inkişaf edən eşitmə itkisinin müddəti ilə bağlı əlamətlərin araşdırılması nəzərdə tutulmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları: Tədqiqat işi Qazi Universiteti Tibb Fakültəsi Qulaq Burun Boğaz Əsas Elmlər Sahəsi (Anabilim Dalı) İxtisas Dissertasiyası olaraq görülmüşdür. İşin gedişatında Helsinki Yekun Aktının eksperimental heyvan işləri ilə bağlı bütün maddələrə riayət edilmişdir.

Eksperimental tədqiqat üçün Hıfzısıhha laboratoriyasında əldə edilən, ağırlıqları 350-400 qr arasında dəyişən, gənc- yetişkin albinos tip, sağlam, erkək kobaylardan istifadə edildi. Tədqiqat 8 kobay üzərində aparılmışdır. Sol qulaq nəzarət qrupu, sağ qulaq işçi qrupu olaraq nişanladıq və həmin gün preoperative nəzarət və işçi qrupu üçün ABR testi keçirildi və heyvanların eşitməsinin normal olduğu müəyyən edilmişdir.

İşçi və nəzarət qrupuna əməliyyatdan əvvəl, prosesdən 1 saat sonra və əməliyyatdan 48 saat sonra və 2 ay sonra ABR testi tətbiq olundu. Nəzarət tərəfə yalnız əməliyyatdan əvvəl ABR testi keçirildi. İş qrupundakı 4 kobay əməliyyatdan sonra 2-ci ayında test əsnasında ex olub və əməliyyata davam edilərək 4 kobay ilə iş başa çatdırılmışdır.

Nəzarət qrupu sol tərəf üçün (K qrupu) K1,2,3,4,5,6,7,8; İşçi qrupu sağ tərəf (perilimfatik fistul) üçün P1,2,3,4,5,6,7,8 olaraq kodlaşdırdı.

Kobayların hər iki qulağına tragus qarşısından keçirilən, dəri-dərialtı 2 sm-lik preaurikulyar kəsik edildi. Daha sonra timpanik bulla tapılıb açıldı, koxlear sümük tanındı. İşçi qrupu tərəfi (heyvanların sağ qulaqları) koxlear sümük 1mm qalınlığında çevrilmə ilə çalışaraq perilenfatik fistul yaradıldı. Bu zaman orta qulaqdakı quruluşlara və sümüklərə ziyan verilməməyə çalışıldı. Proses bitdikdən sonra dəri tikildi və əməliyyatdan 1 saat sonra, 48 saat sonra və 2 ay sonra EBC testi keçirildi.

Tədqiqatımızda elektrofizioloji test olaraq eşitmə testi ABR istifadə edilmişdir. Bütün kobayların işdən əvvəl iki tərəfli audio beyin sapı cavablarına baxılmışdır. Xəbərdarlıq səviyyesi 55 db HL (Hearing Level)-dən başlayıb 20 db-lik pillələrlə aşağı salındı, hədd itdiyi zaman 10 db yuxarı çıxıldı və normal ABR dalğaları müəyyənləşdirdiyi qiymət normal eşitmə kimi qiymətləndirildi. İBC dalğaları müşahidə edilmədiyi zaman 95 db HL-dən başlandı. Görülən işlərdə beyin sapı fəallığı ilə uyğun olan III dalğanın təqdim etdiyi ən kiçik xəbərdarlıq səviyyəsi eşitmə həddi kimi qəbul edildi. Tətbiq olunacaq cərrahi əməliyyatdan əvvəl ABR ilə eşitmə hədləri və dalğa latansları müəyyənləşdirdi. Daha sonra postoperative 1.saatda, 48 saatda və 2-ci ayda ABR ilə kobayların eşitməsi qiymətləndirildi və dalğa latansları qeyd edildi. Qeydiyyat zamanı ən çox görülən I, II və III dalğalar əsas götürülərək hesablamalar aparıldı.

Tədqiqatın nəticəsi və müzakirəsi. İşi təşkil edən 8 kobayın ABR də alınan nəticələri aşağıda təqdim olunmuşdur.

Araşdırmaya cəlb edilən 8 kobayın əməliyyatdan əvvəl nəzarət qrupun (sol tərəf) əməliyyatdan sonra 1-ci saat və 48-ci saat eşitmə hədd qiyməti müqayisə edilməsində əhəmiyyətli fərq müəyyən olunmamışdır ($p>0,05$). Hər iki nəzarət və işçi qrupun əməliyyatdan əvvəl eşitmə hədd qiymətinin müqayisə edilməsində əhəmiyyətli fərq müəyyən olunmadı. Bundan başqa, əməliyyatdan sonra perilimfatik fistül işçi qrupunun əməliyyatdan 1-ci saat və 48-ci saat sonra eşitmə hədd qiymətləri

müqayisə edilməsi zamanı əhəmiyyətli fərq müəyyən olunmadı (p>0,05). İşə daxil edilən perilimfatik fistül qrupu əməliyyatdan əvvəl və əməliyyatdan sonra 1-ci saat və 48-ci saat eşitmə hədd qiymətlərinin müqayisə edilməsi zamanı əhəmiyyətli fərq müəyyən olunmamışdır (p<0,05). İşə daxil edilən 8 kobayın əməliyyatdan əvvəl nəzarət qrupunun, işçi qrupunun əməliyyatdan sonra 1-ci saat və 48-ci saat eşitmə hədd qiymətlərinin müqayisə edilməsində əhəmiyyətli fərq müəyyən olunuşdur p=0.011 və p=0.016 (p<0.05)

Cədvəl 1

Əməliyyatdan əvvəl və sonra nəzarət və işçi qruplarına aid minimum və maksimum ABC hədd qiymətləri və orta göstəricilər

N	Dövrlər		Nəzarət qrupu	İşçi qrupu
			Min, max Orta	*Min, max Ortan*
			(dB)	(dB)
1	Əməliyyatdan əvvəl	Sağ	-	(-10) –(20)
				10
		Sol	(-10) – (20)	-
			10	
	Əməliyyatdan sonra 1-ci saat	Sağ	-	(20) – (50)
				35
		Sol	(0) – (20)	-
			10	
2	Əməliyyatdan sonra 48-ci saat	Sağ	-	(40) – (60)
				50
		Sol	(0) – (20)	-
			10	
	Əməliyyatdan sonra 2-ci ay	Sağ	-	(-) –(-)
				-
		Sol	(0) – (20)	
			10	-

Cədvəl 1

Əməliyyatdan əvvəl və sonra EBC hədd qiymətlərinin qruplar arası müqayisə edilməsi

Qruplar	Əməliyyatdan əvvəl (dB)	Əməliyyatdan sonra 1-ci saat (dB)	Əməliyyatdan sonra 48-ci saat(Db)	Əməliyyatdan sonra 2-ci ay (dB)
	Orta (min; max)	*Orta (min; max)*	*Orta (min; max)*	*Orta (min; max)*
Nəzarət qrupu sol	10(-10)-(20)	10(0)-(20)	10(0)-(20)	10(0)-(20)
İşçi qrupu sağ	10(-10)-(20)	35(20)-(50)	50(40)-(60)	Statistik dürüst olmamışdır.
p	p=0.737	p=0.011	p=0.016	-

Buna istinadən əməliyyatdan əvvəl nəzarət qrupunun əməliyyatdan sonra 1-ci saat və 48-ci saatla eşitmə hədlərinin üçlü qarşılaşdırılması nəticəsində əhəmiyyətli fərq müəyyən olunmuşdur p=0.04 (p<0.05).

2-ci ayda aparılan ABR nəticələrində kobaylarda dalğa izlənmədi və hədd tapılmadığı üçün total itki kimi qiymətləndirildi və müqayisə etməyə daxiln edilməmişdir. 2-ci aydan başqa heç bir ölçmədə dalğa morfologiyasında pozuntu müəyyən olunmadı.

Nəticə: Xəstələrdə PLF diaqnoz üçün eşitmə itkisi, baş gicəllənməsi qeyri-tarazlıq şikayətləri olmalıdır. Eşitmə itkisinin olmaması PLF olmaması mənasını gəlmir. Bizim işimizdə PLF yaratdığımız xəstələrdə eşitmə itkisinin inkişaf etdiyi müşahidə edildi və 1-ci saat və 48 saat arasında eşitmə itkisi baxımından əhəmiyyətli irəliləyiş müşahidə edilmədi. Sadəcə 2 aydan sonra 4 kobayda ABR test nəticəsində dalğa izlənmədi və hədd dəyərləndirilmədi, total eşitmə itkisi inkişaf etdiyi müşahidə edildi. PLF diaqnozu qoyulduqdan sonra 48 saat ərzində sürətli ilərləyən bir eşitmə itkisi olmadığı müəyyən edildi və bu da əvvəlcə cərrahi müalicə istəməyib tibbi müalicə sınamaq baxımından və cərrahiyyə üçün vaxt qazanılması baxımından mühüm üstünlük yaradır.

ƏDƏBİYYAT

1. Moore K.L., Persaud T.V.N. Klinik Yönleriyle İnsan Embriyolojisi. İstanbul: Nobel Tıp Yayınevleri, 2009, v.2, s.431- 432.

2. Stjernholm C., Muren C. Dimensions of the cochlear nerve canal: a radioanatomic investigation // Acta Otolaryngol, 2002, v.122, p.43-48

3. Erixon E., Högstorp H., Wadin K., Rask- Anderson H. Variotional anatomy of the human cocchlea: İnplications for cochlear implantation // Otol Neurotol., 2009, v.30, p.14-22.

4. Cumming J.W., Flint P.W., Harker L.A. et al. 4th ed. Vol 4. Section 149. Cochlear Anatomy and Central Auditory Pathways St. Louise: Mosby Year Book, 2005

5. Wysocki J. Topographical anatomy of the guinea pig temporal bone // Hearing Research, 2005, v.199, p.103-110

6. Albuquerque A.A.S., Rossato M., Oliveira J.A.A., Hyppolito M.A. Understanding the anatomy of ears from guinea pigs and rats and its use in basic otologic research // Braz J Otorhinolaryngol., 2009, v.75, p.43-49

7. Muren C. Dimensions of the cochlear nerve canal: a radioanatomic investigation // Acta Otolaryngol., 2002, v.122, p.43-48

Резюме

Экспериментальные результаты на потерю слуха времени при перилимфатическом фистуле

А.Р.Велиева, Н.Б.Гексу

Целью данного исследования явилось создание модель перилимфатической фистулы и изучение признаков потери слуха. При этом мы выполнили слуховые тесты *слухового* ответа *ствола мозга*, и оценивали результаты развития к моменту потери слуха. В исследовании были использованы 8 морский свинок.

Summary

Perilymph fistula time due to hearing loss signs of experımental presentation results

A.R.Veliyeva, N.B.Goksu

The purpose of this study was to create a model of a perilymphatic fistula and to study the signs of hearing loss. At the same time, we performed auditory tests of the auditory response of the brainstem, and evaluated the results of development by the time of hearing loss. The study used 8 guinea pigs.

Daxil olub: 23.08 2018

QADINLARDA GENİTAL İNFEKSİYALARIN RESİDİVLƏŞMƏ VƏ DİGƏR SOMATİK XƏSTƏLİKLƏRİN RASTGƏLMƏ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

M.B.Əliyeva

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: genital infeksiyalar, residivlər, somatik xəstəliklər
Ключевые слова: генитальные инфекции, рецидивы, соматические болезни
Keywords: genital infections, relapses, somatic diseases

Çin Xalq Respublikasının Şandonq əyalətində aparılmış epidemioloji tədqiqat nəticəsində həmin bölgədə bakterial vaginozun yayılmasının 6,6%, İran İslam Respublikasının Həmədan şəhərində aparılan tədqiqat zamanı isə anoloji tədqiqatın nəticəsinin 28,5% olduğu aşkar edilmişdir [1]. Laosun paytaxtı Vyentyan şəhərində isə vaginozun yayılması 24,5%-dir. Digər bir tədqiqatda isə Braziliyanın şimar şərq əhatələrində bakterialvaginozun yayılmasının 20% olduğu əks olunmuşdur. Respublikamızda isə xəstəliyin epidemiologiyasına dair məlumatlar isə cüzidir. Hindistanın Karnataka əyalətində evli qadınlara arasında Nugent kriteriyalarından istifadə edilməklə müəyyənləşdirilən bakterial vaginoz hallarının 20,5% olduğu öz əksini tapmışdır [2]. Digər bir tədqiqatda isə Hindistanda Dehli şəhərində qadınların sosial-iqtisadi vəziyyəti ilə bakterial vaginozun yayılması arasında əlaqə öyrənilmiş və nəticədə səfil həyatı keçirən və iqtisadi cəhətdən zəif olan qadınlarda bu göstərici 28,8% olduğu halda, şəhərli əhalidə müvafiq göstərici 25,4% təşkil etmişdir [3]. Hindistanın Misore şəhərində aparılan tədqiqatda isə bu göstərici 19% olmuşdur. Ən yüksək göstərici isə Hindistanın Hariana şəhərində qeydə alınmışdır, 48,5% [4,11].

Bakterial vaginozlu qadınların təxminən 50-75%-i asimptomatikdir. Simptomatik qadınlarda xəstəliyin təzahürləri vaginadan bozumtul-ağ mayedən tutmuş, cinsi əlaqədən və menstrusiya zamanı pis qoxunun gəlməsinə kimi dəyişilə bilər. Xəstəliyin digər simptomlarına isə qaşınma, qarnın aşağı hissəsində və cinsi əlaqə zamanı ağrı aiddir. Bakterial vaginoz üçün risk amillərinə çoxsaylı cinsi tərəfdaşlar, siqaretçəkmə, aşağı sosial-iqtisadi stress və əvvəllər keçirilmiş cinsi xəstəlikləri aid etmək olar [5,9].

Hamiləlik zamanı bakterial vaginozun ağırlaşmalarına membranın vaxtından qabaq yırtılması, keysəriyyə kəsiyindən sonra endometrit, amnion mayesinin infeksiyası, uşaqlıq boynunun iltihabı və post abortal infeksiya aiddir. Döldə baş verən ağırlaşmalara isə vaxtından qabaq doğulma və bətndaxili inkişafın ləngiməsi aiddir. Bakterial vaginoz İİV yoluxması üçün risk amili daşıyır. Bakterial vaginoz İİV infeksiyasının yoluxma ehtimalını 2-4 dəfə artırır və Malavidə aparılan tədqiqatda onun antenatal İİV infesiyası ehtimalını 23% yüksəltdiyi öz əksini tapmışdır. Bundan başqa, bakterial vaginoz həmçinin HSV-2, qonoreyya və xlamidiya infeksiyalarının baş qaldırması üçün də risk amili rolunu oynayır [6,8]. Bakterial vaginoz daha çox çanağın iltihabi xəstəliyi olan xəstəliyi olan qadınlarda daha çox müşahidə olunsa da, bu xəstəliklər arasında əlaqənin xarakteri aydın deyil. Bakterial vaginoz üçün xarakterik olan mikroflora çanağın iltihabi xəstəliyi olan xəstələrin endometriumu və uşaqlıq borularından da əldə edilmişdir. Bundan başqa, bakterial vaginit biopsiya, histerektomiya, histerosalpinqoqrafiya, uşaqlıqdaxili aparatların yerləşdirilməsi, keysəriyyə əməliyyatı və uşaqlığın küretajı kimi invaziv müdaxilələrdən sonra meydana gələn endometrit və uşaqlıq boynunun selluliti kimi xəstəliklərlə də əlaqədar meydana gələ bilir. Bir sıra tədqiqatlar bakterial vaginozdan əziyyət çəkən qadınların sidik yolları infeksiyalarına yoluxma riskləri yüksəkdir [7,10].

Tədqiqatın məqsədi Qadınlarda genital kandidoz və bakterial vaginoz zamanı xəstəliyin residivləşmə, aybaşı xarakteristikası və digər somatik xəstəliklərin rast gəlinmə xüsusiyyətlərinin öyrənilməsindən ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodları. Bu məqsədlə Gəncə Şəhər Qadın Məsləhətxanasına müraciət etmiş 20 nəfər xroniki residivləşən genital kandidoz, 29 nəfər residivləşən bakterial vaginoz, 39 nəfər isə həm xroniki residivləşən genital kandidoz, həm də bakterial vaginoz diaqnozu qoyulmuş xəstələr və 22 nəfər həmin qadın məsləhətxanasına cari müayinələr üçün müraciət etmiş sağlam qadınlar tədqiqata cəlb edilmişdir. Tədqiqatın ilk mərhələsində qeyd edilən xəstələrdə 2017-ci il ərzində xəstələrin müvafiq xəstəliklərin il ərzində residiv sayı (ildə "10-12 dəfə", "6-9 dəfə" və "6 dəfədən az") hər qrup xəstələr üzrə sayla və %-lə hesablanmışdır. Tədqiqatın 2-ci mərhələsində isə hər xəstələr qrupu (20 nəfərlik xroniki residivləşən genital kandidozlu, 29 nəfərlik residivləşən bakterial vaginozlu, 39 nəfərlik həm xroniki residivləşən genital kandidozlu, həm də residivləşən bakterial vaginozlu xəstələr qrupu) və sağlam şəxslər (22 nəfər) qrupunda normomenoreya, oliqomenoreya, hipomenoreya, hipermenoreya, alqodismenoreya, premenstrual sindrom hallarının rast gəlinməsi sayla və %-lə rast gəlinməsi öyrənilmişdir. Qeyd edək ki, normomenoreya aybaşı tsiklinin normal şərtlər daxilində olması, oliqomenoreya aybaşının nadir hallarda baş verməsi, hipomenoreya aybaşının hədsiz dərəcədə yüngül və qısa sürməsi, hipermenoreya aybaşının hədsiz ağır və uzun sürməsi, dismenoreya aybşaının hədsiz ağrılı keçməsi, premenstrual sindrom isə qadınlarda tsikldən əvvəl baş verən fiziki və ruhi əlamətlərdir. Bu sindrom aybaşı qanaxmalarından 10 gün əvvəl başlayaraq qanaxmalara bir neçə gün qalmışa qədər davam edə bilər. Sindromun əlamətlərinə depressiya, yorğunluq hissi, yuxululuğa meyllilik, ətrafa münasibətin zəifləməsi, ruhi sferada pozğunluqlar, əsəbilik, gərginlik, həssaslıq, ağlamağa meyllilik və s. aiddir. ABŞ-da aparılan tədqiqat zamanı qadınların bu vəziyyətdə daha çox cinayət hadisələri törətdiyi məlum olmuşdur.

Tədqiqatın 3-cü mərhələsində isə qeyd edilən xəstə qrupları və sağlam qadınlarda qalxanabənzər vəzidə xəstəliklərin mövcudluğu, qastrit, xolesistit, bağırsağın disbakteriozu və sistit kimi ümumi orqanizm səviyyəsində olan xəstəliklərin rast gəlinməsinin say və faizlə göstəricisi hesablanmışdır. Qadınların ümumi xəstəlikləri onların xəstəlik tarixlərindəki məlumatlara əsasən öyrənilmişdir. Xəstələrdən onların göstəricilərindən tədqiqat zamanı istifadə olunması üçün razılıq əldə edilmişdir. 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 Gəncə Şəhər Qadın Məsləhətxanasına müraciət etmiş 20 nəfər xroniki residivləşən genital kandidozlu qadınlar qrupunda xəstəliyin 2017-ci il ərzindəki residivlərinin sayının 10-12 dəfə olması halları 9 nəfər xəstədə qeydə alınmışdır ki, bu da müvafiq qrupun 45,0±11,12%-ni əhatə etmişdir. Buna baxmayaraq, residivləşən bakterial vaginozlu 29 nəfərdən 17-sində yəni həmin qrupun 58,6±9,15%-ində, həm xroniki residivləşən genital kandidozlu, həm də bakterial

vaginozlu 39 nəfərdən 14-ündə yəni müvafiq qrupun 35,9±7,68%-ində xəstəliyin nəzərdə tutulan il ərzində 10-12 dəfə residivləşməsi vaş vermişdir. İl ərzində xəstəliyin residivlərinin sayının 6-9 dəfə başverməsi halları isə xroniki residivləşən genital kandidoz diaqnozu qoyulmuş xəstələr qrupunda 7 nəfərdə müşahidə olunmuşdur ki, bu da müvafiq xəstələr qrupunun 35,0±10,67%-ni təşkil etmişdir (cədvəl 1). Residiv sayının bu intervalda baş verməsi residivləşən bakterial vaginozlu xəstələr qrupunda 7 nəfər qeydə alınmışdır və bu vaginozlu xəstələrin 24,1±7,95% -ni, həm xroniki residivləşən genital kandidoz, həm də bakterial vaginoz diaqnozu qoyulmuş xəstələrdən isə 21 nəfərində yəni müvafiq qrupun 35,9±7,68%-ni əhatə etmişdir.

Cədvəl 1

Qadınlarda genital kandidoz və bakterial vaginoz zamanı xəstəliyin residivləşmə xarakteristikası

İl ərzində residivlərin sayı	Xroniki residivləşən genital kandidoz, n=20		Residivləşən bakterial vaginoz, n=29		Xroniki residivləşən genital kandidoz+bakterial vaginoz, n=39	
	say	%	say	%	say	%
10–12 dəfə	9	45,0±11,12	17	58,6±9,15	14	35,9±7,68
6–9 dəfə	7	35,0±10,67	7	24,1±7,95	21	53,8±7,98
6 dəfədən az	4	20,0±8,94	5	17,2±7,01	4	10,3±4,86

İl ərzində residivlərin sayının 6 dəfədən az olması hallarına isə 20 nəfərdən ibarət xroniki residivləşən genital kandidozlu xəstələr qrupunda 4 nəfərdə, 29 nəfərdən ibarət residivləşən bakterial vaginozlu qadınlar qrupunda 5 nəfərdə, 39 nəfərdən təşkil edilmiş həm xroniki residivləşən genital kandidoz, həm də residivləşən vaginozdan əziyyət çəkən qadınlar qrupundan isə 4 nəfərdə qeydə alınmışdır ki, bu da uyğun qruplar üzrə müvafiq olaraq, 20,0±8,94%, 17,2±7,01% və 10,3±4,86% təşkil etmişdir. Rəqəmsal göstəriciləri analiz etdikdə xəstəliyin residiv sayında ən arzuolunmaz vəziyyətin residivləşən bakterial vaginozlu qadınlarda olduğunu müşahidə edirik (58,6±9,15% hallarda illik 10-12 dəfə residiv hadisəsi).

Qadınlarda genital kandidoz və bakterial vaginoz zamanı aybaşı pozulmalarının qeyd edilməsi üzrə tədqiqat zamanı müqayisə məqsədilə müşahidələrə cəlb etdiyimiz 22 nəfər sağlam qadınlardan 15 nəfərində yəni onların 68,2%-ində normomenoreya, 5 nəfərində, yəni sağlam qadınların 22,7%-ində oliqomenoreya, 1 nəfərində yəni sağlam (kontrol) qrupun 4,5%-ində hipomenoreya, 3 nəfərində yəni qrup üzrə 13,6%-ində hipermenoreya, digər 3 nəfərində yəni qrup üzrə 13,6%-ində dismenoreya və 6 nəfərində yəni qrupun 27,3%-ində premenstrual sindrom qeydə alınmışdır. Sağlam qadınların müvafiq göstəriciləri tədqiqatımızda norma kimi qəbul edilmiş digər göstəricilər onlarla müqayisə edilmişdir.

Xoniki residivləşən genital kandidozlu 20 nəfər qadınlardan 11 nəfərində yaxud qrupun 55%-ində normomenoreya, 7 nəfərdə yəni qrupun 35%-ində oliqomenoreya, 1 nəfərində yəni qrupun 5%-ində hipomenoreya, 3 nəfərində yəni qrupun 15%-ində hipermenoreya, 4 nəfərində yaxud qrupun 20%-ində dismenoreya və 5 nəfərdə yaxud qrupun 25%-ində premenstrual sindrom qeydə alınmışdır (cədvəl 2).

29 nəfərdən ibarət residivləşən bakterial vaginozlu qadınlardan təşil etdiyimiz qrupda 19 nəfərdə yaxud qrupun 65,5%-ində normomenoreya, 4 nəfərində yəni müvafiq qrupun 13,8%-ində hipermenoreya, 8 nəfərində yaxud qrupun 27,6%-ində dismenoreya və 10 nəfərində yaxud 34,5%-ində premenstrual sindrom qeydə alınsa da, bur qrupda oliqomenoreya yaxud hipomenoreya hallarına rast gəlinməmişdir.

Cədvəl 2

Qadınlarda genital kandidoz və bakterial vaginoz zamanı menstrual funksiyanın xarakteristikası

Menstrual funksiyanın xarakteri	Xroniki residivləşən genital kandidoz, n=20		Residivləşən bakterial vaginoz, n=29		Xroniki residivləşən genital kandidoz+bakterial vaginoz, n=39		Nəzarət qrupu, n=22	
	Say	%	Say	%	Say	%	Say	%
Normomenoreya	11	55,0	19	65,5	22	56,4	15	68,2
Oliqomenoreya	7	35,0	0	0,0	9	23,1	5	22,7
Hipomenoreya	1	5,0	0	0,0	0	0,0	1	4,5
Hipermenoreya	3	15,0	4	13,8	4	10,3	3	13,6
Dismenoreya	4	20,0	8	27,6	8	20,5	3	13,6
Premenstrual sindrom	5	25,0	10	34,5	11	28,2	6	27,3

39 nəfər həm xroniki residivləşən genital kandidoz, həm də bakterial vaginozlu qadınlardan təşkil etdiyimiz qrupda 22 nəfərdə yəni qrupun 56,4%-ində normomenoreya, 9 nəfərdə yəni müvafiq qrupun 23,1%-ində oliqomenoreya, 4 nəfərində yaxud qrupun 10,3%-də hipermenoreya, 8 nəfərində yaxud 20,5%-

ində və 11 nəfərində yaxud 28,2%-ində premenstrual sindrom qeydə alınmasına baxmayaraq, bu qrupda hipomenoreya halı müşahidə edilməmişdir.

Cari profilkatika məqsədilə qadın məsləhətxanasına müraciət etmiş və göstəricilərindən tədqiqat üçün istifadə edilməsinə icazə vermiş 22 nəfər qadından isə 3 nəfərində yəni bu qrupun 13,6%-ində qalxanabənzər vəzinin problemlərinə, 4 nəfərində yəni qrupun 18,2%-ində xolesistit, 3 nəfərində yəni qrupun 13,6%-ində qastrit və digər 3 nəfərində yəni 13,6%-ində qastrit qeydə alınmışdır. Bu qrupdakı qadınlarda bağırsağın disbakteriozuna rast gəlinməmişdir.

20 nəfərdən ibarət xroniki residivləşən genital kandidozdan əziyyət çəkən qadınlar qrupunda 3 nəfərdə yəni qrupun 15%-ində qalxanabənzər vəzinin problemlərinə, 4 nəfərində yəni qrupun 20%-ində qastrit, 5 nəfərdə yaxud qrupun 25%-ində xolesistit, 6 nəfərdə yaxud qrupun 30%-ində bağırsaqların disbakteriozuvə 5 nəfərdə yaxud qrupun 25%-ində isə sistit halları qeydə alınmışdır (cədvəl 3).

29 nəfərdən ibarət residivləşən bakterial vaginozdan əziyyət çəkən qadınlar qrupunda 6 nəfərdə yəni qrupun 20,7%-ində qalxanabənzər vəzilərində patologiya, 5 nəfərində yəni qrupun 17,2%-ində qastrit, 9 nəfərində yəni qrupun 31%-ində xolesistit, 7 nəfərində yəni qrupun 24,1%-ində bağırsaqların disbakteriozu, 8 nəfərində yəni qrupun 27,6%-ində sistit qeydə alınmışdır.

Cədvəl 3

Qadınlarda genital kandidoz və bakterial vaginoz zamanı müxtəlif somatik patologiyaların rast gəlinməsi

Nozoloji vahid	Xroniki residivləşən genital kandidoz, n=20		Residivləşən bakterial vaginoz, n=29		Xroniki residivləşən genital kandidoz+bakterial vaginoz, n=39		Nəzarət, n=22	
	Say	%	Say	%	Say	%	Say	%
Qalxanabənzər vəzinin patologiyaları	3	15,0	6	20,7	9	23,1	3	13,6
Qastrit	4	20,0	5	17,2	7	17,9	3	13,6
Xolesistit	5	25,0	9	31,0	8	20,5	4	18,2
Bağırsağın disbakteriozu	6	30,0*	7	24,1*	8	20,5*	0	0,0
Sistit	5	25,0	8	27,6	16	41,0*	3	13,6

Qeyd: Nəzarət qrupuna görə statistiki dürüstlük $p<0,05$.

39 nəfərdən ibarət həm xroniki residivləşən genital kandidoz, həm də bakterial vaginozdan əziyyət çəkən pasiyentlər qrupunda 9 nəfərdə yəni qrupun 23,1%-ində qalxanabənzər vəzinin xəstəliyi, 7 nəfərində yəni qrupun 17,9%-ində qastrit müşahidə edilmişdir. Bu qrupda 8 nəfərdə xolesistit, digər 8 nəfərdə bağırsağın disbakteriozu və 16 nəfərdə isə sistit müşahidə edilmişdir ki, bu müvafiq qrupun uyğun olaraq, 20,5%, 20,5% və 41%-ini təşkil etmişdir. Tədqiqat nəticəsində uşaqlıq yollarında problemlər olan xəstələrdə müxtəlif somatik patologiyaların, aybaşı tsiklindəki pozğunluqların baş verməsi göstəriciləri sağlam qadınlarla müqayisədə nisbətən yüksək olmuşdur.

ƏDƏBİYYAT

1. Allsworth J.E., Peipert J.F. Prevalence of bacterial vaginosis: 2001-2004 National Health and Nutrition Examination Survey data // Obstetrics and Gynecology, Hagerstown, 2007, v.109, p. 114-120
2. Austin M.N. et al. Microbiologic response to treatment of bacterial vaginosis with topical clindamycin or metronidazole // Journal of Clinical Microbiology, 2005, v. 43, p. 4492-4497
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST-Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST. Brasília, DF, 2006.
4. Catlin B.W. Gardnerella vaginalis: characteristics, clinical considerations, and controversies // Clinical Microbiology Reviews, 2012, v.5, p. 213-23
5. Eriksson K. et al. Validation of the use of Pap-stained vaginal smears for diagnosis of bacterial vaginosis. APMIS: Acta Pathologica Microbiologica et Immunologica Scandinavica, Copenhagen, 2007, v.115, p. 809-813
6. Fethers K.A. et al. Sexual risk factors and bacterial vaginosis: a systematic review and meta-analysis // Clinical Infectious Diseases, 2008, v. 47, p. 1426-1435
7. Haggerty C.L. et al. Bacterial vaginosis and anaerobic bacteria are associated with endometritis // Clinical Infectious Diseases, 2004, v. 39, p. 990-995
8. Hasenack B.S. et al. Comparative study for the diagnosis of bacterial vaginosis by Papanicolaou and Gram staining techniques // Revista Brasileira de Análises Clínicas, 2008, v. 40, p. 159-162
9. Klebanoff M.A. Time course of the regression of asymptomatic bacterial vaginosis in pregnancy with and without treatment // American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2004, v.190, p. 363-370,

10.Schwebke J.R. Desmond, R. A randomized trial of the duration of therapy with metronidazole plus or minus azithromycin for treatment of symptomatic bacterial vaginosis // Clinical Infectious Diseases, 2007, v.44, p. 213-219

11.Screening for bacterial vaginosis in pregnancy to prevent preterm delivery: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement // Annals of Internal Medicine, 2008, v.148, p. 214-219

Резюме

Особенности частоты встречаемости рецидивов генитальных инфекций и других соматических заболеваний

М.Б.Алиева

Приблизительно 50-75% женщин с бактериальным вагинозом являются бессимптомными. У симптоматических женщин проявления заболевания могут варьироваться от влагалища до сыпи и белого гриппа, инфекций, передающихся половым путем, и недоедания во время менструации. Было проведено исследование для изучения характеристик кандидоза половых органов и бактериального вагиноза у женщин при изучении характеристик рецидива, менструальной характеристики и других соматических заболеваний. Результаты различных соматических патологий и нарушений менструального цикла у пациентов с проблемами детства были относительно высокими по сравнению с здоровыми женщинами.

Summary

Particularities in the recurrence genetic infections and other somatic diseases in the womens

M.B.Aliyeva

Approximately 50-75% of women with bacterial vaginosis are asymptomatic. In symptomatic women, manifestations of the disease may vary from vagina to rash and white flu, sexually transmitted infections, and malnutrition during menstruation. A study was conducted to investigate the characteristics of genital candidiasis and bacterial vaginosis in women in the study of the characteristics of recurrence, menstrual characterization and other somatic diseases. The findings of various somatic pathologies and menstrual cycle disorders in patients with childhood problems have been relatively high in comparison to healthy women.

Daxil olub: 17.08 2018

AĞCİYƏRLƏRİN XRONİK OBSTRUKTİV XƏSTƏLİYİ İLƏ YANAŞI ÜRƏYİN IŞEMİK XƏSTƏİYİ ZAMANI METABOLİK DƏYİŞİKLİKLƏR

V.A.Abdullayev, R.S.Hacıyeva, A.D.Hüseynova

Elmi-tədqiqat Ağciyər xəstəlikləri İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: ağciyərlərin xronik obstruktiv xəstəliyi, ürəyin işemik xəstəiyi, metabolik dəyişikliklər, lipidlər

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, Ишемическая болезнь сердца, метаболические изменения, липиды

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, Coronary heart disease, metabolic changes, lipids

Ağ ciyərlərin xronik obstruktiv xəstəliyi (ACXOX) Müxtəlif patogen agentlərə, qazlara ağ ciyər toxumasının iltihabi reaksiyası, xarici tənəffüs funksiyasının proqressivləşməsi ilə xarakterizə olunan xəstəlikdir. Onun aşkarlanmasında əsas aksent bronx-ağ ciyər əlamətləridir [1,2,3].

Iri həcmli epidemioloji tədqiqatlar göstərir ki, ACXOX-lu xəstəliklərdə ölümün əsas səbəbi tənəffüs çatışmamazlığı deyil, ürək- damar patologiyası- ürəyin işemik xəstəliyi və ürək çatışmamazlığıdır. Çoxsaylı tədqiqatlarar göstərilir ki, Fev_1 – göstəricilərinin aşağı düşməsi ÜİX- nin yaranma riskini artırır. Siqaret çəkmə statusundan asılı olmayaraq Fev_1<73-75% olması ÜİX- nin yaranma riski ilə assosiasiya edir (kişilərdə 26%, qadınlarda 24%). ACXOX- da iştirak edən xronik persitəedən sistem iltihabı ACXOX- lu xəstələrdə ürək- damar xəstəliklər, aterosklerozun patogenezində roluna dair çoxlu məlumatlar toplanmışdır [4,5,6].

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqat işi 352 xəstənin klinik-instrumental müayinəsi əsasında aparılmışdır. Bütün müayinə olunanlar 3 qrupa bölünmüşlər:

I qrup- ACXOX olan 121 xəstə,

II qrup- ACXOX ilə yanaşı ÜİX olan 113 xəstə,

III qrup- ÜİX- in xronik formaları olan 118 xəstə.

Bütün xəstərə ACXOX və ÜİX diaqnozunun verifikasiyası keçirilmişdir. Xəstəliyin diaqnozu GOLD-2011 və ACHA təsnifatlarına əsasən təyin edilmişdir. Bütün xəstələrə klinik baxış, qanın biokimyəvi müayinəsi (ümumi xolesterin, qlükoza), Holter üsulu ilə sutkalıq EKQ, exokardioqrafiya (Exo-KQ), dö. Qəfəsinin rentgen müayinəsi, xarici tənəffüs funksiyasının (XTF) müayinəsi daxil olmaqla tibbi müayinələr aparılmışdır. Bu mərhələdə tədqiqat işinin məsələlərinə uyğun olaraq kiçik qan dövranı hemodinamikasına və əksgöstərişlərin olub-olmamasına təsir edən yanaşı xəstəliklər aşkar edilmişdir.

Laborator müayinələr aparıldıqda qan zərdabında lipid spektirinin vəziyyətini xarakterizə edən biokimyəvi göstəricilərə xüsusi diqqət yetirilmişdir, bu zaman ÜİX-in inkişafına və şiddətlənməsində dislipoproteinmeyinanın rolu, eləcə də ədəbiyyatda ACXOX olan xəstələrdə aterogenezin tükənməsi imkanlarının olması haqqında fikirlər nəzərə alınmalıdır. Qanın lipid səviyyəsinin müayinəsinin nəticələri təcrid olunmuş ÜİX və ACXOX ilə yanaşı ÜİX olan xəstələrdə cədvəl 1-də təqdim olunmuşdur.

Cədvəl 1

I və II qruplarda qan plazmasında lipidlər və aterogenlik əmsallarının orta göstəriciləri

Göstəricilər	I qrup (ACXOX)	II qrup (AXOX+ÜİX)
Ümumi XS, mmol/l	5,69±0,19	5,64±0,2
XS YSLP, mmol/l	0,988±0,04	0,978±0,06
TQ, mmol/l	2,192±0,14	2,03±0,09
XS ASLP, mmol/l	3,71±0,17	3,75±0,21
Aterogenlik əmsalı	4,76±0,34	4,77±0,4

Cədvəldən göründüyü kimi hər iki qrupda metabolik dəyişikliklərdən aşkar müşahdə olunur ki, onlar hiperxolesterinemiyaya tendensiya, XS-in periferik toxmalardan qaraciyərə nəqlini təmin edən XS YSLP konsentrasiysının azalması, aterogen XS ASLP-in sərhəd həddə qədər artması və qan zərdabında aterogenlik əmsalı inteqral göstəricilərinin artması tendensiyası ilə müşhaidə olunur. Bütün göstəricilər hazırda klinik praktikada tövsiyə olunan "lipid mübadiləsi pozuntularının, aterosklerozun inkişafı və şiddətlənməsi riskinin qiymətləndirilməsinin laborator meyarları" üzrə müəyyən edilmişdir, Buna uyğun olaraq hər parametr üçün qan plazmasında "normal", "ideal", "arzuolunan", "sərhəd" və "anomal" zonaları ayrılmışdır ki, bunun nəticəsində aterogenezi daha dəqiq təyin etmək mümkündür.

Hər iki qrupda XS göstəriciləri "ideal" həddən yüksək olmuşdur (4 mmol/l-ə qədər), orta hədlər isə sərhəd həddə olmuş, ACXOX ilə yanaşı olduqda qeyri- dürüst aşağı olmuşdur. Həmçinin heç bir xəstədə XS YSLP göstəriciləri "arzuolunan" həddə olmamışdır (kişilərdə 1,3 mmol/l-dən, qadınlarda 1,55 mmol/l-dən çox). Hər iki qrupda "anomal" aşağı səviyyəli xəstələr üstünlük təşkil etmişdi (kişilərdə 0,9 mmol/l, qadınlarda 1,0 mmol/l-dən az). Belə xəstələr I qrupda 20 (16,5±3,4), II qrupda 61(54,0±4,7) olmuşdur. Qruplarda bu göstəricilərin fərqləri dürüst olmuşdur ($p>0,05$), onlar daha çox II qrup üçün xarakterik olmuşdur. Həmçinin orta hədlər qeyri- dürüst pis olmuşdur. CS YSLP- in aşağı göstəriciləri siqaret çəkənlərin sayının çox olması ilə bağlıdır, xüsusilə ACXOX olan xəstələr bu baxımdan üstünlük təşkil edir. Bir sıra müəlliflər tərəfindən siqaret çəkmənin xolesterinin əks nəqlinə mənfi tədir göstərdiyi qeyd olunmuşdur. TQ-in səviyyəsi "arzuolunan" həddən yüksək olmamış (2,0- 2,5 mmol/l), I qrupda 29 (24,0±3,9), II qrupda 78 (69,0±4,4) nəfərdə qeydə alınmışdır ki, bu da qruplar üzrə həmin göstəricinin orta həddinin cüzi artması ilə izah olunur. I və II qrupdan olan əksər xəstələrdə, uyğun olaraq 27 (22,3±3,8) və 64 (56,6 ± 4.7) nəfərdə XS ASLP "sərhəd" zaonada olmuşdur ki (3,4- 4,1 mmol/l), bu da onların orta həddi üçün obnyektiv göstərici hesab olunur. yuxarıda qeyd edilən göstəricilər öyrənildikdə məlum olmuşdur ki, onlar arasındakı fərqlər dürüst olmuşdur, müayinə edilən göstəricilər I qrupa nisbətən daha çox II qrup üçün xarakterik olmuşdur.

Beləliklə, I və II qrup xəstələrdə qanın lipoprotein spektrində dəyişiklilər biristiqamətli olmuşdur: ACXOX ilə yanaşı ÜİX olan xəstələrdə XSS və TQ-in səviyyəsi bir qədər çox olmuşdur, lakin daha çox XS YSLP- in açağı düşməsi qeydə alınmışdır. Nəticədə lipidlər mübadiləsində aterogenlik əmsalı ümumilikdə həm təcrid olunmuş ÜİX, həm də ACXOX ilə yanaşı ÜİX zamanı təqribən eyni dərəcədə yüksək olmuşdur. Bütün bunlar aterogenlik əmasılnın mülayim kəskin olduğunu, hər iki müşahidə qrupunda aterosklerozun inkişafı və şiddətlənməsi riskinin olduğunu göstərir.

ƏDƏBİYYAT

1. Izquierdo J.L. Lack of association of ischemic heart disease with COPD when taking into account classical cardiovascular risk factors // International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 2010, v.5, p.387-394.

2. Прибылов С.А., Прусакова О.Ю., Алиуллин Р.А. и др. Влияние кораксана на показатели легочной, сердечной гемодинамики и эндотелиальной дисфункции у больных ХОБЛ и БА в сочетании с ИБС в поликлинических условиях // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье», 2011, № 3, с. 126-132

3. Soriano J.B., Rigo F., Guerrero D. et al. High prevalence of undiagnosed airflow limitation in patients with cardiovascular disease // Chest. 2010, v.137, p.333-340

4. Fox K., Ford I., Steg P.G. et al. Ivabradine for patients with stable coronary artery disease and left-ventricular systolic dysfunction (BEAUTIFUL): a randomised, double-blind, placebo controlled trial // Lancet, 2008, v.372, p.807-16

5. Savelieva I., Camm A.J. If-inhibition with ivabradine: electrophysiological effects and safety //Drug Saf., 2008, v.31, p.95-107

6. Некрасов А.А., Кузнецов А.Н., Мельниченко О.В., Круглова И.С. Ремоделирование сердца у больных хронической обструктивной болезнью легких // Медицинский альманах, 2011, №3 (16), с.112-115.

7. Провоторов В.М., Коточигова Т.В. Фармакотерапия хронической обструктивной болезни легких и хронической сердечной недостаточности // Молодой ученый, 2011, №6. Т.2. с. 187-189.

Резюме

Метаболические нарушения при обструктивной хронической болезнью легких в сочетании ишемической болезнью сердца

В.ААбдуллаев, Р.С.Гаджиева, А.Д.Гусейнова

Исследование проводилось на основании клинико-инструментального обследования 352 пациентов. Все обследованные делятся на 3 группы: I группа121 пациент с ХОБЛ, II группа- с ХИБЛ и ИБС, III группа 118 пациентов с ИБС Изменения в спектре липопротеинов крови у пациентов I и II были однозначными: в дополнение к ХОБЛ уровни ХСС и ТГ были значительно выше у пациентов с ИБС, но больше было зарегистрировано в падении ОХС. В результате, атерогенный коэффициент метаболизма липидов, как правило, был значительно выше в TPR вместе с изолированным ИБС и ХОБЛ. Все это показывает, что атерогенность атерогенной стадии является умеренно острой, а риск развития атеросклероза в обеих группах наблюдения является серьезным.

Summary

Metabolic disorders in obstructive chronic lung disease in combination with coronary heart disease

V.AAbdullaev, R.S. GaJiyeva, A.D. Guseynova

The study was conducted on the basis of clinical and instrumental examination of 352 patients. All examined are divided into 3 groups: I group 121 patients with COPD, I I group – COPD and IHD, III Group 113 patients IHD. The study was conducted on the basis of clinical and instrumental examination of 352 patients. All the patients were divided into 3 groups: Group I, patients with COPD, Group II, patients with CIBL and IHD, Group III, 118 patients with IHD Changes in blood lipoproteins in patients I and II were unambiguous: higher in patients with coronary artery disease, but more was recorded in the fall of TCI. As a result, the atherogenic lipid metabolism ratio was generally significantly higher in TPR, together with isolated CHD and COPD. All this shows that the atherogenic atherogenic stage is moderately acute, and the risk of atherosclerosis in both observation groups is serious.

Daxil olub: 16.08 2018

РОЛЬ И СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Р.М. Агаев, Ф.Х. Саидова, Ф.Г.Садыхов
Научный центр хирургии им.М.А. Топчибашева

Açar sözlər: qalxanvari vəzi xəstəlikləri, immun sistem, autoimmun tireodit, autoimmun tireotoksikoz
Ключевые слова: заболевания щитовидной железы, иммунная система, аутоиммунный тиреоидит, аутоиммунный тиреотоксикоз
Keywords: thyroid diseases, immune system, autoimmune thyroiditis, autoimmune thyrotoxicosis

По современным представлениям, в этиопатогенезе заболеваний щитовидной железы ведущая роль принадлежит нарушениям иммунной системы. По данным [3], в настоящее время в соответствии с иммунными нарушениями к аутоиммунным заболеваниям щитовидной железы относятся: 1) аутоиммунный тиреотоксикоз (болезнь Грэвса, Базедова, Парри); 2) аутоиммунный тиреоидит (тиреоидит Хашимото); 3) хронический фиброзный тиреоидит (тиреоидит Риделя); 4) лимфоцитарный тиреоидит детского и юношеского возраста; 5) послеродовый тиреоидит; 6) бессимптомный тиреоидит; 7) атрофический тиреоидит (идиопатическая микседема). К заболеваниям щитовидной железы со вторичным иммунным ответом относятся: 1) подострый тиреоидит; 2) нетоксический зоб.

Аутоиммунное поражение щитовидной железы включает ДТЗ и аутоиммунный тиреоидит со всеми его вариантами. Другие заболевания щитовидной железы аутоиммунными не являются, однако развитие их может сопровождаться иммунологическими нарушениями [1,2,3].

Избыточная выработка гормонов при ДТЗ обусловлена стимуляцией рецепторов для тиреотропина, расположенного на поверхности тиреоцигов, антителами, известными под названием тиреостимулирующих. Клиническая картина при аутоиммунном тиреоидите зависит от действия цитотоксических или блокирующих антител. Имеется ряд общих моментов между этими формами поражения щитовидной железы. Оба заболевания нередко встречаются в одних и тех же семьях. Имеются сообщения о наличии близнецов, один из которых страдал болезнью Грэвса, другой тиреоидитом Хашимото [4]. Более того, в одном и том же препарате щитовидной железы могут быть обнаружены изменения, характерные для обоих заболеваний, и клиническая картина при этом зависит от преобладания одного из них [1,5,6].

По мнению большинства исследователей, имеется генетическая предрасположенность к возникновению аутоиммунного тиреоидита. Исследования близнецов свидетельствуют о наличии между ними конкордантности по тиреоидиту Хашимото [7,8]. Тиреоидит значительно чаще встречается в отдельных семьях, а антитела к компонентам ткани щитовидной железы обнаруживаются более чем у половины родственников пациентов без клинических проявлений заболевания [9,10]. Ряд исследователей считают. что основным нарушением, ведущим к развитию аутоиммунного поражения железы, является генетически обусловленное нарушение функции Т-клеток-супрессоров [3,7,9].

Другие авторы предложили гипотезу о патогенезе аутоиммунного тиреоидита, в соответствии с которой основным фактором, необходимым для возникновения ДТЗ, следует считать генетически обусловленные, связанные с системой HLA, органоспецифические нарушения функции Т-лимфоцитов-супрессоров. Разрешающими факторами являются условия внешней среды (стресс, инфекционные заболевания, лекарственные препараты, травма и др.), которые ведут к дальнейшему ухудшению функции Т-супрессоров. В результате ослабевает супрессорное влияние их на Т-хелперы. В присутствии моноцитов и специфического антигена эти Т-хелперы продуцируют уинтерферон, а также стимулируют В-лимфоциты к выработке тиреостимулирующих антител. Тиреостимулирующие антитела подобно тиреотропному гормону (ТТГ) стимулируют рецепторы для ТТГ, приводя к увеличению выработки тиреоидных гормонов и повышению экспрессии антигенов щитовидной железы, у-интерферон вызывает экспрессию HLA на поверхности клеток щитовидной железы, что также приводит к возможности для тиреоцита напрямую представлять антиген Т-хелперам, вызывая дальнейшую их активацию. Круг замыкается. Т-клетки-супрессоры, патологии которых отводится ведущая роль в патогенезе аутоиммунных поражений, изучались многими исследователями [10,11,12]. Основная функция Т-супрессоров заключается в контроле за величиной клона антителопродуцирующих клеток, за длительностью синтеза ими иммуноглобулинов и обеспечении толерантности [4,13,14]. Данные, полученные авторами, противоречивы. В то время как большинство

исследователей отмечают снижение количества Т-супрессоров и изменение соотношения между супрессорными и хелперными лимфоцитами в пользу последних, некоторые исследователи не выявили каких-либо существенных отклонений количества Т-супрессоров [16,17,18]. Причины этих расхождений могут быть различными. Во-первых, сложные, зачастую недостаточно точные методы определения супрессорных клеток; лишь в последние годы использование моноклональных антител в качестве стандартного метода позволили сделать методику их определения более точной и результаты, получаемые в различных лабораториях, сопоставимыми. Во-вторых, по мнению авторов /19, 20/, количество супрессорных клеток может изменяться в зависимости от стадии заболевания.

Данные литературы об изменении иммунного статуса больных ДТЗ неоднозначны. Одни авторы указывают на снижение содержания Т-клеток, их функциональной активности и одновременное повышение уровня В-лимфоцитов [2,19,20], снижение фагоцитоза, нарушение соотношения содержания Т-хелперов и Т-супрессоров. Отмечается, что длительность течения болезни при ДТЗ не влияет на степень нарушений иммунологической реактивности организма [7,11,12]. Результаты исследований авторов показали, что относительное содержание Е-РОК в крови больных ДТЗ меньше, чем у здоровых лиц. А.В. Епишин [14,15] наблюдал снижение числа Е-РОК при усилении степени тяжести заболевания. Однако другими авторами не выявлено Т-лимфоцитопении у больных тиреотоксикозом и связи содержания Е-РОК с выраженностью болезни [16,17]. Не обнаружено также различий Е-РОК у больных с положительным и отрицательным результатами поглощения I^{131} щитовидной железой. По данным ряда авторов [17,18,19], подсчет 0-лимфоцитов показал значительное увеличение их количества у больных с ДТЗ, что свидетельствует об угнетении функции Т-супрессоров.

Оценки разных авторов гуморального иммунитета у больных ДТЗ противоречивы. Так, В.А. Привалов [16] отмечает, что содержание иммуноглобулинов у больных ДТЗ было нормальным и не менялось в ранние сроки после начала лечения, а у больных с выраженным тиреотоксикозом снижена концентрация IgG, IgA и IgM. По данным других авторов [10,11,12], содержание В-лимфоцитов, IgG и IgM у больных тиреотоксикозом повышено. С учетом факта, что основные классы иммуноглобулинов являются одними из носителей аутоантител, повышенный уровень IgG и IgM можно рассматривать как достоверный показатель активности аутоиммунных процессов [12]. Данные А.В. Епишина [13] также свидетельствуют о повышении в крови больных ДТЗ содержания IgG и IgM, выявлена прямая связь их содержания со степенью тяжести тиреотоксикоза. В.А. Мишагин [4] обнаружил повышение у больных ДТЗ содержания IgA и IgM. Однако концентрация иммуноглобулинов не коррелировала с тяжестью тиреотоксикоза ни по клиническим данным, ни по концентрации Тч и T_4.

Антитела, которые входят в состав циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), принадлежат в основном к классам IgG и IgM. По данным ряда исследователей [14,16,17,18], у больных с ДТЗ средней тяжести содержание ЦИК было повышено в 2 раза, с тяжелой формой - более чем в 3 раза. Соответственно повышен уровень IgG и IgM. Степень повышения содержания ЦИК в сыворотке крови зависела также от степени увеличения щитовидной железы [19,20]. Очень высокое содержания ЦИК выявлено у больных ДТЗ с увеличением железы до 3-4 степени.

Изучение у больных зобом Хашимото Т-системы иммунитета выявило снижение в крови Т-лимфоцитов [3,10,11,12]. При тиреоидите Хашимото гораздо реже, чем в гипертиреоидной стадии ДТЗ, обнаруживали снижение числа Т-лимфоцитов, Т-супрессоров. Гипертиреоидное состояние при аутоиммунном тиреоидите, подобно ДТЗ, характеризуется снижением содержания общих Т-лимфоцитов [1,8,12], хотя ряд авторов не только не обнаружили снижение [5,6], а наоборот, даже указывают на повышение уровня Т-клеток при аутоиммунном тиреоидите [7].

Нет однородности и оценок состояния В-клеток при аутоиммунном тиреоидите. Одни исследователи наблюдали повышение содержания В-лимфоцитов в сыворотке крови у больных зобом Хашимото [3,4,8,15], другие - снижение [2], а третьи не отмечали вообще каких-либо сдвигов в их содержании [4].

При изучении основных классов иммуноглобулинов сыворотки крови у больных аутоиммунным тиреоидитом Хашимото большинство исследователей [4,8,11,12,15,] обнаружили увеличение содержания IgM и IgG и незначительное снижение IgA [1,2,3,4].

Имеющиеся в литературе сообщения о состоянии иммунной системы у больных узловым и многоузловым эутиреоидным зобом единичны и носят противоречивый характер [5,6,7]. У таких больных выявлено увеличение абсолютного количества В-лимфоцитов, снижение количества Т-лимфоцитов, имеется тенденция к увеличению уровня сывороточного IgM.

[16] считают, что изменения в иммунном статусе у больных с узловым эутиреоидным зобом, как правило, выявляются при наличии сопутствующего аутоиммунного компонента. Другие авторы /8/ считают, что узловой зоб представляет вариант аутоиммунного заболевания, так как они обнаружили высокий титр иммуноглобулинов, стимулирующих рост железы, у больных с прогрессивно растущим зобом. Однако большинство исследователей [4,6,15], не выявили при узловом зобе закономерной зависимости изменений иммунного статуса от степени морфологических проявлений аутоагрессии.

В литературе имеются немногочисленные сведения о влиянии медикаментозной терапии и оперативного лечения на иммунную систему больных с патологией щитовидной железы. Данные исследований влияния хирургического лечения узлового эутиреоидного зоба на иммунный статус противоречивы. Так, C.A. Seiler et al. /5/ считают, что удаление патологического очага при узловом заболевании способствует прекращению и устранению иммунологических сдвигов, так как они отмечали у больных после хирургического лечения улучшение показателей клеточного и гуморального иммунитета. Также считают, что после операции происходит затихание аутоиммунных процессов в щитовидной железе. Однако другие авторы [1,4] отмечают, что хирургическое лечение узлового зоба существенно не влияет на их иммунный статус.

У больных с токсическими формами зоба, по данным [5,6,7,8, 9,15], применение антитиреоидных медикаментозных препаратов с целью клинической компенсации тиреотоксикоза не приводило к восстановлению количества лимфоцитов, не всегда сопровождалось нормализацией уровня иммуноглобулинов, хотя антитиреоидная терапия в большинстве случаев снижала частоту и выраженность иммунологических сдвигов. Ряд авторов [1,2,3] отмечают, что в тех случаях, когда в конце курса лечения сохраняется у больных высокий уровень тиреостимулирующих иммуноглобулинов, рецидивы заболевания возникают чаще.

Компенсация тиреотоксикоза хирургическим путем сопровождается нормализацией содержания Т- и В-лимфоцитов и соотношения иммуноре-гулирующих клеток [5,11]. После проведения субтотальной резекции щитовидной железы снижение показателей ЦИК было более выраженным, чем при консервативном устранении тиреотоксикоза [6]. Таким образом, по мнению большинства авторов, иммунологические изменения при аутоиммунном токсическом и лимфоцитарном зобе характеризуются большим разнообразием и обусловлены наследственным дефицитом супрессоров Т-лимфоцитов, что ведет к мутации "запрещенных" клонов хелперов Т-лимфоцитов. Тиреоидит протекает на фоне снижения количества Т-лимфоцитов, увеличения В-лимфоцитов, повышения содержания иммуноглобулинов. Сенсибилизированные В-лимфоциты под действием антигенов образуют специфические иммуноглобулины, стимулирующие щитовидную железу при ДТЗ либо оказывающие блокирующее действие на тиреоцит при аутоиммунном тиреоидите. Узловые эутиреоидные формы зоба аутоиммунными не являются, однако развитие их может сопровождаться разнообразными иммунологическими нарушениями.

Учитывая разноречивость и зачастую противоположность взглядов на иммунную систему при различных заболеваниях щитовидной железы, а также для определения влияния на иммунную систему консервативной терапии и оперативного лечения нами проведено исследование клеточного и гуморального иммунного статуса при основных нозологических формах тиреопатий: диффузном токсическом зобе, аутоиммунном тиреоидите и узловом аутоиммунном зобе.

Узловое перерождение тиреоидной паренхимы - наиболее часто встречаемая патология среди других заболеваний щитовидной железы. По данным [12], клинически выявляемые узлы в щитовидной железе встречаются среди взрослого населения в 4-7% случаев, чаще у женщин, а среди облученных проникающей радиацией людей узлы обнаруживаются в 10-20% случаев. По литературным данным, узловое поражение щитовидной железы чаще встречается у женщин и соотношение с мужчинами составляет от 4:1 до 8:1, при этом чаще болеют в возрасте от 36 до 50 лет [2,6,19].

О большом числе узловых форм зоба сообщают и другие авторы; так, по данным /18/, около 70% всех больных с зобом имеют узловые его формы; по данным /19/, узловые формы зоба в разных регионах варьируют в пределах от 26,7% до 80,9%.

Причины, вызывающие узлообразование, до конца еще не изучены, и мнения о их возникновении разнообразны. G.N. Burrow в эксперименте на крысах вызывал повышение секреции ТСГ стойким дефицитом йода, что приводило к образованию узлов. У гипофизэктомированных животных или животных, которым давали экзогенный тироксин, узлы не развивались. Другие авторы [8,20] обнаружили in vitro, что как у доброкачественных, так и злокачественных опухолей имеются рецепторы ТСГ. Они имеются и в нормальной железе. Однако функциональная активность

рецепторов ТСГ повышается при лечении опухоли щитовидной железы тироксином и способствует регрессии узла, что позволяет предположить роль ТСГ в развитии узлов щитовидной железы.

Ряд исследователей [1,6] считают, что в возникновении узлов основную роль выполняет эпидермальный фактор роста или стимулирующий рост щитовидной железы иммуноглобулин. По другим данным [19], узловой рост паренхимы железы происходит от того, что поликлональные новообразующиеся фолликулы сдавливаются тяжами плотной и малоэластичной соединительной ткани, что приводит к их увеличению в объеме за счет избыточного накопления коллоида.

Основным методом диагностики кроме пальпаторного исследования щитовидной железы является УЗИ. Ультразвуковое исследование является более надежным методом выявления узлообразования в щитовидной железе, чем пальпация. Если при пальпации предел разрешающей способности пальцев хирурга 1,5-2,0 см, то при УЗИ выявляются узлы диаметром до 5 мм. Некоторые авторы считают, что при УЗИ могут выявляться узлы и меньшего диаметра - до 3 мм [14,16].

Отличительной чертой УЗИ является способность определять структуру выявляемого новообразования: жидкостную, смешанную. Это позволяет получить важную информацию о состоянии щитовидной железы, и хотя имеются ошибочные заключения в 4,7-5% случаев, УЗИ, безусловно, помогает в выборе рациональной тактики лечения [17,18,19], анализируя работы многих исследователей по УЗИ, пришел к выводу, что в 69% случаев узлы бывают солидными, в 19% случаев - кистозными, а в 12% случаев - смешанными.

Многие исследователи [9,10] сообщают об успешном применении в диагностике заболеваний щитовидной железы радиоизотопного сканирования. Наиболее часто сканирование проводится с использованием в качестве радиофарм препарата радиоактивного йода. Этот метод позволяет обнаружить функционирующие или нефункционирующие области железы, что имеет важное значение для прогнозирования возможности озлокачествления узла и выработки лечебной тактики, так как узлы, плохо накапливающие РФП, "холодные" и наиболее опасны в плане малигнизации.

Все более широкое применение в клинике [11,12] при диагностике зоба получает компьютерная томография. Метод высокоинформативный, однако исследование требует использования специальной, весьма сложной и дорогостоящей аппаратуры, сопровождается существенным облучением пациента, что снижает в некоторых случаях целесообразность его применения. Поэтому для обследования больных с поражением щитовидной железы компьютерная томография, как и ядерно-магнитнорезонансная томография, используется, как правило, при диагностике сложных внутригруд-1ных и загрудинных узловых форм зоба.

На современном этапе развития эндокринной хирургии для успешного лечения узловых образований щитовидной железы в первую очередь необходимо иметь адекватную информацию об их морфологической структуре [13,14,16]. Именно морфологически подтвержденный диагноз является основой для выбора тактики лечения и адекватного объема оперативного вмешательства [17,18]. Широкое внедрение в клинику находит применение тонкоигольной пункционной аспирационной биопсии (ТПАБ) [19,20] Этим методом производят пункцию органов и тканей с целью забора исследуемого материала. В техническом исполнении способ прост, не требует проведещш местной анестезии и характеризуется авторами как высокоэффективный метод [10,17,19,20]. Несмотря на простоту метода, многое зависит от точности выбора участка и попадания иглой в этот участок. Для улучшения результатов исследования, контроля за продвижением иглы в последние годы широко используется ТПАБ под контролем ультразвукового исследования, что позволяет повысить эффективность цитологической диагностики при наличии объемных образований в ткани железы до 90-96% [3,9,12,19]. Об успешном применении ТПАБ под контролем УЗИ у 324 больных с узловыми формами зоба сообщают /19/, которым удалось получить морфологическую верификацию диагноза у 92,4% больных.

По мнению многих исследователей, узловая трансформация щитовидной железы является фактором, предрасполагающим к возрастанию риска возникновения злокачественного новообразования в щитовидной железе [2,13,15]. При этом злокачественная опухоль может возникнуть как в имеющемся узле, так и вне его. Злокачественный характер значительно чаще имеют солитарные узлы, нежели многоузловые.

По данным некоторых авторов [15], рак выявлялся в солитарных узлах у 2-3% больных, по данным других [6,7], раковое перерождение отмечено у 5-10% пациентов, а для лиц, подвергшихся облучению, - у 10-20% [8]. Степень злокачественности карцином, выявляемых при узловом зобе, значительно варьирует, также как и клиническая стадия. Однако в большинстве случаев это высокодифференцированные оккультные карциномы. Так, [19] из 189 больных с раком щитовидной

железы у 17 (93%) при гистологическом исследовании выявили высокодифференцированный папиллярный и фолликулярный рак, у 16 - медуллярный и у 3 - недифференцированный рак. Авторы [20] из 142 больных с узловым эутиреоидным зобом у 22 (15,5%) обнаружил злокачественные опухоли. Другие авторы [11], проведя анализ оперативного лечения 1387 больных с узловыми формами зоба за последние 10 лет, отмечает увеличение числа ракового перерождения в последние годы. Так, если в предыдущие 5 лет при гистологическом исследовании рак выявлялся у 4-6% больных, то в последние 5 лет - у 8-10%. Исследователи [13] отмечают, что большая вариабельность цифр озлокачествления узловых форм зоба, указанная разными авторами, в немалой степени обусловлена отсутствием единства взглядов среди морфологов в отношении ряда опухолей щитовидной железы. Так, дебаты о доброкачественности и злокачественности опухоли Гюртля продолжались около 35 лет, пока американское Общество по изучению рака не заменило термин аденокарцинома из клеток Гюртля понятием аденома [4]. К злокачественным эпителиальным опухолям во Второй всемирной классификации относят фолликулярную карциному, папиллярную карциному, а также недифференцированные опухоли [10,13].

Мнения эндокринологов и хирургов о методах лечения больных с узловым зобом варьируют в широком диапазоне от крайне консервативной тактики, предусматривающих направление больных на операцию в исключительных случаях, лишь при угрозе жизни больного, до ультрарадикальной, когда практически каждый узел в щитовидной железе рассматривается как потенциально злокачественный, подлежащий удалению [15].

На лечебную тактику оказывают влияние многие факторы: распространенность патологии в данном регионе, частота злокачественного перерождения, результаты хирургического лечения, личный опыт хирургов и другие. При наличии противопоказаний к операции традиционной терапией является назначение тиреоидных гормонов. Лечение тироксином должно угнетать выработку тиреотропина, хотя неизвестно, рост какого количества из этих узлов хотя бы частично поддерживается ТТГ [10]. Многие исследователи считают гормональную терапию эффективной, хотя, по данным [11], гормональное лечение в течение 6 месяцев не показало уменьшения узлов после проведенной терапии. Другие авторы [2,4,14] вообще считают, что узлы не уменьшаются, а медленно регрессирует нормальная ткань щитовидной железы, окружающая узел, вызывая феномен ложного исчезновения, рост же опухоли продолжается. Кроме того следует помнить, что узлы у 10% больных уменьшаются наполовину и, более того, без всякого лечения [14]. Узлы диаметром более 3 см вызывают заметную деформацию шеи, оказывают давление на соседние структуры, они еще менее склонны уменьшаться под влиянием гормональной терапии и, по мнению большинства исследователей, их следует удалять хирургически [5,6,13,19,20].

Многие узлы содержат кисту, особенно узлы диаметром 3 см и более. C. Crile [16] предлагает считать кистой образование, содержащее 1 и более мл жидкости. Некоторые хирурги [14] предлагают начинать лечение с пункции кисты. Критерием успеха они считают отсутствие рецидива после двукратной пункции кисты с интервалом в 3 недели. Неудача пункционного метода, а также получение геморрагической жидкости или клеток, подозрительных на злокачественный рост, являются показанием к оперативному лечению. Однако большинство авторов [7,11,12] не видят целесообразности в проведении пункционного лечения, а также отмечают, что гормональная терапия при кисте бесполезна, и наличие кисты считают показанием к выполнению операции.

При функционирующих узлах, которые редко подвергаются злокачественному перерождению, многие исследователи предпочитают проводить наблюдение с использованием консервативной тиреостатической терапии [2], но все же большинство хирургов [9,10,17] отмечают низкую эффективность тиреостатического лечения и предпочитают проведение оперативного лечения при токсической аденоме.

Несмотря на прогресс хирургии при лечении узловых и многоузловых форм зоба, по данным литературы, все еще высокими являются цифры послеоперационных осложнений. Так, многие авторы [14,19] хотя и отмечают снижение интраоперационных осложнений при оперативном лечении узловых форм зоба, но все же при этом высокими остаются цифры развития в отдаленном периоде гипотиреоза и рецидива заболевания.

Изучение влияния хирургического лечения больных с узловым эутиреоидным зобом на состояние гипоталамо-гипофизарнотиреоидной системы позволяет уяснить некоторые вопросы патогенеза послеоперационного рецидива или развития гипотиреоза. Авторы [18] показали, что состояние гипофизарнотиреоидной системы у больных узловым зобом после экономных операций достоверно не отличается от соответствующих показателей у контрольной группы, что свидетельствует о сохра-

няющемся эутиреоидном состоянии. Авторы [6,7] наблюдали в течение 2 лет больных с узловыми формами зоба, перенесших операцию, у которых культя железы составляла 6-10 г и заместительная терапия не проводилась. У этих больных повышался уровень ТТГ с пиком на 3-6 мес, а к 24 месяцам приходил в норму, оставаясь слегка повышенным у больных с высокой лимфоидной инфильтрацией щитовидной железы. Индекс свободного Т4 и уровень Ti в сыворотке крови после операции снижался, но первый через 24 мес восстанавливался. Ни у одного больного не развился гипотиреоз. Исследователи [19] обследовали больных до и через 3-36 мес после удаления солитарного узлового и многоузлового эутиреоидного зоба. Удаление зоба сопровождалось транзиторным повышением уровня ТТГ в крови, который приходил в норму к третьему году после операции. Только у 2 больных с многоузловым зобом развился гипотиреоз через 3 мес после операции. Уровень в сыворотке *Tm,* и T_4 также транзиторно понижался с полным восстановлением второго к третьему году. Авторы считают, что лечение тиреоидными гормонами после удаления узлового зоба не показано.

Выявление причин осложнений при лечении узловых эутиреоидных форм зоба и улучшение непосредственных и отдаленных результатов их оперативного лечения является одним из направлений данного исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1.Виноградова Ю.Е., Шинкаркина А.П., Поверенный А.М. Аутоиммунный тиреоидит при заболеваниях системы крови // Тер. арх., 2003, 75 (12), с.83-92.

2. Абатуров А.Е. Хронический аутоиммунный тиреоидит у детей // Журн. Здоровье ребенка, 2009, №1(16), с.25-28

3. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Фундаментальная и клиническая тиреоидология: Учеб. пособие. М.: Медицина. 2007, 816 с.

4. Данилевский, М.А. Хронический аутоиммунный тиреоидит // Клиническая эндокринология. 2002, №7, с. 56-61

5.Дедов, И.И. Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов по диагностике и лечению аутоиммунного тиероидита увзрослых // Клин, тиреоидол., 2003, №1 (1), с. 24.

6. Калинин А.П., Потемкина Е.Е., Пешева В.Н. Иммунологические аспекты аутоиммунного тиреоидита // Пробл. эндокринол., 1994, №1, с.56-58.

7.Кандрор В.И. Молекулярно-генетичёские аспекты тиреоидной патологии // Проблемы эндокринологии, 2001, №5, с. 310.

8.Коликова, Ю.О. Аутоантитела к ДНК в сыворотке крови здоровых лиц: Автореф. Дис. канд. биол. наук. Казань, 2003, 21с.

10. Молоствов Е.С., Данилова Л.И. Иммунологические аспекты патогенеза аутоиммунного тиреоидита // Медицинские новости, 1997, №4, с.3-10

11. Моргунов Л.Ю. Влияние отдельных внутренних болезней на течение аутоиммунного тиреоидита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2004, 22с.

12.Недосекова Ю.В., Уразова О.И., Кравец Е.Б., Чайковский А.В. Роль апоптоза в развитии. аутоиммунных заболеваний щитовидной железы // Бюллетень сибирской медицины, 2009, №1, с. 64-71

13.Петунина Н.А. Диагностика и лечение аутоиммунного тиреоидита // Проблемы эндокринологииб 2002, №6, с. 16-21.

14. Пол У. Иммунология / Пер. с англ.: М.: Мир, 1987-1988, 476 с.

15. Уразова О.И., Кравец Е.Б., Новицкий В.В. и др. Апоптоз нейтрофилов и ммунорегуляторные цитокины при аутоиммунных тиреопатиях // Клиническая и экспериментальная тиреоидология, 2007, №4, с.49-53

9. Кравец Е.Б., Уразова О.И., Недосекова Ю.В. и др. Об апоптозе лимфоцитов крови при аутоиммунных тиреопатиях // Проблемы эндокринологии, 2010, №3, с. 16-20

16. Aboyussef M. The Value of the Anti-nuclear Antibodies / ASJOG, 2004, №1, p. 68-71.

17.Alarcon-Segovia D. Antinuclear antibodies: to penetrate or not to penetrate, that was the question // Lupus. 2001, v.10(5), p. 315-318.

18.Amundsen S., Naluai A., Ascher H.Genetic analysis of the GD28/CTLA4/ICOS (CELIAC3) region in coeliac disease // Tissue Antigens, 2004, v.64, p.593-599

19.Ahmed S., lhara K., Nakashima H. Association of CTLA-4 but not CD28 gene polymorphisms with systemic lupus erythematosus in the Japanese population //Rheumatology, 2001, v. 40, p.662-667.

20.Biancone L., Deambrosis I., Camussi G. Lymphocyte costimulatory receptors in renal disease and transplantation //J. Nephrol, 2002, v.5, p.7-16.

Xülasə

Qalxanvari xəstəlikləri zamanı immun sistemin rolu və vəziyyəri

R.M.Ağayev, F.X.Saidova, F.Q.Sadıxov

Qalxanvari vəzi xəstəliklərіin etiopatogenezinin müasir təsəvvürlərinə görə aparıcı rol immun sistem pozuntularına aiddir. Diffuz toksik zob və autoimmun tireoidit autoimmun xəstəliklərdən hesab edilir. Müəlliflər məhz bu xəstəliklər zamanı immun sistemi təhlil etmişlər

Summary

The role and condition of the immune system during thyroid diseases

R.M. Agayev, F.Kh. Saidova, F.G. Sadikhov

According to modern concepts, in the etiopathogenesis of diseases of the thyroid gland, the leading role belongs to disorders of the immune system. Autoimmune damage to the thyroid gland includes DTZ and autoimmune thyroiditis with all its variants. The authors analyzed the state of the immune system in particular for these diseases.

Daxil olub: 10.08 2018

QİDA TOKSİKOİNFEKSİYALARIN ÜRƏK-DAMAR SİSTEMİNDƏKİ FƏSADLARI

Z.M. Ömərova, T.Ə. Haciyeva, G.Z. Cavadova., T.L. Borodayeva, A.T.Mətiyeva

Azərbyacan Tibb Unversiteti, Bakı

Açar sözlər: qida infeksiyaları, toksik maddələr, ürək-dmar sistemi, ağırlaşmalar

Ключевые слова: пищевые инфекции, токсичные вещества, сердечно-сосудистая система, осложнения

Keywords: foodborne infections, toxic substances, cardiovascular system, complications

Qida toksikoinfeksiyaların əksəriyyətinin (Botulizm, Stafilakok infeksiyası, QTİ, törədiciləri ekzotoksin ifraz edirlər. Bunların mürəkkəb zülal fraksiyalarının kimyəvi təsirləri, orqan və sistemlərdə patoanotomik dəyişkənliklər yaradır. Zəhərlənmələrdən sonra mütləq yüngül, orta, ağır fəsadlar qalıq əlamətləri kimi özünü göstərir. Xüsusən diareya və qusmanın fonunda beyində yüngül ensefalopatiya, ürək – damar sistemində və ürək əzələlərində (epikard, miokard, perikard təbəgələrində) hüceyrə səviyyəsində pozğunluqlara səbəb olur. Uzun müddətli infiltrativ iltihaba məruz qalan hüceyrələr (histiositlər, polimorf neytrofillər, miositlər artır. Bu da ürək əzələlərində litik fermentlərin (hidrolazaların, aminotransferazaların 1/10 nisbətində) artımına səbəb olur. Bu prosesdə immun kompitent hüceyrələr, limfositlər, monositlər, histositlər və tosğun hüceyrələr litik fermentlər ifraz edir ki, bu da bir başa ürəyin əzələ kapilyarlarının lizisinə səbəb olur. Bu prosess zamanı qan və limfa mayesinin tərkibində müxtəlif zülallar çoxaldığına görə kapilyar keçməməzliyinə -staza səbəb olur. Qanda toplanan müxtəlif kimyəvi maddələrin və fermentlərin fonunda hemolizinlərin miolizinlərin, autoallergik zülalların miqdarının artması autointoksikasion şoka və sepsisə gətirib çıxarır. Ürəyin miokard qidasında eninə və saya əzələlə toxumasının reseptorlarının ötürücülük qabiliyəti pozulur və damar anevrizması yaranır, bu prosesdə xəstələrdə qansızmalar və qanaxmalarla yanaşı sianozluq, tənginəfəslik, baş ağrıları, miopatiyalar, A/T enməsi, nəbzin dəyişməsi və xüsusən qıcolma əlamətləri ilə yanaşı ürək ifliclərin üzə çıxmasına səbəb olur. Xəstələrdə qanda gedən dəyişikliklər: trobositopeniya, eritrositopeniya monositopeniya və limfositoz müşahidə olunur. Xəstələrin ürək – damar patologiyaları zamanı müalicə terapiyaları ilə yanaşı ozonoterapiya tətbiq edilir. Ozonoterapiya orqanizmdə immunomodulyasiyaedici təsirə malikdir: həm ürək – damar sisteminin endotel hüceyrələrini, həm də humoral sistemin immun kompintent hüceyrələrini (T-B limfositlər, monositlər, leykositlər) aktivləşdirir və tənzimləyir. Xəstələrin etiotrop müalicəsi zamanı xüsusən antitoksik terapiyada Botulizm əleyhinə antitoksik zərdabdan istifadə edilmişdir: Botulizmin Polivalent zərdabı birdəfəlik dozalar: A-10000 BV, B-5000 BV, E-10000 BV bu dozalar 250 ml fizioloji məhlulla venaya yeridilir, bununla yanaşı antibiotikoterapiyada Levomisetin 1,5qram olmaqla 3-5 gün, yanaşı.

Ürək qlükozidləri, xüsusilə qanda neytriolizasiya reaksiyasını gücləndirmək üçün İgC-ümumi insan immunqlobulin fraksiyası tətbiq edilir.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqatın aparılması üçün Q.Qarayev adına 2 saylı uşaq Şəhər Klinik Xəstəxanasının mədə bağırsaq şöbəsində qida zəhərlənməsi ilə qastroenterit və qastroenterekolitlər diaqnozlu 30 hadisə müayinə və müşahidə edilmişdir.

Bunlarla yanaşı enterit – 10 uşaq, botulizmlə (yüngül formaları) yoluxmuş 4 uşaq isə Bakı şəhər 3№ ŞKX-də müalicə və müayinə olunmuşdur.

Qastroenterit 12 uşaq, QTİ 10 uşaq, qastroenterokolitli 18 uşaqda, qızılı stafilakokk aşkar edilmişdir ki, bu uşaqlara antistafilakokk qammaqlobulin zərdabı (həftədə 2 dəfə 3 ml olmaqla) əzələ daxili və vena daxili yeridilmişdir.

Nəticələr. Müayinə olunan 30 uşağın 20-də qida zəhərlənmələrindən sonra kəskin ürək çatışmazlığı əlamətləri formalaşmışdır ki, xüsusən Botulizmlə zəhərlənən 4 uşaqda Ekzotoksinin təsirindən sonra ürək-damar sistemində, ürəyin ritminin zəifləməsilə yanaşı Miokard qişasında hipertrofik proseslərin formlaşdığı üzə çıxır. Bu proses Qlyukaqonun ürək əzələsində qatılaşmasına səbəb olur.

Botulizmdən sonra uşaqlarda toksiki ensofalopatiya əmələ gəlir ki, bu da uşaqların baş beyin damarlarında hipoksiya, asidoz, ödem, kəllədaxili təzyiqin artımı və ürəkgetmələrin baş verməsinə səbəb olur.

4 uşaqda xoreya miokarditi, 2- uşaqda kardioskleroz, 3- uşaqda isə ürək asması diaqnozu təsdiqlənmişdir. Infeksiyon miokarditlərdə qanda xüsusilə miokardın işini zəiflədən fermentlərin (1/10) nisbəti artmis olur ki, bu fermentlərin fonunda ürək ritmləri aritmik dəyişikliyə uğrayır.

İnfeksion Miokarditlərdə Periferik qanda infiltrativ huceyrələrin xüsusən: miyelositlər, neytrofillər və daha çox limfositlərdən (CD4+ T-helperlər) 2 dəfə artır, (CD8+ CTL) sitokinlər ise 0,5 dəfə azalmış olur.

Infeksiyon miokarditlərdə ocaqlı miokardit daha cox leykositozlu neytrofilyozla müşahidə olunur. Yayılmış miokarditlərdə isə leykositar limnfositoz önə çıxır.

ƏDƏBİYYAT

1.Антонова Т.В.Т Вирусные миокардиты этиология и патогенез, проблемы диагностики // Журнал инфектологии, 2013, Т.5

2. Финогеев Ю.П. Оценка степени изменений сердечно-сосудистой системы у инфекционных болезней. Методы функциональной диагностики у инфекционных больных: учебное пособие. М., 2000, с.4-13

3. Kevin Doelloa Nev Pentachrome Metod for the Simultaneous Staining of Collagen and Sulfated Mucopolyaccharideo // Yole J. Biol Med., 2014, v.87 (3), p.341-347

4. Современная диагностика и лечение астровиусной инфекции / Təbabətin aktual problemləri, praktik konfransın materialları. B.,2017, s.186

Резюме

Осложнения пищевых токсикоинфекций сердечно-сосудистой системы

З.М. Омарова, Т.А. Гаджиева, Г.З. Джавадова, Т.Л. Бородаева, А.Т.Матиева

В исследование было включено 30 детей с гастроэнтеритами и гастроэнтереколитами с пищевым отравлением из желудочно-кишечного отделения Детской ГКБ имени К.Караева №2, 10 детей с энтеритом, 4 детей, инфицированных ботулизмом (легкие формы) из ГКБ №3 г.Баку. У 12 детей был выявлен гастроэнтерит, 10 – пищевые токсикоинфекции (ПТИ), 18 - гастроэнтероколит, золотистый стафилококк – этим детям внутримышечно и внутривенно были введены сыворотки антистафилакокка гаммаглобулина (2 раза в неделю по 3 мл).

Summary

Complications of foodborne diseases of the cardiovascular system

Z.M. Omarova, T.A. Gajiyev, G.Z. Javadova, T.L. Borodaeva, A.T.Matiyeva

The study included 30 children with gastroenteritis and gastroenterocolitis with food poisoning from the gastrointestinal department of the K. Garayev Children's GKB No. 2, 10 children with enteritis, 4 children infected with botulism (mild forms) from the GKB No. 3 of Baku. In 12 children, gastroenteritis was detected, 10 - food toxicoinfections (PTI), 18 - gastroenterocolitis, and Staphylococcus aureus - these children were injected intramuscularly and intravenously with gammaglobulin antistaphylococcal (2 times a week, 3 ml).

Daxil olub: 23.08 2018

XRONİKA-ХРОНИКА

К 90-ЛЕТИЮ ПРОФЕССОРА АРИФА АББАСОВА

М.К.Мамедов

Национальный центр онкологии, г.Баку



В 2018 г исполнилось 90 лет со дня рождения крупного азербайджанского ученого, одного из основоположников азербайджанской школы клинической онкологии в Азербайджане, доктора медицинских наук, профессора Арифа Кербалай Таги оглы Аббасова (1928-1974).

В 1951 г он окончил военно-медицинский факультет Харьковского мединститута и был военным врачом. В 1956-1957 гг работал врачом-ординатором хирургического отделения в НИИ рентгенологии, радиологии и онкологии (ныне Национальный центр онкологии) в Баку.

В 1957 г он поступил в очную аспирантуру при НИИ экспериментальной и клинической онкологии АМН СССР (впоследствии Всесоюзный онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина).

Завершив обучение в аспирантуре в 1959 г он защитил кандидатскую диссертацию "Лечение злокачественных опухолей химическими препаратами" и был принят на работу научным сотрудником этого же института. Работая в г.Москве А.Т.Аббасов вплоть до 1967 г снискал не только уважение коллег, но и прочную репутацию серьезного и перспективного ученого и превосходного врача. В марте 1967 г он защитил докторскую диссертацию на тему "Первичная кожная пластика при некоторых злокачественных опухолях".

Не могу не отметить, что бывая в ВОНЦ им.Н.Н.Блохина, я неоднократно и с большой гордостью выслушивал лестные отзывы о нем таких крупных российских ученых как академик Н.Н.Трапезников, академик РАЕН А.Б.Сыркин, которые в свое время работали вместе с А.Т.Аббасовым.

Осенью 1967 г был приглашен в г.Баку на должность заведующего кафедрой онкологии Азербайджанского института усовершенствования врачей им.А.Алиева. Уже в 1969 г ему было присвоено ученое звание профессора онкологии. Практически одновременно он был назначен главным врачом городской онкологической больницы (в 1994 г ей присвоено имя А.Т.Аббасова).

Работа профессора А.Аббасова в качестве заведующего кафедрой онкологии продолжалась до конца его жизни, которая была неожиданно прервана в начале 1974 г. Тем не менее, эта работа оказалась весьма плодотворной.

Он успел опубликовать монографию, посвященную кожной пластике в онкологии, не утратившую своего значения и в наши дни. Его перу принадлежит несколько десятков научных статей по различным вопросам клинической онкологии.

Под его научным руководством защищено несколько кандидатских диссертаций. Заметим, что среди его учеников был такой крупный ученый, как академик Д.А.Алиев, который возглавляет онкологическую службу нашей страны, а также доктор медицинских наук В.А.Али-заде. Некоторое время под его руководством в городской онкологической больнице врачом работал другой известный онколог, ныне академик А.Т.Амирасланов.

Активно занимался он и врачебной деятельностью, много оперировал и успевал консультировать больных из разных учреждений города и Республики.

Вместе с тем, он был занят и большой по объему и серьезной по социальной значимости научно-общественной работой. В частности, он был членом всесоюзной проблемной комиссии по проблеме "Злокачественные новообразования", Всесоюзного общества по изучению опухолей головы и шеи. В период 1968-1974 гг он был председателем научно-медицинского общества онкологов Азербайджана, в 1970-1974 гг - председателем Ученого медицинского совета Министерства здравоохранения Азербайджана, членом редколлегии "Азербайджанского медицинского журнала".

Неудивительно, что А.Т.Аббасов стал одним из ведущих ученых в своей области и его коллеги и ученики до сих пор с большой теплотой вспоминают этого яркого человека и славного ученого, внесшего заметный вклад в развитие медицинской науки нашей страны.

ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА ВЕЙСАЛА АБДУЛЛАЕВА

Н.А.Бахшалиева. Ш.Ш.Алиева
Центральная медицинская библиотека,
Национальный центр онкологии, г.Баку



Исполнилось 100 лет со дня рождения известного в свое время азербайджанского ученого-патоморфолога, доктора медицинских наук, профессора Вейсала Мамед оглы Абдуллаева (1918-1972).

В 1939 г В.М.Абдуллаев окончил лечебно-профилактический факультет Азербайжанского медицинского института. В дальнейшем он работал врачом за пределами Азербайджана, принимал участие в войне, а после возвращения в Баку в 1957 г поступил на работу в НИИ рентгенологии, радиологии и онкологии (НИИ РРиО), где до конца жизни руководил лабораторией патоцитоморфологии и снискал себе репутацию крупного ученого и одного из основоположников патоморфологии опухолей и радиобиологии в Азербайджане [1].

Между тем, надо особо отметить, что научные исследования В.М.Абдуллаева внесли заметный вклад и в изучение морфологии органа зрения. Так, в 1958 г он защитил кандидатскую диссертацию на тему "Патоморфологические изменения глаз при малярии"

И хотя в дальнейшем он занимался целым рядом других научных вопросов, интерес к патологии глаза он сохранил и в период работы в НИИ РРиО. В частности, он осуществил оригинальное по подходам комплексное морфологическое изучение особенностей изменений всех отделов глаза при воздействии общего и местного облучения. Важно, что изменения органа зрения в различные периоды лучевой болезни, изученные на большом количестве экспериментальных животных, сопоставлялись с изменениями во внутренних органах.

Эти материалы, получившие высокую оценку ведущих специалистов бывшего СССР, легли в основу защищенной им в 1965 г докторской диссертации "Патоморфологические и некоторые гистохимические изменения в глазу при действии ионизирующей радиации (экспериментально-морфологическое исследование)". Эти же материалы были представлены в вышедшей в свет уже после смерти автора монографии "Патогистологические изменения глаз при радиационном поражении." (Баку: Азернешр, 1976).

За время работы в НИИ РРиО В.М.Абдуллаев выполнил и ряд исследований, посвященных изучению аутоинфекции при лучевой болезни методом вакцинации и лечению экспериментально инфицированных ран при воздействии излучения продуктами нефти и др. За этот период им было опубликовано более полусотни статей и подготовлено 5 кандидатов наук и в 1970 г он удостоился научного звания профессор.

Вспоминая В.М.Абдуллаева, работавшие с ним коллеги считали его высоким профессионалом в области патоморфологии опухолей и человеком, любящим свою работу и постоянно стремящемся к истине [2]. И хотя, полагая, что его научный потенциал не успел раскрыться в полной мере из-за его преждевременного ухода из жизни, они единодушно считали, что то, что ему удалось сделать во время работы в институте, выдвинуло его в число ведущих азербайджанских ученых-онкологов. Поэтому, имя этого человека должно быть известно и современным онкологами и патоморфологам нашей страны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бахшалиева Н.А., Мамедов М.К. Очерки развития онкологии в Азербайджане. Баку: Билик, 2001, 96 с.

2. Розин Д.Л. Первопроходцы онкологической науки в Азербайджане. / Проблемы онкологии и медицинской радиологии. Сбор. научных трудов Респ. онколог. научн. центра. Баку, 1992, т.2, с.185-197.

MÜNDƏRİCAT

İCMALLAR- ОБЗОРЫ

Qalxanvari vəzin autoimmun xəstəlikləri və anemiya
F.X. Saidova, J.B. Aslanova, R.H.Hüseynov.....3
Şərq təbabətinin diaqnostik üsulları
R.F.Təhməzov 10
Peyvəndlərin etibarlılığı və yan təsirləri
N.A.Əzizova.....18
Anticism çatışmazlığı ilə müşahidə olunan birincili immun çatışmazlıqları
M.A. Hüseynova.....24

ORİJİNAL MƏQALƏLƏR-ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Серопревалентнось в отношении лимфотропных ретровирусов человека среди разных категорий жителей Азербайджана
Ю.А.Ахмедов, М.К.Мамедов, С.Н.Джавадзаде, Р.К.Таги-заде.....29
Yarımçıq doğulmuş körpələrdə açıq arterial axacağın ultrasəs (exokardioqrafik) diaqnostikası
E.X. Rəhimov, E.A.Çoban 31
Травматический закрытый разрыв диафрагмы
Ф.А. Тагиев, Н.Дж.Гаджиев 35
Влияние двух методов лучевой диагностики на содержание в сыворотке крови альфа-интерферона
Г.М.Мамедов, К.М.Абдуллаев, А.А.Гулиева.....38
Сравнительная оценка эффективности различных методов диагностики урогенитального уреаплазмоза у мужчин
Н.Н.Алиев, З.Г.Фараджев, М.С.Зейналов.....40
Экспериментальное изучение влияние этанола на метаболизм в системе глутаминовой кислоты в тканях структур мозга в постнатальном онтогенезе
В.Б. Шадлинский, А.М. Рзаева.....42
Современная концепция лапароскопического лечения острых перфоративных язв
Р.А. Алиев, М.М. Мамедов.....48
Сезонность недоношенности, мертворождаемости и перинатальной смертности
Н.Д.Гасанова.....54
Venoz erektil disfunksiyanın diaqnostikasında dinamiki kavernozoqrafiyanın effektivliyi
R.S.Rzayev.....57
Особенности нозологической структуры причин смертности больных сахарным диабетом
И.Д. Алиева 61
Meteohəssaslığa malik pasiyentlərdə depressiyanın müxtəlif ağırlıq dərəcələri
C.Ə. Behbudova, T.Ə.Əhmədova 64
Ağırlaşmalarla müşayiət olunan pulmonar hipertenziyalı xəstələrdə ürək ritminin dəyişkənliyi parametrlərinin diaqnostik rolu
O.G.Musayev, K.K.Musayev, F.N.İbrahimov.....68
Лечебно-профилактическая эффективность препаратов на основе натуральных экстрактов у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта
А.М. Сафаров, А.Е.Закизаде.....73
Патоморфология плаценты при внутриутробной инфекции
Г.А.Наджафова.....77
Антибиотикопрофилактика при кесаревом сечении
С.М.Гахраманова.....79
HCl buxarı ilə tənəffüs fonunda orqanizmin antioksidant müdafiə sisteminin yüksəldilməsinin qaraciyərin funksional vəziyyətinə təsiri
H.F.Xıdırova.....85
Тромболитическая терапия у больных острым инфарктом миокарда
Ш.Х.Пулатова 90
Xroniki plasentar çatişmazlıq zamanı dölün funksional vəziyyətinin qiymətləndirilməsi
A.A.Nuriyeva.....94
Iltihab markerləri və insult: C-reaktiv zülalın əhəmiyyəti
İ.S. Babaxanov 97
Müxtəlif Kappa materallarının ağiz boşluğu toxumalarının vəziyyətinə təsiri
C.Q. Hacıyev, S.İ.Əhmədov 101

Atopik forma bronxial astma olan uşaqlarda vitamin D-nin səviyyəsi və onun korreksiyasi
A.O. Cəfərova **107**
Birləşdirici toxumanın displaziyası sindromu olan uşaqlarda ultrasəs densitometriyasi zamani yaranan dəyişikliklər
K.N.Əhmədli, M.S.Pənahova **110**
Düzənlik və dağlıq regionlarda yerləşən ilkin tibbi yardım müəssisələrində aparılan vərəm əleyhinə tədbirlərin klinik-epidemioloji xüsusiyyətləri
V.N.Hüseynəliyeva, Y.Ş.Şıxəliyev, İ.Ə.Qasımov, M.A.Şıxlinskaya **113**
Baldır dilimi növünün donor sahənin həyat qabiliyyətinə təsiri
E.N.Abdullayev **120**
Uşaqlarda çənə sınıqlar
Ç.R. Rəhimov, E.M. Abdullayev, E.T.Əhmədov **124**
Hərbi qulluqçular arasında vərəm xəstəliyi əleyhinə profilaktik tədbirlərin aparılmasının xüsusiyyətləri
S.B. Əhmədov, RX.Bayramov **129**
Одонтическая микросистема и ее эффективность в медицинской практике
П.Б. Рустамова, Р.Ф. Тахмазов, И.Б. Абасова, А.К. Рустамов **136**
Оптимизация лечения острой цитомегаловирусной инфекции у взрослых
М.Г.Алиев, Н.С.Алиаскерли, Л.И.Рустамова, И.И.Эрдоган **141**
Bronxit və pnevmoniya zamanı xəstəliyin ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq müxtəlif mikroorqanizm növlərinin kəmiyyət və keyfiyyət göstəriciləri
M.H. Əliyev, Ş.Ə.İbayeva **144**
Ginekoloji endometrial xərçəngdə paraaortal limfa düyün metastazının qiymətləndirilməsi
Ə.M.İbrahimov, Ə.T Əmiraslanov, Nejat Özgül **148**
Xronik ürək çatışmazlığı zamanı ürək ritminin variabelliyinin qiymətləndirilməsinin müasir üsulları
K.R.Alıyeva **154**
Azərbaycan florasından olan Medicago L. cinsinə aid növlərin fitokimyəvi tədqiqinin perspektivləri
T.A. Süleymanov, A.S.Qəribli **158**
Koronar damarların restenozunun angioqrafik risk amilləri
V.Ə.Əzizov, S.Z.Hacıyeva, F.N.İbrahimov **162**
Leyşmanioz. Mukokutanoz forma
F.R. Mahmudov, V.S. Sultanov, V.M. Pənahian, G.N. Kərimbəyova **167**
Diş implantlarının osteointeqrasiya prosesində sitokinlərin diaqnostik göstəricilər kimi rolu
T.G Mahmudov **172**
Mədəciklərin erkən repolyarizasiyası sindromu olan məktəb yaşlı uşaqlarda ürək ritminin vegetativ tənzimlənməsinin xüsusiyyətləri
Z.K.Rəhmanov, B.M.Xəlilova, E.V.Qədimova, G.A.Qafarlı **178**
Normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl ayrılmasının diaqnostika və profilaktikasının müasir məsələləri
A.M.Paşayeva **181**
Изучение результатов исследования шейки матки с эктопией и полипами у беременных женщин
Х.Р.Биннатзаде **186**
Sabit gərginlik stenokardiyası olan xəstələrdə qanda maqneziumun səviyyəsinin işemik epizodların ağirliq dərəcəsinə və miokardın funksional vəziyyətinə olan təsirinin öyrənilməsi
R.F.Abdullayev, A.D.Quliyeva, R.R. Abdullayeva, N.F.Səfərova **190**
Nadir klinik hal: parafaringial nahiyənin epidermoid kistasi
E.M. Sadıqov, Y.T. Əfəndiyev, İ.N. Rəhimova **193**
Uşaqlarda ekstrasistoliyalar zamanı miokardın elektrik qeyri-həmcinsliyinin qiymətləndirilməsində QT intervalının və onun dispersiyasının əhəmiyyəti
İ.İ.İsayev, Z.İ.Məmmədova **197**
Gözətrafi nahiyədə ekzemanın yaranmasının etioloji aspektləri
L.Ə.Mirzoyeva **202**
Сравнительная оценка лечебно-диагностической ценности маркеров эндотелиальной дисфункции при гнойном холангите у больных с хроническим гепатитом и без гепатита и их ранее прогностическое значение поражения печени
Э.А. Алиева, А.А. Мамедов, Э.А. Искендеров, Ф.С. Идрисов, Н.А. Наджафов, Н.М.Гасанов **207**
Erkən yaşlı uşaqlarda respirator xəstəliklər zamanı eritrositlərin morfometrik göstəriciləri
Z.Ş.Mürsəlova **212**
Perinatal risk və vaxtından əvvəl doğuşların sonluqları
P.R.Xəlilova **215**
Sidik inkontinans və cinsi orqanların prolapsı probleminin araşdırılması
K.D.Quliyeva **218**
Kariyesin yaranmasında endogen faktorların rolu
Q.X. Əliyev, B.M.Həmzəyev **220**

NITI alətlərinə malik motorlu sistem faylları ilə kanalların işlənmə üsullarına dair
R.İ.Səlimov, K.S.Alkişiyev..... 223
Papilloma virus infeksiyasının klinik gedişinin müxtəlif variantları zamanı insanin papilloma virusunun genotiplərinin aşkar edilməsi tezliyi
R.İ.Səfərova 228
Ensizyarpaq iydənin (*elaeaqnus angustifolia l.*) çiçək və yarpaqlarının ekstraktı əsasında iltihab əleyhinə gelin tərkibinin, alınma texnologiyasının və keyfiyyət normalarının işlənib hazırlanması
S.C. Mehralıyeva, Z.K. Kərimova, T.Ə.Əmirəliyeva, A.R. Azadova, A.F.Quliyeva..... 233
Şəkərli diabet fonunda sidik yolları infeksiyalarında bəzi mikroorqanizmlərin müxtəlif antibiotiklərə qarşı həssaslıqları
E.Ə.Museyibov 238
Stasionar müalicəsi zamanı xəstələrdə Helicobacter Pylori infeksiyasının aşkar edilməsi
U.A.Xəlilova 242
Mədə və onikibarmaq bağırsağın xora mənşəli qanaxmalarının endoskopik diaqnostikası və müalicəsi
B.İ. Sadıqov, E.A. Almənmədov, G.Ə. Abbasova, F.T.Məmmədzadə, X.Q.Hüseynova 245
Возможности превентивной илеостомы при реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке
А.А. Мамедов, М.М. Мамедов, В.М.Мамедов..... 248
Биологическая индифферентность нового класса конструкционных базисных материалов
Л.Б. Акперли, Е.А. Алиева, А.Н. Ниязов, Ф.Ю. Мамедов..... 251
Uşaqlarda atopik dermatitin inkişafinin risk amilləri
T.Z.Cavadzadə 256
Морфологические изменения в слизистой оболочке полости рта и ее рецепторном аппарате под влиянием акриловых пластмасс
С.И. Ахмедов, Г.А. Ниязова, Е.А. Алиева, В.А. Мехмани, Л.Б.Акберли.....260
Результаты сравнительного анализа эффективности методов контроля позиционирования больных при радиотерапии рака молочной железы
И.Г.Исаев, Г.Р.Гаджи, А.Т.Алиев, К.И.Кязимов, У.З.Набизаде.....265
Hamiləliyin ağırlaşmış gedişində atopobium vaginae ilə assosiasiya edən bakterial vaginozun rolunun müəyyən edilməsi
A.B.Xasıyeva 268
Perilimfatik fistul zamanı baş verən eşitmə pozuntularının eksperimantal tədqiqatlarının nəticələri
A.R.Vəliyeva, N.B.Göksu..... 273
Qadınlarda genital infeksiyaların residivləşmə və digər somatik xəstəliklərin rastgəlmə xüsusiyyətləri
M.B.Əliyeva 275
Ağciyərlərin xronik obstruktiv xəstəliyi ilə yanaşı ürəyin işemik xəstəiyi zamanı metabolik dəyişikliklər
V.A.Abdullayev, R.S.Hacıyeva, A.D.Hüseynova..... 279
Роль и состояние иммунной системы при заболеваниях щитовидной железы
Р.М. Агаев, Ф.Х. Саидова, Ф.Г.Садыхов..... 282
Qida toksikoinfeksiyaların ürək-damar sistemində fəsadları
Z.M. Ömərova, T.Ə. Haciyeva, G.Z. Cavadova., T.L. Borodayeva, A.T.Mətiyeva..... 288

XRONİKA-XРОНИКА

К 90-ЛЕТИЮ ПРОФЕССОРА АРИФА АББАСОВА
М.К.Мамедов.....290
ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА ВЕЙСАЛА АБДУЛЛАЕВА
Н.А.Бахшалиева. Ш.Ш.Алиева.....291