İCMALLAR - ОБЗОРЫ

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОРЕТИНОПАТИИ

Э.М. Касимов, Н.Г. Искендерова
Азербайджанский Государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева, г. Баку

Проведение медикаментозной терапии центральной серозной хориоретинопатии (ЦСХР) является одним из наиболее противоречивых вопросов современной офтальмологии. В настоящее время при проведении консервативной терапии ЦСХР используются препараты, направленные на нормализацию проницаемости капилляров, сосудорасширяющие средства, транквилизаторы, стероидные и нестероидные противовоспалительные средства, диуретики, антигистаминные препараты, ингибиторы карбоангидразы, антибиотики, в том числе антисифилитические и противотуберкулезные препараты, антиагреганты, антиоксиданты, поливитамины. Были попытки использования акупунктуры и курсов терапевтической лазерстимуляции центральных отделов сетчатки [8,9,13,30,31].

Более широко уже на протяжении почти 40 лет активно используются кортикостероиды [15]. Однако, анализ данных литературы последних лет позволяет сделать вывод об отрицательном влиянии этих препаратов на течение и исход ЦСХР [28,43]. Более того, результаты исследований различных авторов показали, что уменьшение дозы или полная отмена приема кортикостероидных препаратов в большинстве случаев способствовали восстановлению анатомической целостности сетчатки и улучшению зрительных функций [16,41]. Так, проведенное Sharma T. с соавт. исследование показало, что отмена глюкокортикоидов при атипичной форме ЦСХР вызывала прилегание сетчатки и повышение остроты зрения в 87,5 % случаев без применения лазерного лечения [41]. Исходя из сегодняшних представлений о причинах нарушения хориоидальной гемоциркуляции и состояния пигментного эпителия (ПЭ) сетчатки при ЦСХР, являющихся следствием повышения в крови уровня циркулирующих катохоламинов и кортизола [18,22,26,49], назначение такой терапии представляется нежелательным.

Результаты клинических наблюдений показали, что системное применение блокаторов β-адренергических рецепторов с целью нормализации хориоидальной микроциркуляции, может также иметь определенный успех при лечении пациентов с ЦСХР [21].

По сведениям Pikkel J. с соавт., длительное системное применение ингибитора карбоангидраз – ацетазоламида, способствует ускорению резорбции субретинальной жидкости, не оказывая при этом существенного влияния на исходную остроту зрения и частоту рецидивирования ЦСХР [34].

В последние годы отмечается повышенный интерес офтальмологов к возможности применения антикортикостероидных препаратов в лечении ЦСХР. По мнению Jumpol L.M. с соавт., RU 486 (mifepristone), являясь антагонистом интрацеллюлярных рецепторов, может с успехом применяться как для лечения, так и для профилактики рецидивов заболевания [12, 24].

Несмотря на многообразие медикаментозных средств, используемых для лечения ЦСХР, в мировой практике пока не существует препаратов, эффективность которых в лечении и профилактике рецидивов ЦСХР была бы подтверждена долгосрочными клиническими наблюдениями.

По мнению большинства авторов на сегодняшний день основным и наиболее эффективным методом лечения ЦСХР является прямая надпороговая лазеркоагуляция (ЛК) точек просачивания жидкости. В ходе проведенного в 1974 году рандомизированного исследования с применением рубинового лазера, Watzke R. с соавт. установили, что средняя продолжительность заболевания после проведения надпороговой лазеркоагуляции составляла от 2 до 5 недель. В то же время в группе пациентов, не получивших лазерного лечения, длительность заболевания составила от 1 до 6 месяцев [44].

Однако, несмотря на многолетний опыт использования в клинической практике прямой

надпороговой ЛК в лечении ЦСХР, эффективность и целесообразность ее применения и по сей день является предметом острых дискуссий среди офтальмологов. Так, по мнению некоторых авторов, своевременное и адекватное проведение ЛК в зоне точек фильтрации не только ускоряет резорбцию субретинальной жидкости [6,14,36,47] и способствует повышению остроты зрения [25], но и уменьшает вероятность развития рецидивов ЦСХР [32, 48].

Другие исследователи считают, что, способствуя восстановлению анатомической целостности сетчатки, лазеркоагуляция не оказывает существенного влияния на конечную остроту зрения и частоту рецидивов заболевания [27, 29]. Так, отсутствие влияния на остроту зрения особенно заметно в группе пациентов, страдающих рецидивирующими и длительно существующими формами ЦСХР. В ходе проведенного исследования L.Yannuzzi с соавт. наблюдали регресс макулярного отека после лазеркоагуляции при диффузной пигментной эпителиопатии практически у всех 18 пациентов исследуемой группы. Однако, статистически достоверное повышение остроты зрения было отмечено лишь в 17 % случаев [47]. Принимая во внимание все вышесказанное, а также учитывая большую вероятность самопроизвольного разрешения заболевания, в последние годы большинство офтальмологов придерживается тактики ведения пациентов с острой формой ЦСХР предложенной Yannuzzi L. [18]. При первой атаке заболевания он рекомендует динамическое наблюдение за состоянием сетчатки в течение первых трех месяцев. Исключение составляют пациенты, которым в силу профессиональных особенностей требуется быстрое восстановление зрительных функций, а также случаи развития патологического процесса на единственном глазу. При отсутствии резорбции субретинальной жидкости в течение первых трех месяцев от начала заболевания и расположении точки фильтрации на расстоянии более 500 мкм от центра фовеа, рекомендуется проведение лазеркоагуляции в точках просачивания красителя. При локализации их в пределах 500 мкм от центра фовеа рекомендуется продлить динамическое наблюдение за патологическим процессом до 6 месяцев. Показаниями к лазеркоагуляции являются также повторные атаки заболевания и формы ЦСР, осложненные множественными серозными отслойками пигментного эпителия, буллезной отслойкой сенсорной сетчатки, диффузной декомпенсацией ПЭ, субретинальным отложением фибрина.

Механизм лечебной эффективности ЛК при ЦСХР до сих пор не выяснен до конца. Согласно теории Jalk A., ЛК ведет к окклюзии хориокапилляров и, таким образом, уменьшает просачивание жидкости в субретинальное пространство [23]. Недавними экспериментальными исследованиями показано, что терапевтический эффект ретинальной фотокоагуляции обеспечивается опосредованно за счет процессов, вызванных воздействием на ПЭ сетчатки [1]. Peyman J. с соавт. предположили, что фотокоагуляция ПЭ способствует резорбции макулярного отека за счет усиления диффузии крупных молекул в направлении от сетчатки к хориоидее [33]. По мнению Robertson D. и Ilstrup D., субретинальная жидкость при ЦСХР отличается высоким содержанием протеинов, а коагуляция ПЭ облегчает продвижение жидкости и содержащихся в ней протеинов обратно в хориоидею [36]. Считается, также, что ЛК сетчатки приводит к репарации клеток ПЭ и восстановлению его барьерных свойств за счет разрушения «больных» или «усталых» клеток с последующим замещением их молодыми жизнеспособными клетками [7].

Несмотря на несомненный успех, ЛК имеет ряд ограничений, нежелательных эффектов и осложнений. Так, коагуляция точки просачивания, расположенной в области папилломакулярного пучка, а также пределах 500 мкм от центра фовеальной аваскулярной зоны может привести к снижению остроты зрения, появлению дефектов в поле зрения, развитию ползучей атрофии ПЭ, нарушению цветовой и контрастной чувствительности, а также разрушению мембраны Бруха и ПЭ с последующим развитием ятрогенной хориоидальной неоваскуляризации [10,25,45]. Вероятность появления хориоидальной неоваскуляризации сетчатки после проведения ЛК, по данным различных авторов, колеблется от 2 до 10 % [18,42]. Риск развития подобных осложнений возрастает при лечении хронических форм ЦСХР, характеризующихся, как правило, наличием зон диффузного просачивания красителя и требующих проведения более обширной по площади ЛК сетчатки по методике «решетки» [43].

Изложенные выше обстоятельства способствовали поиску альтернативных «щадящих» методов лечения различных форм ЦСХР, таких как транспупиллярная термотерапия (ТТТ), фотодинамическая терапия (ФДТ) и микрофотокоагуляция (МФК), которые сохранив все положительные лечебные эффекты, позволили бы одновременно избежать осложнений в послеоперационном периоде.

Транспупиллярная термотерапия (ТТТ) является методом субпорогового инфракрасного (810 нм) лазерного воздействия, при котором используется пятно большой площади (500-3000 мкм), низкая плотность энергии и довольно длительная экспозиция облучения (60-90 сек.) [11, 37]. Проведение ТТТ в макулярной области носит более щадящий характер, поскольку при этом стремятся избегать коагуляционного повреждения сетчатки. Величина подъема температуры облучаемых при ТТТ тканей не должна превышать 10-11^{o}C. Для сравнения, температура при проведении традиционной короткоимпульсной ЛК сетчатки возрастает на 40-60^{o}C выше нормальной температуры тела [1]. Данный метод лечения с успехом применяется при лечении новообразований хориоиде, скрытой или классической хориоидальной неоваскуляризации [2, 4, 5]. В 2005 г. появилась публикация Wei S. и Yang C., посвященная первому опыту использования транспупиллярной термотерапии для лечения длительно существующей ЦСХР [45]. Авторы отметили, что абсорбция СРЖ наступила к концу 1-й недели после проведения ТТТ. К концу 4-й недели точка просачивания по результатам флюоресцентной ангиографии практически не определялась. Через 3 месяца после проведения лечения острота зрения повысилась с 0,2 до 0,4. По мнению авторов исследования, принцип лечебного эффекта ТТТ при ЦСХР аналогичен действию фотокоагуляции и заключается в стимуляции барьерной функцию ПЭ и активизации резорбции субретинальной жидкости [45].

Фотодинамическая терапия (ФДТ) широко используется в офтальмологической практике для лечения хориоидальной неоваскуляризации. Основным достоинством метода является возможность достижения избирательной окклюзии новообразованных сосудов за счет селективного накопления фотосенсибилизирующего агента в неоваскулярной ткани. Принято считать, что в основе терапевтического эффекта ФДТ при хронических формах ЦСХР, лежит воздействие на хориоидальную гемоциркуляцию. Активация фотосенсибилизатора вертепорфина, расположенного в хориокапиллярисе, приводит к образованию атомарного кислорода, разрушающего эндотелиальные клетки сосудов и приводящего к вазоконстрикции, тромбозу и окклюзии новообразованных сосудов [39]. Временная хориокапиллярная окклюзия, наступающая после ФДТ при ЦСХР, снижает прохождение жидкости в сторону нейроэпителия. Новые клетки ПЭ, которые замещают поврежденные клетки после ФДТ, могут восстанавливать гематоретинальный барьер [43].

Положительный эффект ФДТ при хронических формах ЦСХР был отмечен целым рядом исследователей [17, 43, 46,].

В 2002 г. Costa R. с соавт. показали, что проведение ФДТ в зонах активного просачивания жидкости при хронических формах ЦСХР способствовало восстановлению анатомической целостности сетчатки и улучшению остроты зрения у 10 из 11 находившихся под наблюдением пациентов [20]. Однако в 2006 году появилось первое и единственное сообщение о возникновении классической ХНВ у пациента с хронической ЦСР через 10 недель после ФДТ [19]. Colucciello M., наблюдавший за пациентом с данным осложнением, высказал предположение, что появление хориоидальной неоваскуляризации после ФДТ связано с тем, что в результате ФДТ наступает окклюзия хориокапилляриса с последующим индуцированием ишемии и повышением содержания эндотелиального сосудистого фактора роста (VEGF) [40]. В связи с этим Colucciello M. призывает к предельной осторожности при назначении ФДТ при хронической ЦСР. По его мнению, решение проблемы может быть найдено в изменении протокола ФДТ (уменьшение дозы вертепорфина, непостоянное или менее продолжительное облучение).

В 1993 г. Roider J. с соавт. предложили использовать микроимпульсный режим излучения диодного лазера - микрофотокоагуляцию (МФК), для лечения макулярной патологии [38]. В режиме МФК лазер генерирует серию («пачки») повторяющихся низкоэнергетических импульсов сверхмалой длительности, коагуляционный эффект которых, суммируясь вызывает повышение температуры лишь в ткани мишени, т.е. в ПЭ [3]. Часто повторяющиеся циклы включения микроимпульсов чередуются с периодами их выключения.

Благодаря этому в смежных структурах не достигается порог коагуляции, т.к. они успевают остыть, и это сводит к минимуму повреждающее действие лазерного излучения [10]. В тоже же время, Yu D.Y.c соавт. выявили, что, как и надпороговая лазеркоагуляция, микрофотокоагуляция ведет к увеличению уровня интраретинального кислорода [50].

Ricci F. с соавт. описали результаты микроимпульсной ЛК точки просачивания жидкости у пациента, страдающего рецидивирующей формой ЦСХР. Через 7 дней после операции у данного пациента наблюдали уменьшение количества субретинальной жидкости, сопровождавшееся повышением остроты зрения. Через 8 недель после МФК наступило полное прилегание отслойки нейроэпителия [35].

Мазунин И. достаточно успешно применил метод МФК при лечении 11 пациентов с ЦСХР при суб- и юкстафовеальной локализации точки фильтрации. Через 1 месяц после проведения МФК у всех 11 пациентов автор отметил офтальмоскопическое и ангиографическое закрытие точки просачивания с полным прилеганием ПЭ и нейроэпителия сетчатки и улучшением остроты зрения. При субъективном и объективном исследовании относительные и абсолютные скотомы не были выявлены [10].

Анализ литературы по данной проблеме показал, что, несмотря на многолетнюю известность ЦСХР в клинической офтальмологической практике, данное заболевание продолжает оставаться недостаточно изученным, с большим разнообразием клинических проявлений и далеко не всегда доброкачественным течением, как было принято считать. Существующие методы лечения обладают либо невысокой эффективностью, либо повышенной инвазивностью. Представляется необходимым проведение дальнейших исследований по оценке влияния субпороговой диодной микрофотокоагуляции и других перспективных малоинвазивных методов лечения на течение различных форм ЦСХР с применением современных высокоинформативных диагностических методов исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балашевич Л.И., Гацу М.В. Диод-лазерная транспупиллярная термотерапия в клинической офтальмологии (обзор литературы) // Офтальмохирургия и тер,, 2004, Том. 4, с. 29-34.
2. Балашевич Л.И., Гацу М.В. Диод-лазерная транспупиллярная термотерапия в клинической офтальмологии // Офтальмохирургия и тер., 2005, Том. 5, №1, с.14-22.
3. Балашевич Л.И., Чиж Л.В., Гацу М.В. Исследование результатов микрофотокоагуляции диабетического макулярного отека в зависимости от исходного объема сетчатки в макуле / Современные технологии лечения витреоретинальной патологии / Сб. науч. трудов., Москва, 2006, с. 37-41.
4. Гацу М.В. Транспупиллярная термотерапия (ТТТ) в лечении скрытой и классической хориоидальной неоваскуляризации (ХНВ) / VIII Съезд офтальмологов России, 1-4 июня 2005, М., 2005, с. 386.
5. Гацу М.В. Транспупиллярная термотерапия в лечении классической хориоидальной неоваскуляризации / IV Евро-Азиатская конференция по офтальмохирургии.- Екатеринбург, 2006, с. 90-91.
6. Ермакова Н.А., Ахмеджанова Е.В., Беглярова А.С. Влияние аргоновой лазеркоагуляции на течение центральной серозной хориоретинопатии / VII Съезд офтальмологов России.Тезисы докладов.- М., 2000, с. 434-435.
7. Измайлов А.С. Диагностика и лазерное лечение хориоидальной неоваскуляризации / Пособие по лазерной медицине.- СПб, 2006, 40 с.
8. Ильичева Е.В., Киселева Т.Н. Буллезный вариант центральной серозной хориоретинопатии, диагностика и лечение / Современные возможности в диагностике и лечении витреоретинальной патологии. Материалы научно-практической конференции.- М., 2004, с. 145-148.
9. Копаева В.Г. Глазные болезни. - М.: Медицина, 2002, с. 328-329.
10. Мазунин И. Субпороговая микроимпульсная инфракрасная лазеркоагуляция юкста- и субфовеальной центральной серозной хориоретинопатии / Энергетические технологии в офтальмологии. Сб. научн. трудов.- Краснодар, 2004, с. 166-171.
11. Мазунин И. Новые методы лечения заболеваний сосудистой оболочки и сетчатки с использованием субпороговой мощности диодного инфракрасного лазерного излучения // Вестник офтальмологии, 2005, №1, с. 49-54.
12. Beck C.A., Estes P.A., Bona B.J. et al. The steroid antagonist RU486 exerts different effects on the glucocorticoid and progesterone receptors // Endocrinology, 1993, v.133, p. 728-740.
13. Bujarborua D. Long-term follow-up of idiopathic central serous chorioretinopathy without laser //

Acta Ophthalmol Scand., 2001, v.79, p. 417-421.

14. Burumcek E., Mudun A., Karacorlu S. et al. Laser photocoagulation for persistent central serous chorioretinopathy:results of long-term follow-up // Ophthalmology, 1997, v.104, p. 616-622.

15. Carvalho-Reccia C.A., Yanuzzi L.A., Negrao S. et al. Corticosteroids and central serous chorioretinopathy // Ophthalmology, 2002, v.109, p. 1834-1837.

16. Chaine G., Haouat M., Menard-Molcard C. et al. Central serous chorioretinopathy and systemic steroid therapy // J Fr Ophthalmol., 2001, v.24, p. 139-146.

17. Chan W.M., Lai T.Y., Lai R.Y., Tang E.W., Liu D.T., Lam D.S. Safety enhanced photodynamic therapy for chronic central serous chorioretrinopathy: one-year results of a prospective study // Retina, 2008, v. 28, p. 85-93.

18. Ciardella A., Huang S., Costa D. et al. Lasers in ophthalmology - Basic, Diagnostic and Surgical Aspects. Central serous chorioretinopathy, Hague, Nederlands, 2003, p. 255-275.

19. Colucciello M. Choroidal neovascularization complicating photodynamic therapy for central serous retinopathy // Retina, 2006, v.26, p. 239-242.

20. Costa R.A., Scapucin L., Moraes N.S. et al. Indocyanine green-mediated photothrombosis as a new technique of treatment for persistent Central serous chorioretinopathy // Curr Eye Res., 2002, v.25, p. 287-297.

21. Fabianova J., Porubska M., Cepilova Z. Central serous chorioretinopathy - treatment with beta blockers // Cesk Slov Ophthalmol., 1998, v..54, p. 401-404.

22. Haimovichi R., Rumelt S., Melby J. Endocrine abnormalities in patients with central serous chorioretinopathy // Ophthalmology, 2003, v.110, p. 698-703.

23. Jalkh A.E., Jabbour N., Avila M.P. et al. Retinal pigment epithelium decompensation II. Laser treatment // Ophthalmology., 1984, v.91, p. 1549-1553.

24. Jampol L.M., Weinreb R., Yannuzzi L. Involvement of corticosteroids and catecholamines in the pathogenesis of central serous chorioretinopathy: a rationale for new treatment strategies // Ophthalmology, 2002, v.109, p. 1765-1766.

25. Khosla P.K., Rana S.S., Tewari H.K. Evaluation of visual function following argon laser photocoagulation in central serous retinopathy // Ophthalmic Surg Lasers, 1997, v.28, p. 693-697.

26. Kishi S., Yoshida O., Matsuoka R. et al. Serous retinal detachment in patients under systemic corticosteroid treatment // Jpn J Ophthalmol., 2001, v.45, p. 640-647.

27. Ladas I.D., Rouvas A.A., Apostolopoulos M. et al. Diffuse retinal pigment epitheliopathy: treatment with laser photocoagulation. // Eur J Ophthalmol., 2004, v.14, p. 315-320.

28. Loo J.L., Lee S.Y., Ang C.L. Can long-term corticosteroids lead to blindness? A case series of central serous chorioiretinopathy induced by corticosteroids // Ann. Acad. Med. Singapore., 2006, v.35, p. 496-9.

29. Loo R.H., Scott I.U., Flynn H.W.J. et al. Factors associated with reduced visual acuity during long-term follow-up of patients with idiopathic central serous chorioretinopathy // Retina, 2002, v.22, p. 19-24.

30. Lu J.G., Friberg T.R. Idiopathic Central serous chorioretinopathy in China: a report of 600 cases (624 eyes) treated by acupuncture // Ophthalmic Surg., 1987, v.18, p. 608-611.

31. Miyashita S., Sakai M., Kanai A. et al. Successful treatment central serous chorioretinopathy by tranexamic acid injection // Nippon Ganka Gakkai Zasshi., 1971, v.75, p. 603-608.

32. Novak M.A., Singerman L.J., Rice T.A. Krypton and argon laser photocoagulation for central serous chorioretinopathy // Retina, 1987, v.7, p. 162-169.

33. Peyman G.A., Spitznas M., Straatsma B.R. Peroxidase diffusion in the normal and photocoagulated retina // Invest Ophthalmol., 1971, Vol.10, p. 181-189.

34. Pikkel J., Beiran I., Ophir A. et al. Acetazolamide for central serous chorioretinopathy // Ophthalmology, 2002, v.109, p. 1723-1725.

35. Ricci F., Missiroli F., Cerulli L. Indocyanine green dye-enhanced micropulsed diode laser: a novel approach to subthreshold RPE treatment in a case of central serous retinopathy // Eur J Ophthalmol., 2004, v.14, p. 74-82.

36. Robertson D.M. Direct, indirect and sham laser photocoagulation in the management of central serous chorioretinopathy // Am J Ophthalmol., 1983, v.95, p. 457-466.

37. Robertson D.M., Salomao D.R. The effect of transpupillary thermotherapy on the human macula // Arch Ophthalmol., 2002, v.120, p. 652-656.

38. Roider J., Hillenkamp F., Birngruber R. Microphotocoagulation: selective effects of repetitive short laser pulses // Proc Natl Acad Sci USA., 1993, v.90, p. 8643-8647.

39. Schmidt-Erfurth U., Hasan T. Mechanism of action of photodynamic therapy with verteporfin for the treatment of age-related macular degeneration // Surv Ophthalmol., 2000, v.45, p. 195-214.

40. Schmidt-Erfurth U., Schlotzer-Schrehard U., Cursiefen C. et al. Influence of photodynamic therapy on expression of vascular endothelial growth factor (VEGF), VEGF receptor 3, and pigment epithelium-derived factor // Invest Vis Sci., 2003, v.44, p. 4473-4480.

41. Sharma T., Shah N., Rao M. et al. Visual outcome after discontinuation of corticosteroids in atypical

severe central serous chorioretinopathy // Ophthalmology, 2004, v.111, p. 1708-1714.

42. Simon P., Glacet -Bernard A., Binaghi M. et al. Choroidal neovascularization as a complication following laser treatment of central serous chorioretinopathy // J Fr Ophthalmol., 2001, v.24, p. 64-68.

43. Taban M., Boyer D.S., Thomas E.L. Chronic central serous chorioretinopathy: Photodynamic therapy // Am J Ophthalmol., 2004, v.137, p. 1073-1080.

44. Watzke R.C., Burton T.C., Leaverton P.A. 1Ruby laser photocoagulation therapy of central serous retinopathy:Part I. A controlled clinical study. Part II. Factors affecting prognosis // Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol., 1974, v.78, p. 205-211.

45. Wei S.-Y., Yang C.-M. Transpupillary thermotherapy in the treatment of central serous chorioretinopathy // Ophthalmic Surg Lasers Imaging., 2005, v.36, p. 412-415.

46. Yannuzzi L.A., Slakter J.S., Gross N.E. et al. Indocyanine green angiography-guided photodynamic therapy for treatment of chronic central serous chorioretinopathy. A pilot study // Retina, 2003, v.23, p. 288-298.

47. Yannuzzi L.A., Slakter J.S., Kaufman S.R. et al. Laser treatment of diffuse retinal pigment epitheliopathy // Eur J Ophthalmol., 1992, v.2, p. 103-114.

48. Yap E.Y., Robertson D.M. The long-term outcome of central serous chorioretinopathy // Arch Ophthalmol., 1996, v.114, p. 689-692.

49. Yoshioka H., Katsume Y. Experimental central serous chorioretinopathy.III.Ultrastructural findings // Jpn J Ophthalmol., 1982, v.26, p. 397-409.

50. Yu D.Y., Cringle S.J., Su E. Laser-induced changes in intraretinal oxygen distribution in pigmented rabbits // Invest Ophthalmol Vis Sci., 2005, v.46, p.988-999.

SUMMARY

MODE OF TREATMENT OF CENTRAL SEROUS CHORIORETINOPATHY

E.M. Kasimov, N.Q. Iskenderova

The presented survey of literature elucidates the main methods of treatment of different forms of central serous chorioretinopathy, their advantages, efficacy and possibilities of the associative application.

Daxil olub: 04.09.2008

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ МНОГОУЗЛОВЫМ ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ

Ф.Х.Саидова

Национальный центр хирургии им. М.А.Топчибашева, г. Баку

Под понятием многоузловой эутиреоидный зоб (МУЭЗ) объединяют группу заболеваний ЩЖ с различной морфологической структурой: многоузловой зоб, аденомы, злокачественне опухоли, аутоиммунный тиреоидит (АИТ) и сочетанные поражения [8,40].

Процесс формирования многоузлового зоба интенсивно изучается [49]. Среди факторов, способствующих этому называют недостаток йода в воде и пище; употребление зобогенных препаратов и нарушение ферментативных процессов синтеза тиреоидных гормонов [5]. Важное значение имеет содержание в окружающей среде других микроэлементов, струмогенов и наличие неблагоприятной экологической обстановки с загрязнением биосферы [23]. Получены убедительные данные о гойтерогенном действии таких веществ, как окись углерода, инсектициды, продукты производства фосфора, повышенный уровень фтора и кальция в питьевой воде, гербициды, тяжелые металлы, радионуклиды [12,24]. Медикаменты могут вызывать зобогенный эффект (сульфаниламиды, антитиреоидные препараты) [20]. Имеется большое количество сообщений об отрицательном воздействии продуктов нефтепереработки на эндокринную систему и ЩЖ в частности. Среди многочисленных концепций происхождения тиреопатий, одним их клинических проявлений которых является многоузловой эутиреоидный зоб, имеются сведения о роли наследственности [28,45,49]. Вышеизложенное доказывает сложность и мультифакториальность процесса узлообразования, а в ряде случаев предопределяет развитие различных форм МУЭЗ [30].

Проблема ранней диагностики заболеваний ЩЖ все еще остаётся актуальной [29, 46]. Наибольшее развитие получило применение в диагностике тиреоидной патологии ультразвуковое исследование (УЗИ). Это общедоступный, высокоинформативный, простой,

недорогой метод, не обладающий лучевой нагрузкой на больного, а потому являющийся очень удобным [22]. УЗИ с высокой частотой может выявить узлы размером до 3 мм. Особенно полезна ультрасонография для хирургов при планировании операции [1 7]. Некоторые исследователи на основе анализа научной литературы и собственных исследований систематизировали методики ультразвукового исследования ЩЖ; уточнили и систематизировали ультразвуковую семиотику наиболее частых заболеваний ЩЖ (кисты, узлы, аденомы, АИТ, рак); дали характеристику изменений ультразвуковых параметров ЩЖ (размеры, эхогенность, структура) при одновременном или последовательном развитии в ней разных по морфологической природе патологических процессов [32].

УЗИ часто выявляет множественность узлов, когда при пальпации или сцинтиграфии выявляется только один. УЗИ позволяет контролировать объём узла в процессе лечения [44].

Несмотря на высокую информативность метода, с помощью УЗИ нельзя верифицировать морфологическую природу выявленных образований. С этой целью проводится тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ТАПБ) [47]. ТАПБ является «золотым» стандартом дооперационной диагностики морфологической природы узлов.

Считается, что у больных с многоузловым зобом целесообразно пунктировать узлы, которые (по данным УЗИ) наиболее подозрительны в отношении злокачественной опухоли [21]. Но опухоль может располагаться среди коллоидных узлов, которые мало отличаются от нее по ультразвуковой картине. Информативность ТАПБ при МУЭЗ низкая, потому что невозможно пунктировать все узлы [38]. Долгое время считалось, что риск наличия рака в многоузловом зобе значительно ниже, чем в солитарных узлах. В дальнейшем было показано, что в том и другом случае он существенно не отличается [3].

Для повышения диагностической эффективности ТАПБ в последние годы ее стали производить под контролем УЗИ [29,34]. Предлагают проводить прицельную биопсию узловых образований ЩЖ под контролем УЗИ с 2 и более точек, что повышает результативность дооперационной морфологической диагностики заболеваний ЩЖ [17].

Выбор способа лечения МУЭЗ является дискутабельным и противоречивым вопросом [37]. До сих пор в Европе нет консенсуса по этому вопросу [36]. Как показывают данные аутопсийных исследований, узловой зоб обнаруживается у 40-50% людей, умерших от других заболеваний и не подозревавших о его наличии. Именно этот факт нужно учитывать, планируя лечение, которое может быть дорогостоящим, не лишено осложнений и клиническая эффективность которых не доказана [26].

Консервативное лечение направлено на предотвращение или замедление дальнейшего роста узлов или уменьшение их размеров. Назначать тироксин пожилым больным следует с большой осторожностью, впрочем как и пациентам с патологией сердечно-сосудистой системы [6]. Супрессивная терапия при узловом зобе является медицинским вмешательством с окончательно недоказанной клинической эффективностью [27]. Позиции супрессивной терапии подрывает еще и то, что она несет риск развития остеопороза, который часто наблюдается у женщин в постменопаузе, а именно в этом возрасте и чаще выявляется МУЭЗ [33]. Предложены следующие показания к консервативному лечению при многоузловом зобе: размер каждого из узлов не более 1см в диаметре, суммарный объем узлов не более 3мл; слабая степень пролиферации тиреоцитов, полученных из узлов при ТАПБ; отсутствие выраженных дегенеративных изменений в узлах; базальный уровень ТТГ не ниже 1 мЕД/мл.

Для лечения МУЭЗ используется радиойодтерапия [4], особенно у пожилых лиц [42]. В США в последние годы молодой возраст пациента считают противопоказанием к этому методу лечения [10].

Если, несмотря на консервативное лечение, хотя бы один из узлов увеличился, то показано хирургическое лечение [19]. Показания к хирургическому лечению МУЭЗ противоречивы. Увеличение узлов при динамическом наблюдении, появление новых узлов, загрудинное расположение узлов, сдавление органов шеи, радиоактивное облучение головы и шеи - наиболее частые показания оперативного вмешательства при МУЭЗ [41]. Некоторые хирурги включают сюда и косметические показания [39]. Вопрос о выборе оптимальных объемов резекции ЩЖ остается спорным, приводятся аргументы как в пользу радикальных, так и органосохраняющих операций [14]. Сторонники первого мнения указывают на возрастающую частоту РЩЖ, в том числе и микрокарцином [11]. В пользу радикальных

операций говорит также тот факт, что у больных с многоузловым эутиреоидным зобом в паранодулярной ткани отмечаются очаговые изменения, которые могут стать впоследствии субстратом рецидива заболевания (55% больных) [2]. Радикальность операции необходима и при конгломератном зобе, в этом случае в железе практически не содержится нормальной ткани. Значительное число хирургов придерживается мнения, что при МУЭЗ операция должна быть радикальной, но и эндокринологически щадящей [18,19,25,48]. Тиреоидэктомия - вынужденная мера лишь при локализации злокачественной опухоли в обеих долях ЩЖ или недифференцированном раке. Объём хирургического вмешательства при МУЭЗ должен быть строго индивидуален [43] и от него, в первую очередь, зависит развитие рецидивов [31].

В последние годы появились работы, в которых проводится четкая морфологическая дифференцировка МУЭЗ и на основании этого предлагается оптимальный объём оперативного вмешательства [18]. К числу наиболее частых осложнений после операции на ЩЖ относят рецидивы и гипотиреоз, обусловленные существенными гормональными сдвигами и следующей за ними компенсаторной реакцией организма. До настоящего времени нет единого мнения об основных факторах, влияющих на возникновение рецидива или гипотиреоза после хирургического лечения МУЭЗ. Среди причин развития рецидивного зоба называют неадекватность или отсутствие профилактической терапии препаратами йода, недостаточный объем первичной операции, отсутствие показаний к ней [31]. Считают, что определяющим фактором при возникновении рецидива является морфологическая форма МУЭЗ [35,39].

Больные с многоузловым зобом в послеоперационном периоде нуждаются в тщательно и индивидуально подобранной заместительной терапии [16], т.к. послеоперационный гипотиреоз является движущим моментом рецидивирования узлового зоба [13]. Однако, учитывая неблагоприятное действие препаратов левотироксина на костную, сердечно-сосудистую систему, аллергические реакции, пожизненную зависимость больного от них, проводится лечение послеоперационного гипотиреоза методом хирургической имплантации аллогенной криоконсервированной щитовидной железы [15].

Таким образом, в настоящее время нет единого принципа выбора показаний для хирургического лечения и определения объема операции при МУЭЗ, недостаточно внедрены методы иммунологического обследования больных, недостаточно эффективно проводится послеоперационная заместительная терапия и иммунокоррекция [9].

Изучены отдаленные результаты (срок наблюдения 1- 11 лет) оперативных вмешательств у 150 больных МУЭЗ (жители г. Киева). Послеоперационный гипотиреоз и рецидив были рассмотрены в зависимости от объема оперативного вмешательства, морфологической формы, проведенной гормональной терапии, срока наблюдения, иммунологического статуса, генетической предрасположенности и количества узлов в ткани железы. В связи с проведенным анализом, с целью улучшения отдаленных результатов хирургического лечения МУЭЗ считаем необходимым в дооперационном периоде:

1) обеспечить четкое установление морфологической формы и распространенности патологии (УЗИ, ТАПБ);

2) установить характер возможных иммунных нарушений;

3) провести анализ клинико-генеалогических данных пациента;

4) используя полученные данные произвести индивидуальный расчет вероятностей признаков рецидива и гипотиреоза и на этой основе определить объем оперативного вмешательства.

Вышеизложенное может быть проведено в случае, когда в ЩЖ имеется небольшое количество узлов и сохранена здоровая ткань. Если же железа поражена множественными узлами, захватывающими практически всю ткань, то возможно выполнение лишь тиреоидэктомии. Проведенные исследования позволяют предполагать, что многоузловой эутиреоидный зоб может существовать многие годы без особой клинической картины и не представлять угрозу для здоровья больного. Считаем, что операция при МУЭЗ должна быть эндокринологически щадящей, по возможности, а гипотиреоз лишь в ряде случаев не осложнением оперативного вмешательства, а следствием самой тиреоидной патологии (множество узлов, захватывающих практически всю железу), которая обусловливает выполнение операций расширенного объема.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аляви Ф.Л., Дусмуратов А.М., Ильясов Ш.Ш. Эхография в выявлении заболеваний шеи при массовых профилактических обследованиях населения // Сов. Медицина.- 1991.- №4.- С.77-78.

2. Бронштейн М.Э., Макаров А.Д., Артемова А.М. и др. Морфологические особенности тиреоидной ткани при многоузловом эутиреоидном зобе // Пробл. эндокринологии.- 1994.- Т. 40, №2.- с.36-39.

3. Голубцов А.К. Диагностика и лечение непальпируемых узловых образований щитовидной железы: Автореф. канд.мед.наук / Москва, 1995.- 28с.

4. Данилова Л.И., Валуевич В.В. Радиойодтерапия доброкачественных заболеваний щитовидной железы // Пробл. эндокринологии.- 2006.- Т.52, №2.- С.43-47

5. Дедов И.И., Герасимов Г.А., Гончаров Г.Ф. Алгоритмы диагностики , профилактики и лечения заболеваний щитовидной железы.- М., Медицина, 1994.- 48с.

6. Дедов И.И., Трошина Е.А., Юшков П.В., Александрова Г.Ф. Диагностика и лечение узлового зоба.: Метод. рекоменд. М., 2003.-56с.

7. Имшинецкий П.В. Ультразвуковое исследование в диагностике и лечении заболеваний щитовидной железы: Дис... канд. мед. наук:- Киев, 1991.- 112с.

8. Калинин А.П., Левит И.Д., Рафибеков Д.С. Оправдано ли хирургическое лечение аутоиммунного тиреоидита? // Хирургия -1993- №12- С. 3-8.

9. Комиссаренко И.В. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы // Журнал практического врача.- 1996.- №4.- С.12-15.

10. Курихара Х. Оперативное лечение болезни Грейвса: суперсубтотальная резекция щитовидной железы // Вестник хирургии.- 2006.- Т.165, №3.- С. 28-30.

11. Ланцев Д.С. Микрокарцинома щитовидной железы // Архив патологии.- 2006.- Т. 68, №4.- С. 54-57.

12. Ларченко И.А., Седова Т.Н. Хирургическая тактика при узловых образованиях щитовидной железы // Клинический вестник.- 1997.- №3.- С. 19-21.

13. Левченко И.А., Фадеев В.В. Субклинический гипотиреоз // Пробл. эндокринологии.- 2002.- Т.48, №2.- С. 13-22.

14. Люлька А.Н. Оптимизация хирургического лечения больных с узловым эутиреоидным зобом: Автореф. дисс … канд.мед.наук / Тернополь, 2006.- 20с.

15. Лях И.О. Лечение послеоперационного гипотиреоза методом хирургической имплантации аллогенной криоконсервированной щитовидной железы: Автореф. дисс…канд.мед.наук / Днепропетровск, 2004.-20с.

16. Моргунова Т.Б., Фадеев В.В. Заместительная терапия гипотиреоза препаратами тиреоидных гормонов- один гормон или два? // Пробл. эндокринологии.- 2005.- Т.51, №1.- С. 53-56.

17. Напольников Ф.К. Многоузловой зоб у детей: клинико-морфологическая гетерогенность и выбор хирургической тактики: Автореф. дис… канд. мед. наук / ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет».- Москва, 2006.- 24с.

18. Павлов А.В., Доборджгинидзе Т.Р., Миро Т.Л., Александров Ю.К. Морфометрический анализ щитовидной железы при различных объемах резекции // Пробл. эндокринологии.- 1997.- №5.- С. 34- 35.

19. Романчишен А.Ф. Диагностика и обоснование хирургической тактики лечения новообразований щитовидной железы: Автореф. дис...доктора мед. наук / Ленинград, 1989.-36 с.

20. Свириденко Н.Ю., Платонова Н.М., Малашенко Н.В. Нарушения функции щитовидной железы при приеме амиодарона // Пробл. эндокринологии.- 2002.- Т.48, №2.- С. 22-27.

21. Семиков В.И. Современные принципы лечения больных с узловым зобом // Врач.- 2002.- №7.- С.7-12.

22. Станкявичус В.П., Мирходжаев А.Х., Станкявичус К.В. Скано- и эхография в диагностике заболеваний щитовидной железы // Пробл. эндокринологии.- 1990.-Т.36, №2- С. 8-11.

23. Талантов В.В. Эндемический зоб. Сущность. Экология и генетика в этиологии. Дефиниция // Пробл.эндокринологии.- 1989.-№4.- С.43-46.

24. Тронько Н.Д., Богуславский В.П., Присяжнюк А.Е., Большова Е.В. Частота рака щитовидной железы и ее эпидемиологические детерминанты: роль ионизирующего излучения // Пробл. эндокринологии.- 1994.- №3.- С. 55-59.

25. Трофимов Е.И., Битюцкий П.И. Узловые образования и рак щитовидной железы: диагностика, лечение, реабилитация // Медицинская консультация.- 1997.- №1.- С. 37-48.

26. Фадеев В.В. Узловые образования щитовидной железы: международные алгоритмы и отечественная клиническая практика // Врач.- 2002.- №7.- С.12-16.

27. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины: Перевод с англ.- М.: Медиа Сферг, 1998.- 167с.

28. Черенько С.М. "Роль факторов наследственности в разитии узловых образований щитовидной

железы // Лікарска справа.- 1999.- №1- С. 104-106.

29. Шапиро Н.А., Камнева Т.Н. Цитологическая диагностика заболеваний щитовидной железы.- Москва, 2003.- 84с.

30. Шевченко С.И., Якимова Т.П., Шевченко Р.С. Гистологические и иммуноморфологические характеристики дифференцированного рака щитовидной железы // Сов. медицина.-1991.- №4.- С. 19-21.

31. Шулутко А.М., Семиков В.И., Иванова Н.А., Горбачева А.В., Миронова М.В., Паталова А.Р., Куликов И.О. Рецидивный зоб и пути его профилактики // Рос. мед. журнал.- 2002.- №3.- С.17-19.

32. Эпштейн Е.В., Матящук С.И., Матящук А.С. Стратегия и тактика лечения больных с узловой патологией щитовидной железы. // Ліки України.- 2005.- №10.- С. 30-35.

33. Baner D.C., Ettinger B., Nevitt M.C., Stone K.L. Risk for fracture in women with low serum levels of thyroid-stimulating hormone // Annals of Internal Medicine.- 2001.-Vol 134, P.561-568.

34. Barroeta J.E., Wang H., Shiina N., Gupta PK, Livolsi V.A., Baloch Z.W. Is fine- needle aspiration (FNA) of multiple thyroid nodules justified? // Endocr. Pathol.- 2006.- Vol. 17, N1.- P. 61-65.

35. Beaugie J. Principles of the Thyroid surgery. –Oxford, 1975.- 225p.

36. Bonnema S. J., Bennedbaek F. N., Wiersinga W. M., Hegedus L. Management of the nontoxic multinodular goiter; a European questionnaire study. // Clin Endocrin.- 2000.- Vol. 53, N1.- P. 5-12.

37. Cattaneo F., Burgi U., Mueller B. Goiter and nodular thyroid disease: clinical guidelines for diagnosis and treatment. (Waiting? Hormone therapy? Surgery? Radioiodine?) // Ther. Umsch.- 1999.- Vol.56, N7.- P. 356-363.

38. Chao T.C., Jeng L.B., Lin J.D. Reoperative thyroid surgery // World J. Surg.- 1997.- Vol 21, N 6.- P. 644-647.

39. Gal I., Solymosi T., Lukacs G. Strategy for thyroid surgery based on results of preoperative cytology and intraoperative frozen section histology // 36-th World Congress of Surgery.- Lisbon, Portugal:- 1995.- P. 197, N788.

40. Giammaro V., Mariani S., Romeo M.V. Hashimotos thyroiditis presenting as a “hot nodule”// Minerva Endocrinol. -1993,- Vol. 18, N1 –P. 37-40.

41. Hurley D.L., Gharib H.. Thyroid nodular disease; is it toxic or nontoxic, malignant or beningn? // Geriatrics.-1995.-Vol.50, N6.- P. 24-26.

42. Huysmans D., Hermus A., Edelbroek M., Barentsz J., Corstens F., Kloppenborg P. Radioiodine for nontoxic multinodular goiter // Thyroid.- 1997.- Vol. 7, N 2.- P. 235-239.

43. Mc. Henry C.R., Slusarczyk S.I. Hypothyroidism following hemithyroidectomy: incidence, risk factors, and management // Surgery.- 2000.- Vol. 128, N6, P. 994-998.

44. Naoun A. Evaluation of ultrasonography in the diagnosis of thyroid nodules // Ann. Endocrinologie.- 1993.-Vol.54, N 4.-P. 232-234.

45. Pinchera A., Aghini-Lombardi F., Antonangeli L., Vitti P. Multinodulargoiter Epidemiology and prevention// Am. Tal. Chir. -1996.-Vol.67, N 3.- P. 317-325.

46. Serna de la Saravia C., Cuellar F., Saravio Day E., Harach H. R. Accuracy of aspiration cytology in thyroid cancer: a study in 1 institution. // Acta Cytol.- 2006.- Vol. 50, N4, P. 384-387

47. Wiersinga W.M., Is repeated fint-needle aspiration cytology indicated in thyroid nodules? // Eur. J. Endocrinol. -1995. –Vol. 132, N 6.- P. 661-662.

48. Yasuda K., Ozaki O., Sugino K et al. Treatment of cystic lesions of the thyroid by ethanol instillation // World. J. Surg.-1992. – Vol. 16, N5.- P. 958-961

49. Yu C.I., Bhat M.K., Cheng S.Y. Thyroid hormone receptor- mediated transcriptional activity is modulated by tumor suppressor p53 // Thyroid.-1996.- Vol. 6, Suppl. 1.-P. 20.

SUMMARY

THE TACTIC OF COMPETENCE OF PATIENTS WITH MULTYNODE EUTHIROID GOITER

F.K. Saidova

The purpose of present review article was to evaluate literature dates about tactic of competence of patients with multynode euthiroid goiter. The author discuss about this problem. There were analised literature information about this problem. There were showed the Russian and other materials.

Дахил олуб: 10.10.2008

BAŞ BOYUN KARSİNOMALARINDA KLİNİK N0 BOYUNA YANAŞMA

A.A. Əliyev
Mərkəzi neftçilər xastəxanası, Bakı

Baş boyun yastı hüceyrəli karsinomalarında (YHK) boyun metastazının müalicəsi xəstələrin proqnozu nöqteyi nəzərindən olduqca əhəmiyyətlidir. Boyunda metastazın olması bu cür xəstələrin proqnozunu 50% pisləşdirir. Klinik olaraq N0 olan xəstələrdə gizli metastaz olma riski hər zaman vardır. Bunun nəzərdən qaçırılması müalicədə uğursuzluğa səbəb ola bilər. Bu cür xəstələrdə boynun radikal müalicəsi (cərrahi və ya radioterapiya ilə) xəstənin proqnozunu artıra bilər. Son zamanlar daha konservativ müalicə metodları eyni proqnozu təmin etmək şərti ilə istifadə olunmağa başlanmışdır. Bu müalicələr sayəsində daha az travmatik müalicə protokolları ortaya çıxmışdır. Məsələn; boyun metastazlarının müalicəsində istifadə olunan radikal boyun diseksiyaları yerini funksional və ya selektiv boyun diseksiyalarına vermişdir. Ancaq optimal müalicə metodları mövcud müalicə protokollarının dəfələrlə muzakirə edilməsi, dəyişdirilməsinə baxmayaraq hələ də dəqiq müəyyən edilməmişdir. İstifadə olunan müalicə protokolları müalicə edən mərkəzin, cərrahın təcrübəsinə, aparılan araşdırmaların nəticəsinə görə daima dəyişməkdədir.

Müalicə protokollarındakı fərqlər klinik N0 boyunlu xəstələrin preoperativ müayinələrindəki fərqlərdən, klinik N0 boyunun müalicəyə ehtiyacı olub-olmamasına yanaşma fərqindən, optimal müalicə metodunun seçilmə fərqindən, mualicənin həcmindən, qarşı tərəf boyuna yanaşma fərqindən və resediv hallarında müalicə taktikasının seçilməsindən ibarətdir. Bütün bunları nəzərə alaraq klinik N0 boyuna yanaşmanı iki qrupda bölmək olar; 1. klinik N0 boyunun diaqnostikasına yanaşma, 2. Klinik N0 boyunun müalicəsinə yanaşma.

Klinik N0 boyuna diaqnostik yanaşma protokolu baş boyun karsinomalarının müalicəsində ən əhəmiyyətli hissələrdən biridir. Sadəcə klinik muayinə, palpasiya ve inspeksiya ilə klinik N0 boyunun dəqiq diaqnostikası çətindir. Bu müayinənin doğruluğu həkimin təcrübəsindən, boyunun fiziki xüsüsiyyətlərindən (boyunu uzunluğu, perimetri), xəstənin habitusundan və daha əvvəl boyuna icra edilmiş mualicələrdən (radioterapiya, tiroidektomiya və.s) asılıdır.

Müasir radioloji tədqiqat metodları klinik təcrübəyə daxil edilmədən əvvəl baş boyun karsinomalarında sadəcə palpasiya istifadə olunurdu. Bu da 30-50% səhv pozitiv, 15-25% səhv negativ nəticələrin alınmasına səbəb olurdu [13]. Bu cür nəticələr həkimləri qane edə bilməzdi və bunun nəticəsində radioloji müayinələrə muraciət olunmağa başlandı.

Cədvəl

Metod	Sensitivlik	Spesifiklik	Doğruluq
USM	84	68	76
MRG	64	69	66
KT	66	74	70
PET	70	82	75

KT, MRG, USM FDG-PET kimi müayinə metodları klinik N0 boyunun vəziyyəti haqqında daha düzgün məlumat verə bilər. Bir çox müəlliflər klinik N0 boyunlu xəstələrin 40-60%'da KT-MRG'nin düzgün nəticə verdiyini bildirirlər [9,14]. Ancaq bu müayinə metodlarının ən böyük mənfi cəhəti 5 mm'dən balaca limfadenopatiyaları, mikrometastazları, metastatik hüceyrə topluları kimi diagnostik vahidləri diaqnostika etmək mümkün deyil. Mikrometastaz və metastatik hüceyrə topluları limfa düyünündə makro dəyişikliklərə səbəb olmadığı üçün KT və MRG metodları ilə diaqnostikaları mümkün deyildir. KT və MRG'də istifadə olunan ən əhəmiyyətli bəd xassəlilik kriteryası olan limfa düyünün ölçüsü aldadıcı ola bilər. Bu kriteriyaya görə 1 cm'dən böyük limfa düyünləri bəd xassəlilik riski olaraq qəbul edilir, ancaq 1 cm-dən kiçik limfa düyünləri də metastaz ola bilər və ya tam əksinə 1 cm-dən böyük limfa düyünlirə reaktiv ola bilərlər.

Stuckensen və b. 106 xəstə üzərində boyun metastazlarını skringi ilə apardığı

araşdırmada PET, USM, KT və MRG nəticərin müqayisə etmişdir. Bu araşdırma nəticəsində ən sensitiv və yüksək doğruluq USM ilə, ən yüksək spesifiklik isə FDG-PET'lə əldə edilmişdir [9,14].

Nəticə olaraq, radioloji metodlar gizli metastazı müəyyən etməkdə nisbətən kömək etsə də, sadəcə bu metodlarla boyunu düzgün qiymətləndirib, düzgün müalicə metodu seçmək mümkün deyil.

USM İLƏ İNCƏ İYNƏ ASPİRASİYA BİOPSİYASI (İİAB). USM-nin diaqnostik giymətinin artırılması məqsədi ilə USM və İİAB kombinasiya edilə bilər. Bu yeni istifadə olunan metod Beker və b. araşdırmasının nəticələrinə görə 76% sensitivlik, 100% spesifiklik göstərir. Ancaq metodun mənfi cəhəti bu işdə təcrübəsi olan radioloq və sitopatoloqa ehtiyacın olmasıdır. USM ilə İİAB icra edərkən sadəcə makrometastazı olan limfa düyünlərindən götürülən nümunənin doğru nəticə verəcəyin unutmamaq lazımdır. Ancaq limfatik metastazlar makro deyil, eyni zamanda mikrometastaz hətta metastatik hüceyrə topluları şəklində də ola bilər. Bu növ metastazlarda metod səhv nəticələr verəcəkdir. Bu səbəbdən USM ilə İİAB'na qərar verərkən USM-də metastaz əlamətləri olan limfa düyünlərini seçmək lazımdır.

Klinik N0 boyunlu xəstələrdə preoperativ skrining metodları lazım olduğu gədər effektiv olmadığı üçün, profilaktik boyun müalicəsi anlayışı ortaya çıxmışdır. Bu müalicə cərrahi və ya radioterapiya şəklində ola bilər. Cərrahi müalicə üsülu profilaktik yəni, klinik olaraq metastazı tapılamayan xəstələrdə gizli metastazın ola biləcəyini düşünərək icra edilən boyun diseksiyası əməliyyatıdır. Bu cərrahi əməlliyyatın həm diaqnostik həm də müalicəvi əhəmiyyəti vardır. Profilaktik boyun diseksiyası sonrası patoloji materialın histopatoloji analizin nəticəsinə görə xəstənin proqnozu müəyyən edilir və sonrakı müalicəsi planlaşdırılır. Digər profilaktik boyun müalicəsi tipi olan profilaktik radioterapiya isə sadəcə müalicə məqsədi daşıyır. Bu müalicə nəticəsində boynun patoloji siniflərdirilməsi və xəstənin proqnozunun müəyyən edilməsi mümkün deyil. Hər iki metodun bəlli bir miqdarda morbiditə və mortalitəsi vardır. Klinik N0 boyuna yanaşmanın digər metodlarından biri də gözlə gör metodudur. Bu metod zaman-zaman istifadə olunsa da ümumiyyətlə ədəbiyyatda az məqbul hesab edilən metoddur. Bu metodu istifadə edən müəlliflərin çoxu bu yanaşmanı çox zaman profilaktik boyun diseksiyalarının nəticəsində patoloji N0 diagnozunun qoyulması ilə əsaslandırırlar. Ancaq unutmaq lazım deyil ki gözlə-gör metodu ilə izlənən xəstələrin bir qısmində sonradan klinik metastaz ortaya çıxır ki, bu da xəstənın proqnozu olduqca pislişdirir [10]. Adətən belə xəstələrdə klinik metastaz N2 və ya N3 mərhələdə diaqnoz edilir ki, bu mərhələdə də metastatik xəstəliyin müalicəsi həm daha çox travmatik, həm də daha az uğurludur [4]. Araşdırmalar gösdərmişdir ki bu xəstələrdə bölgəsəl kontrol 30-50% olmaqdadır [6,15]. Boyun metastazının klinik olaraq ortaya çıxması uzaq metastaz riskini də artırır. Metastatik limfa düyünlərinin üçdən çox olması, və ekstrakapsuliar yayılması, xüsüsən, uzaq metastaz nöqteyi nəzərindən təhlükəlidir.

Memorial Sloan-Kettering xərçəng mərkəzində gözlə-gör taktikası ilə izlənən 47 xəstədə klinik metastaz ortaya çıxdıqdan sonra icra edilmiş boyun diseksiyalarının nəticəsində müəyyən olunmuşdur ki, 23 xəstədə (49%) ektrakapsuliar yayılma mövcuddur. Bu cür xəstələrdə boyun xəstəliyinin nəzərət altına alınması boyun diseksiyasından əlavə digər müalicə metodlarından istifadə olunmasını tələb edir.

Klinik N0 olan xəstələrin izlənməsi zamanı N1 mərhələsində deyil, N2 və ya N3 mərhələsində metastaz diaqnozu qoyulmaqdadır. Anderson və b. araşdırmalarında bu metodla izlənən heç bir xəstədə N1 mərhələdə boyun metastazı aşkar edə bilməmişlər. N2/N3 mərhələdəki xəstələrdə ekstrakapsuliar yayılma müşahidə edilmşdir [4]. Bu da proqnozu olduqca pisləşdirir və müalicənin effektivliyini azaldır.

Profilaktik boyun diseksiyası ilə gözlə-gör metodununun müqayisəsi üçün aparılan bir çox araşdırma vardır. Bunlardan biri 156 T1-T2 tumorlu xəstələrlə aparılmışdır. Profilaktik boyun diseksiyası icra edilən xəstə grupunda 5 illik sağ qalma 55% olduğu halda, gözli-gör metodunda 33% olaraq müəyyən edilmişdir [3]. Bir başqa araşdırma 63 xəstəsi olan grup üzərində aparılmışdır. Bu araşdırmada profilaktik boyun diseksiyası ilə müalicə edilən xəstələrdə lokal residiv 9%'ikən, gözlə-gör metodunda bu göstərici 47% olaraq müəyyən edilmişdir. 5 illik xəstəliksiz yaşama nisbəti boyun diseksiyası grupunda 86%ikən, gözlə-gör

grupunda 55% olaraq müəyyən edilmişdir [8].

Nəticə olaraq, baş boyun karsinommaları yüksək limfatik metastaz vermə potensialına malikdirlər. Bu metastazlar nəticəsində boyunu müalicə edilməyən xəstələrin proqnozu 50% azalmaqdadır. Bu səbəbdən ədəbiyyatda 20-30% və yuxarı boyun metastazı riski daşıyan hər xəstəyə profilaktik boyun diseksiyası məsləhət görülür. Müalicə metodikasının seçilməsi tumorun lokalizasiyasına, histoloji tipinin, diferensiyasının, müalicə edən mərkəzin təcrübəsi görə dəyişir. Klinik N0 xəstələr içərisindən patoloji N0 xəstələrin preoperativ seçilərik müalicə edilməsi daha optimal yanaşma olaraq götürülür.

Son 10 ildə sürətlə inkişaf edən və klinik N0 boyuna yanaşmada özünəməxsus yer tutan metodlardan biri sentinel limfa düyününün biopsiyası metodudur. Sentinel limfa düyününün biopsiyası (SLDB) anlayışı- sentinel limfa düyünü bədənin hər hansı bir yerindən limfanın axaraq drenaj olduğu ilk limfa düyünüdür. Ehtimallara görə xərçəng ilk olaraq sentinel limfa düyününə (SLD) metastaz verir. SLDB bu limfa düyününü məyyənləşdirərək eksizya edib histopatoloji giymətləndirilməsi metodudur. Bu metodda tumor ətrafına radiotraser inyeksiyası icra edilir. Daha sonra limfasintiqrafik görüntü alınır. SLD'nü dəri üzərində işarələnir. Əməliyyat zamanı işarələnmiş SLD'ləri gamma prob istifadə edərək eksizya edib, təcili histoloji analizə göndərilir. Təcili histoloji analizin nəticələrinə görə boyun klassifikasiya edilir və müalicə taktikasi seçilir. Ege universiteti klinikasında bu metodla apardığımız araşdırma nəticəsində metodun negativ prediktiv dəyərini 94.74%, pozitiv prediktiv dəyərini isə 100% olaraq müəyyən etdik. Beləliklə, metodun klinik N0 boyunda hal hazırda ən perspektivli, minimal invaziv boyun klassifakasiya metodu olduğu qənaətinə gəldik [2]. Bizim nəticələr ədəbiyyatdakı araşdırma nəticələrinə uyğun idi [1].

KL□N□K N0 BOYUNA YANAŞMADA YENİLİKLƏR; Klinik N0 boyuna yanaşmada diaqnostik yeniliklər içərisində sentinel limfa düyünü biopsiyasının modifikasiyalarını, radioimmunosintiqrafiyanı, sepermagnetik dekstran örtüklü ferrum oksid kontrastlı MRG-ni göstərmək olar. Bütün bu metodlar hal hazırda təcrübə mərhələsindədir.

SLDB modifikasyaları içərisində karbon boyası ilə MRG və USM ilə SLDB'nı göstərmək olar. USM ilə SLDB-sı konvansional USM və ya dopler USM ilə icra edilir. D M Lurie və b. apardığı araşdırmada baş boyun karsinomu olan 10 itə ultrasonoqrafik kontrast və radiotraser inyeksiya edilmişdir. Daha sonra USM ilə sentinel limfa düyünü tapılaraq İİAB alınmışdır. Aspirat gamma prob istifadə edərək sentinel olduğu təsdiqlənmiş və bundan sonra histoloji müayinəyə göndərilmişdir. Nəticədə 10 itin hamısında aspiratın sentinel limfa düyünündən olduğu təsdiqlənmişdir [7]. Ədəbiyyatda bu cür araşdırmaların nəticələrinə görə metodun sensitivliyi 44-73%, spesifikliyi 100% göstərilmişdir [5]. Metodun mənfi cəhətləri arasında mikrometastazlarda və balaca limfa düyünlərində həm texnik çətinliklər, həm də səhv nəticələr vermək riskinin artmasıdır.

MRG ilə limfanjiografik metod donuzlar üzərində təcrübədən keçirilən və birinci faza araşdırma mərhələsində olan bir metoddur. Bu metodda traser olaraq karbon və Gadomer boyası istifadə edilir. Gadomer MRG üçün kontrast karbon isə sentinel limfa düyünün isbatı üçün histolojik indikator olaraq istifadə olunur. Hər iki maddə birlikdə tumor ətrafina inyeksiya edilir. Bu metodun ilkin nəticələri müsbət olduğu müəyyən edilmişdir/14/.

DEKSTRAN ÖRTÜKLÜ DƏMİR OKSİD SUPERMAGNETİK KONTRASTLI MRG LİMFANJİOQRAFİYA; Bu kontrast maddəni tutan toxumalar T2 sekanslı MRG'də yüksək intensivlikli olaraq görsənməkdədir. Normal limfa düyünləri bu maddəni tutaraq yüksək intensivlikli olaraq müəyyən edilirlər. Metastatik limfa düyünləri isə bu kontrast maddənu tutmur və beləliklə də zəif intensivlikli görsənirlər. Prekontrast və post kontrast çəkilən MRG vasitəsilə daha əvvəl boyanan limfa düyünlərinin sonradan zəif intensivlik göstərməsi metastaz əlaməti olaraq qiymətləndirilir.

SLDB'sından sonra baş boyun karsinomlarında metastaz skriningi məqsədi ilə ortaya çıxan ən əhəmiyyətli konsepsiyalardan biri radioimmunolokalizasiya konsepsiyasıdır. Bu konsepsiyanın ana fəlsəfəsini tumorə spesifik monoklonal antitellərin radiaktiv maddə ilə işarələyib intravenoz inyeksiya sonrası sintiqrafiya ilə metastaz araşdırılması təşkil edir. Bu zaman bu monoklonal antitellər karsinom hüceyrələrini taparaq onlara adqeziya olmaqla və lokal radiaktivlik artmasına səbəb olur. Hələ tam spesifik monoklonal antiteller tapılmaması

nəticəsində tumor hüceyrələri ilə bir yerdə bəzən sağlam epitel hüceyrələrini də ad'eziya olaraq yalançı pozitiv nəticə verə biler. Bu metodun diğər tərəfi diaqnostik məqsədlə istifadə olunması ilə yanaşı müalicə məqsədi ilə də istifadə oluna biləcək bir metod olmasıdır [11]. Nəticə olaraq; yeni metodların klinik istifadəyə girməsi üçün etibarlılıqlarını isbat etmək və ya daha etibarlı modifikasyalarını işləyib hazırlamaq lazımdır. Bunun üçün isə çox mərkəzli araşdırmalara ehtiyac vardır.

Nəticələr: 1.Baş boyun karsinomalarında boyun metastazı proqnozu pisləşdirdiyi üçün mütləq müalicə edilmilədir; 2.Gözlə-gör taktikası klinik N0 boyunda proqnoz nöqteyi nəzərindən risklidir; 3.Klinik N0 boyunda klasik yanaşma olaraq bilinən 20-30% gizli metastaz riski olan xəstələri profilaktik boyun diseksiyası icrası lazım olan qədər səmərəli metod deyil; 4.Radioloji müayinələrlə gizli metastazı müəyyən etmək lazım olan səviyyədə mümkün deyil; 5.Sentinel limfa düyünü biopsiyası klinik N0 boyunda bu gün üçün ən perspektivli yanaşma metodu olaraq görsənməkdədir; 6.Yeni metodların tətbiqi üçün daha geniş araşdırmalara ehtiyaç vardır.

ƏDƏBİYYAT

1. Baş boyun xərçənglərində sentinel limfa düyünü biopsiyasına dair ikinci beynalxalq konferans materialları entyabr.- Surik, 2003
2. Aliyev A. A Baş boyun mukozal kanserlerinde sentinel lenf nodu biopsisi yöntemi ile N0 boyuna yaklaşım: N.e.d……. dis.- 2008, 65 s.
3. Andersen PE, Cambronero E, Shaha AR, Shah JP. The extent of neck disease after regional failure during observation of the N0 neck // Am J Surg., 1996, v.172, p.689–91.
4. Cooper JS, Pajak TF, Forastiere AA, Jacobs J, Campbell BH, Saxman SB, et al. Radiation Therapy Oncology Group 9501/ Intergroup. Postoperative concurrent radiotherapy and chemotherapy for high-risk squamous-cell carcinoma of the head and neck // N Engl J M, 2004, v.350, p.1937–44
5. David M. Lurie, BVSc, Bernard Seguin, DVM, Philip D. Schneider, MD ve ark. Contrast-Assisted ultrasound for sentinel lymph node detection in spontaneously arising head and neck tumors // İnvestigative Radiology, 2006, v. 41, №4
6. Ho CM, Lam KH, Əei ƏI, Lau SK, Lam LK. Occult lymph node metastasis in small oral tongue cancers // Head Neck, 1992, v.14, p.359–63.
7. Gina M. S. Hoəell, BA, Jennifer R. Grandis, MD Moleculer mediators of metastasis in head and neck // Head and Neck, 2005
8. Lydiatt DD, Robbins KT, Byers RM, Əolf PF. Treatment of stage I and II oral tongue cancer // Head Neck, 1993, v.15, p.308–12.
9. Mahmood. F. Mafee, Galdino E. Valvassori, Minerva Becker / İmaging of the Head and Neck. İkinci baskı .-2006, s.788-794
10. Pitman KT, Ferlito A, Devaney KO, Shaha AR, Rinaldo A. Sentinel lymph node biopsy in head and neck cancer // Oral Oncol., 2003, v.39, p.343–9.
11. Pontus K.E. Börjesson, Ernst J. Postema, Remco de Bree ve ark. Radioimmunodetection and radioimmunotherapy of head and neck cancer // Oral Oncology, 2004, v.40, p.761-772
12. Richard Ə. Nason, MD, Mark G. Torchia, PhD, Carmen M. Morales MD ve ark. Dynamic MR lymphangiography and carbon dye for sentinel lymph node detection; a solution for sentinel lymph node biopsy in mucosal head and neck cancer / Head and Neck april.- 2005
13. Som. P. Lymph nodes. Head and Neck imaging.-St Louis.-Mosby-Year Book, 1996, p.772-793
14. Stuckensen T, Kovacs AF, Adams S, Baum RP. Staging of the neck in patients əith oral cavity squamous cell carcinomas: a prospective comparison of PET, ultrasound, CT and MRI // J Maxillofac Surg., 2000, v.28, p.319–324
15. Yuen AP, Əei ƏI, Əong SH. Critical appraisal of əatchful əaiting policy in the management of N0 neck of advanced laryngeal carcinoma // Arch Otolaryngol Head Neck Surg., 1996, v.122, p.742–745

SUMMARY

MENEGMENT OF CL□N□C N0 NECK 'N HEAD AND NECK CARC□NOMAS

A.A.Aliyev

Prognosis of the head neck carcinoma metastasis is getting worse. That why it is important to chose right diagnosis and treatment tactics for these patients. There are a lot of studies and options in modern medical literatures. In this article we discuss the results of these investigations.

Дахил олуб: 10.10.2008

HAMİLƏLİYİN POZULMA TƏHLÜKƏSİ ZAMANI CİFT ÇATIŞMAMAZLIĞININ KOMPLEKS TERAPİYASININ ƏSASLANDIRILMASI

N.M.Kamilova, V.Ə.Əhməd-zadə, N.Ə.Abdullayeva, L.M.Əhmədova
Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Son illər aparılmış çoxsaylı tədqiqatlar nəticəsində ciftin «ana-cift-döl» bioloji sisstemində təsdiqlənmiş aparıcı rolu, onun ana və döl orqanizminin mübadilə proseslərinin inteqrasiyasında iştirakı tədqiqatçıların bu orqanın fiziologiya və patologiyasına marağını artırır. Citin fiziologiyası haqda kifayət qədər məlumat olmasına baxmayaraq, son on illiklər ərzində ciftin quruluşu və funksiyaları haqda təsəvvürlər xeyli dəyişib. Bu problem müxtəlif elmi işlərdə əks etdirilib. Ciftin vəziyyətinin qiymətləndirilməsi üçün morfoloji, hormonal və ultrasəs kriteriləri tədqiq olunub, elmi və praktiki mamalığa «cift çatışmazlığının semiotikası» anlayışı yeridilib. Lakin uyğunlaşma-homeostatik proseslərinin mexanizmi lazımi qədər öyrənilməyib.

Patoloji hamiləlik və ekstragenital xəstəliklər zamanı ciftin strukturu və funksiyaları pozulur, cift çatışmazlığı sindromu yaranır. Fetoplasentar çatışmazlıq (FPÇ) perinatal ölüm strukturunda 20%-dən artıq təşkil edir. FPÇ praktiki olaraq bütün hamiləlik fəsadlarını müşayyət edir. Ədəbiyyət mənbələrinə görə, hamiləliyin sona çatdırılmaması zamanı bu patologiyanın tezliyi 50-77%, hestozlar zamanı-33%, ekstragenital patologiya zamanı – 24-45% təşkil edir [1,2,3,10].

Plasentar çatışmazlığın (PÇ) diaqnostikası dölün inkişaf ləngiməsi sindromunun əlamətləri xroniki və kəskin hipoksiya əsasında aparılır. PÇ-in əsas əlamətləri dölün biometriyasının ultrasəs kriteriləri sayılır, xronik qonadotropinin və plasentar qonadotropinin təyini də mühüm əhəmiyyət kəsb edir [5,6,7,8,17,22,23].

FPÇ birincili və ikincili olur. Perinatal ölüm və xəstələnmə tibbi yardım səviyyəsinin əsas göstəricilərindən biridir. Son 20-30 il ərzində perinatal ölüm (PÖ) və perinatal xəstələnmə (PX) inkişaf etmiş ölkələrdə 4-7 dəfə və 12-16% müvafiq olaraq azalıb [1,16,18,19].

RÖ və RX azaldılması məqsədilə dölün sağlamlığının antenatal mühafizəsinə çoxsaylı tədqiqatlar həsr olunub. Təcrübəyə yeni texnologiyalar, yeni dərmanlar tədbiq olunur, dölün və yenidoğulmuşun kritik vəziyyətlərinin invensiv terapiyası inkişaf edir [4,12,14,15].

Perinatal patologiyanın kompleks terapiyasının əsasını uşaqlıq-cift qan dövranın yaxşılaşdırılmasına yönəldilmiş tədbirlər təşkil edir.

Daha çox yayılmış müalijə üsulları ümumigigiyenik qeyri- medikamentoz və medikamentoz vasitələrin tədbiqindən ibarətdir.

Hamiləliyin idarə olunma taktikası patologiyanın etiopatogenetik mexanizmlərindən, ağırlıq dərəjəsindən, fəsadlardan, dölün vəziyyətindən asılıdır [9,11,13,19,20,21].

Cift çatışmazlığının müalicəsi zamanı damargenişləndirici və spazmolitik vasitələr istifadə olunur. Damardaxilinə eufillinin yeridilməsi daha geniş yayılıb. Periferik damarların müqavimətini azaldaraq, ürək yığılmalarını stimullaşdıraraq, eufillin anada qan dövranını yaxşılaşdırır və uşaqlıq-cift qan axını yaxşılaşdırır. Preparat miokard funksiyasını stimullaşdırır və əzələ toxumasında və MSS-də mübadilə proseslərinin güclü stimulyatorudur.

Hamiləlik zamanı eufillin damardaxilinə damcı ilə 10 ml 2,4% dozasında yeridilir. Teofillinin 200 mq dozasında yeridilməsi uşaqlıqda qan axını 15-20 dəqiqə ərzində artırır. Daha davamlı effekt teofillinin 5% qlükoza məhlulu ilə birgə yeridilməsi zamanı əldə edilir. Teofillini həb şəklində də 0,1-0,2 gündə 3-4 dəfə təyin etmək olar. Doğuşun I dövründə eufillin və teofillin damar daxilinə 20 ml 40% qlükoza məhlulu ilə yeridilir.

Dölün müalicəsi üçün komplamın geniş istifadə olunur- teofillinin və nikotin turşusunun xüsusiyyətlərini cəmləşdirir – periferik kollateral qan dövranını yaxşılaşdırır, ürək fəaliyyətinə müsbət təsir göstərir, beyin qan dövranın yaxşılaşdırır, bununla da uşaqlıq – cift qan axınını gücləndirir. Uzun müddət (6 həftəyə qədər) 0,15q sutkada 3-4 dəfə yemək zamanı və ya əzələ daxilinə 15%-2ml gündə 1-2 dəfə təyin olunur.

Əsas qrupda ATF-in natrium duzu 20-40 ml əzələ daxilinə yeridilməsi geniş istifadə

olunmuşdur – dölün qanını oksigenlə zənginləşdirir, uşaqlıq damarlarını genişləndirir.

Uşaqlıq – cift qan axınını yaxşılaşdıran vasitələrə b-simptomimetiklər aiddir. Onlar katexolaminlər qrupuna aiddir, adrenalinin kimyəvi törəmələridir. Klinikada partusisten, salbutamol, alupent, ritodrin, dilatol və s. istifadə olunur.

Bu preparatların farmakodinamikası yeridilmə üsulundan asılıdır, maksimal effekt damardaxili yeridilmə zamanı əldə edilir.

Ritodrin 25 mq 5% qlükoza məhlulunun 250 ml-də ilk 10 dəq 0,05 mq 1 dəq, sürətilə dammar daxilinə damcı ilə yeridilir, sonra doza 0,15 mq 1 dəq-dək artırılır. Əzələ daxili və peros qəbulu zamanı birdəfəlik doza 10 mq təşkil edir. Preparatların kiçik dozaları yüksək diastolik təzyiq zamanı uşaqlıq qan axınını yaxşılaşdırır, orta və yüksək dozaları aşağı diastolik təzyiq zamanı. Müalicə müddəti 14-80 gün təşkil edir. Preparat uşaqlıq – cift çatışmazlığı zamanı efektivdir. Onun təsiri nəticəsində dölün sürətli böyüməsi baş verir.

B-mimetiklər arasında ritodrin uşaqlıq-cift sirkulyasiyasına ən sabit təsir göstərən preparatdır. İzoksuprin uşaqlıq-cift çatışmazlığın müalicəsi. Zamanı müsbət effekt verir. Damardaxili yeridilmə zamanı 0,40-50 mq 5% qlükozanın 500 ml-də dəqiqədə 10-30 damcı sürətilə təyin edilir. Əzələdaxili 10 mq-dan hər 3 saatdan bir, peros-20-30mq sutkada 2-3 dəfə təyin edilir.

Patrusisten (alupent) damardaxili yeridilmə zamanı 0,5 mq 5% qlükoza məhlulunun 400-500 ml-də dəqiqədə 10-30 damcı sürəti ilə, əzələdaxili 0,5 mq-dan 4-6 dəfə, peros-5mq-dan sutkada 4-6 dəfə təyin edilir.

Müalicə zamanı arzuolunmaz halların mümkünlüyünü nəzərə alaraq – taxikardiya, hipotoniya, barmaqların tremoru, üşütmə, ürəkbulanma və qusma, baş ağrıcı, oyanıqlıq – b-mimetiklərin istifadəsi ciddi nəzarət tələb edir. Belə hallar əsas qrupun 17% hamilələrində qeyd olunub. Hamilələrdə bu preparatların damardaxili yeridilməsi zamanı nəbz 100-dək və daha çox artır, AT 10-25% enir, periferik damar müqaviməti 30-50% enir, EKQ-da dəyişikliklər mümkündür. b-mimetiklərin diuretiklərlə birgə təyini məsləhət deyil.

Tokolizin icra olunmasının şərtlərindən biri qadının böyrü üstə vəziyyətidir; bu zaman hipotenziv sindromun qarşısı alınmış olur. Əvvəlcə 20 ml 40% qlükoza məhlulunun və ya reopoliglükinin yeridilməsi tövsiyyə olunur (yan effektlərin azaldılması üçün) [2,4,5,7,20].

B-mimetiklərin təyini üçün əksgöstərişlər: hamiləlik zamanı qanaxma, ciftin inkişaf anomaliyaları və ya normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl soyulması. Somatik əksgöstərişlər: ürək-damar xəstəlikləri, şəkərli diabet, tireotoksikoz, qanın laxtalanma sisteminin pozulması.

Uşaqlıq-cift qan dövranın yaxşılaşdırılması məqsədilə vazoaktiv preparatlar geniş istifadə olunur-damarları genişləndirir, periferik müqaviməti azaldır, ürəyin sistolik və diastolik həjmlərini artırır, kollateral qan dövranın sürətləndirir. Mikrosirkulyasiyanın yaxşılaşması qanın reoloji xüsusiyyətlərinin dəyişməsi ilə əlaqədardır qanın qatılığı azalır, eritrositlərin elastikliyi artır, trombositlər dezaqreqasiya edir.

Ciftin gemodinamikasının pozulmasında reokoaqulyasion pozuntulara mühüm rol verilir. Bu məqsədlə aşağımolekullu dekstranlardan (reopoliqlükin, reomakrodeks, dekstran və s.) istifadə olunur.

Reopoliqlükin mikrosirkulyasiyaya spesifik təsir göstərir: güclü antikoaqulyantdır, kapilyarda qan axınını bərpa edir, hemodilysiya nəticəsində qanın qatılığını azaldır, damarların ümumi periferik müqavimətini azaldır.

Reopoliqlükin infuziyasının təsiri altında ciftdə qan axını əhəmiyyətli dərəcədə yüksəlir, bir qədər az – MSS-də və ürək əzələsində.

Adətən reopololiglükinnin 10% məhlulu 400-500 ml miqdarda damar daxilinə damjı ilə yeridilir. Cift çatışmazlığının dərəcəsindən asılı olaraq köçürmələr hər gün və ya həftədə 2-3 dəfə digər preparatlarla birlikdə aparılır. Daha yaxşı effekt reopoliglükinnin heparinlə birgə istifadəsi zamanı əldə edilir. Heparin əvvəl sistemə 10000 V əlavə edilir, sonra isə əzələdaxili 5000 V-dən hər 6 saatdan bir yeridilir.

Cift-uşaqlıq qan axınının yaxşılaşdırılması üçün kurantil (dipiridamol) istifadə olunur. Preparat venoz damarların müqavimətini azaldır, miokardin qan və oksigenlə təminini yaxşılaşdırır, miolkardin hipoksiyaya qarşı tolerantlığını artırır, periferik müdaviməti azaldır,

beyin qan dövranınnı artırır. Bundan əlavə, kurantil ciftdən keçərək, dölə müsbət təsir göstərir. Preparatın əsas xüsusiyyətlərindən birieritrositlərin və trombositlərin aqreqasiyasını tormozlayır. Bu preparat ambulator şəraitdə əsas qrupun 148 hamiləsində istifadə olunub.

Uşaqlıq-cift qan dövranının yaxşılaşdırılmasına yönəlmiş müalicə ciftdə metabolizm və qaz mübadiləsinə də müsbət təsir göstərir.

Vitaminlərdən ciftin tənəffüs və metabolik funksiyasının yaxşılaşdırılması üçün C, E və B qrupunun vitaminləri göstərişdir.

Askorbin turşusu (vit C) orqanizmin fəaliyyətində mühüm rol oynayır: turşulaşma – bərpa proseslərinin, karbohidrat mübadiləsinin tənsimlənməsində, toxumaların bərpasında, steroid hormonlarının sistemində iştirak edir. Daxilə 0,3 q gündə 3 dəfə və ya damardaxili 5% məhlul 1 ml-dən 10-14 gün ərzində təyin edilir.

Fol turşusu B qrup vitaminlər kompleksinin bir hissəsidir, B12 vitamini ilə birlikdə eritropoezi stimullaşdırır, amin turşularının sintezini artırır. Daxilə 0,001 q sutkada 3-4 dəfə 10-14 günlük kurslarla (10 gün ara verərək) təyin edilir. Kalsi pantotenat (vit B5) karbohidrat və yağ mübadiləsində iştirak edir: koferment A tərkibinə daxildir; daxilə 0,1-0,2 q sutkada 3 dəfə təyin edilir.

Peridoksinin (vit B6) maddələr mübadiləsində müvafiq yeri var - mərkəzi və periferik sinir sisteminin normal funksiyası üçün, əsas amin turşularının və yağların metabolizmi üçün vacibdir. Əzələdaxili inyeksiyalar şəklində – 1 ml 5% məhlunlu 10-14 gün ərzində hər gün ya bir gündən bir – istifadə olunur.

Sianokobaloamin (Vit B12) yüksək bioloci aktivliyə malikdir, normal qan yaranmanın, eritrositlərin yetişməsinin, karbohidrat və yağ mübadiləsinin inkişafında rol oynayır 1 ml 0,01% məhlulu əzələ daxilinə bir göndən bir təyin olunur. Tokoferol asetat (vit E) ciftin funksiyasını və bütövlükdə fetoplasentar kompleksin funksiyasını yaxşılaşdırır (hamiləliyin son 3-4 ayında tövsiyyə olunmur). Daxilə və ya əzələ daxilinə yağ məhlulu şəklində 100-150 mq sutkada 5-7 gün ərzində təyin edilir. Biz «Maqne B6», «Osteokea»,, «Preqnakea» vitamin-komplekslərindən gündə 1 kapsuldan 1 ay ərzində 2-3 kurs istifadə etmişik.

Ciftin metabolik funksiyasının yaxşılaşdırılması məqsədilə qeyri steroid anabolik preparatlar istifadə olunur. Bunlara kaliorotat və inozin aiddir – zulal molekullarının sintezində iştirak edirlər və zulal mübadiləsinin stimulyatorlarıdırlar. Kali orotat dölün hipotrofiyası zamanı yaxşı effekt göstərir. Həb şəklində 0,5q sutkada 3 dəfə (yeməkdən əvvəl) 2 həftə ərzində kurslarla təyin edilir. Qeyd etmək lazımdır ki, göstərilmiş preparatlar ciftin hemosirkulyasını yaxşılaşdıran preparatlarla birlikdə uzun müddət (4 həftədən az olmayaraq) istifadə olunmalıdır

Beləliklə, perinatal patologiyanın profilaktikası aşağıdakılardan ibarətdir:

- hamiləliyin doğuşun və zahılıq dövrünün fəsadlarının profilaktikası və erkən aşkarlanması üçün «risk qrupları»na aid qadınların seçilməsi: perinatal patologiya, müxtəlif etiologiyalı adəti uşaqsalma, anti-fosfolipid sidrom, cift çatışmazlığı, qan xəstəlikləri və s;
- hospitalizasiyaya ehtiyacı olan hamilələrin aşkar edilməsi;
- hamilələrin doğuşa fiziki və psixoprofilaktik hazırlanması;
- evdə tibbi yardımın göstərilməsi;
- hamilələrin və doğan qadınların patronacı;
- hamilələrin müayinə işində qadın məsləhətxanaları və digər müalijə-profilaktika müəssisələri arasında əlaqənin təmin edilməsi;
- praktiki neonatologiyaya 3 qrup yenidoğulmuşların seçilməsini yeritmək: şərti sağlam yenidoğulmuşlar qruppu, təcili yardıma ehtiyacı olan yenidoğulmuşlar qrupu, mualicə və reabilitasiyaya ehtiyacı olan xəstə yenidoğulmuşlar qrupu.

I-ci mərhələdə sas qrupun hamilələri qadın məsləhətxanası şəraitində müalicə alırdılar: 1.Damar daxilinə 40% 20 ml qlükozanın 0,06% 0,5 ml strofantinlə birlikdə hər gün və ya bir gündən bir yeridilməsi (10 infeksiya); 2.Əzələ daxilinə 50-100 mq kokarboksilaza hər gün 10-14 gün ərzində; 3.0,15 q eufillin gündə 2 dəfə peros və 0,2 q şam şəklində gecələr 14 gün ərzində; 4.Kali orotat 0,5 q və ya riboksin 0,2 q gündə 3 dəfə, osteokea 1 çay qaşığı gündə 2 dəfə, kalsi-D3-nikomed 500 mq gündə 2-3 dəfə; 5.Metionin 1-2 tab gündə 3 dəfə; 6.Ferropleks, ferroqlobin B12 konferon 1 tab gündə 3 dəfə; 7.Askorutin 0,005 q gündə 3 dəfə; 8.Yod defisiti zamanı Yodid-100 istifadə olunub; 9. 3-cü trimestrdə xarici cinsiyyət

uzvlərinin iltihabi xəstəlikləri zamanı gino-travogen istifadə olunub.

Stasionarda hamilələrin müalicə sxemi:1. Hamiləliyin əsas patologiyasının müalicəsi; 2. Oksigenlə müalicə: gündə 2 dəfə 30-60 dəq ərzində nəmlənmiş 60% oksigen-hava qarışıq ilə nəfəs alma; 3 Energi mübadiləsinə təsiredən preparatlar: fol turşusu 0,002 q gündə 3 dəfə; qlütamin türşüsü 1 q gündə 3 dəfə və ya metionin 0,25-0,5 q gündə 3 dəfə; qalaskorbin 0,3 q gündə 3 dəfə; ferropleks 2 draje gündə 3 dəfə; kokarboksilaza 100 mq əzələ daxilinə; 4. Reopoliqlükinin 400-500 ml 10% məhlulu damar daxilinə damcı üsulu ilə hər gün və ya həftədə 2-3 dəfə; 5. Nativ plazma 150 ml damar daxilinə – qanda zulal azlığı zamanı. Yüksək dozalarda qlükoza yeridildikdə insulindən (1 V qlükozanın quru maddəsinin 4 q-na) istifadə olunur.

Anadangəlmə və irsi patologiyalı uşaqların doğulması üzrə yüksək risk qrupuna aid qadınların müayinəsinə kompleks yanaşma – tibbi-genetik məsləhətləşmə, valideyinlərin kariotipləşdirilməsi, zərdab markerlərinin müayinəsi, transvaginal exoqrafiya, invaziv prenatal prosedurlar – dölün patologiyasının erkən diaqnostikasına, natamam uşaqların doğulmasının qarşını almaq məqsədilə hamiləliyin vaxtında süni pozmağa imkan yaradır.

Ultrasəs monitorinqi hamiləliyin hestozlar vaxtından qabaq doğuşlar və dölün bətndaxili inkişafının ləngiməsi kimi fəsadlarını I trimestrdən başlayaraq proqnozlaşdırmağa, onların erkən profilaktikasını və müalicəsini aparmağa imkan yaradaraq perinatal xəstələnmənin və ölümün azaldılmasına zəmin yaradır.

PERİNATAL PATOLOGİALI QADINLARIN DOĞUŞA HAZIRLANMA PROQRAMMI

1. Tam klinik müayinə
2. Aparılmış müayinələrin nəticələrindən asılı olaraq individual müalicənin seçilməsi.
3. Ümumimöhkəmləndirici tədbirlər əmək və istirahət rejimi, yuxu, zulallarla, dəmirlə və mikroelementlərlə zəngin pəhriz, vitamin terapiyası.

20-24 HƏFTƏLƏR

1. Fetoplasentar kompleksə doplerometrik nəzarət
2. Fetoplasentar çatışmazlığın profilaktik müalicə kursu.
3. Perinatal patologiyanın diaqnostikası: feto-və plasentometriya ilə birlikdə exoqrafiya, doplerometriya, biokimyəvi və hormonal müayinələr.
4. Korrektəedici müalicə

32-36 HƏFTƏLƏR

1. FPÇ-in profilaktik müalicə kursu
2. Anada və döldə yaranmış hamilələk fəsadlarının korreksiyası
3. Perinatologiyanın müasir prinsipləri nəzərindən dölün vəziyyətinin kompleks qiymətləndirilməsi (doğuşa başaçatdırma üsulunun seçilməsi üçün)

Fetoplasentar kompleksin strukturlarında qan axınının ifadə olunmuş pozulma əlamətləri, anada fəsadlar (hestoz və s) və perinatal patologiya əlamətləri zamanı – dölün maraqlarına keysəriyyə kəsiyi əməliyyatı	Ana və dölün normal vəziyəti, FPK-in kompleks müayinəsi zamanı dəyişikliklərin olmaması – doğuş təbii yolla aparılır.

Yuxarıdakıları yekunlaşdıraraq, aşağıdakı nəticələrə gəlmək olar:

1. Hamiləliyin vaxtından qabaq pozulmasının kliniki simptomlarından əvvəl yaranan anna-cift-döl sistemində hemostaz pozulması bu patologiya zamanı klinikadan önjə gələn periodun olduğunu vurğulayır;

2. Korrektəedici terapiya orqanizmin ümumi və ziyyətinin, maddələr mübadiləsinin yaxşılaşdırılmasına yönələn tədbirlərdən ibarətdir;

3. Perinatal patologiya üzrə risk qrupuna aid olan qadınlarda korrektəedici terapiyanın rasional istifadəsi, döl-cift kompleksinin kompensator reaksiyalarının artırılmasına yönəlmiş müalijə vasitələrinin istifadəsi nəyinki perinatal patologiya tezliyinin, həm də doğuşayardım xidmətinin işini xarakterizə edən əsas göstərici-perinatal ölümün-dürüst azalmasına zəmin yaradır.

ƏDƏBİYYAT

1. Анастасьева В.Г. Морфофункциональные нарушения фето-плацентарного комплекса при плацентарной недостаточности. - Новосибирск, 1997.

2. Аржанова О.Н., Кошелева Н.Г., Ковалева Т.Г., Громыко Г.Л., Тышкевич О.В. Плацентарная недостаточность: диагностика и лечение. Учебное пособие.- СПб: Из-во нормед, 2000
3. Афанасьева Н.В., Стрижаков А.Н. Исходы беременности и родов при фетоплацентарной недостаточности различной степени тяжести // Вопросы гинекологии, акуш. и перинат., 2007, Т.3, № 2
4. Бычков В.И., Образцова Е.Е., Шамарин С.В. Диагностика и лечение хронической фетоплацентарной недостаточности // Акушерство и гинекология, 1999, № 6.
5. Кузнецова И.В. Заместительная гормональная терапия // Consilium medicum , 2005, №9
6. Бурлев В. А. Свободно-радикальное окисление в системе мать--плацента--плод при акушерской патологии: Автореф. дис.... д-ра мед. наук.- М., 1992
7. Бычков В.И., Образцова Е.Е., Шамарин С.В. Диагностика и лечение хронической фетоплацентарной недостаточности // Акушерство и гинекология, 1999, №6.
8. Возовик А.В. Коррекция фетоплацентарной недостаточности у беременных с нетоксическим узловым зобом / Материалы V Российского Форума «Мать и Дитя». – М.,2003.
9. Кошелева Н.Г., Аржанова О.Н., Громыко Г.Л. и соавт. Новые подходы к лечению угрожающих преждевременных родов //Вестник Российской ассоциации акушеров гинекологов, 1996, №1.
10. Макаров И. О., Сидорова И. С. Современный взгляд на патогенез фетоплацентарной недостаточности // Матер.YII Рос. форума “Мать и дитя”. -М., 2005, с.134
11. Михайлов И.Б., Ярославский В.К. Основы фармакотерапии в акушерстве и гинекологии.- М.: Фолиант, 2001, с. 126–135
12. Мусаев З.М., Стрижаков А.Н., Наумчик Б.Н. Оценка эффективности лекарственной терапии синдрома задержки развития плода / Материалы III Рос. форума "Мать и дитя". - М., 2001, с. 15–16 Омаров Н.С.-М. Лактационная функция у родильниц с гестозом и железодефицитной анемией. Автореф. дисс. … докт. мед. наук.- Махачкала, 2000
13. Орджоникидзе Н. В., Клименко П. А., Дживигелова Г. Д. и др. Новое в лечении беременных с синдромом задержки развития плода // Акушерство и гинекология, 1996, № 3.
14. Павлович Л.Л. Патогенетическое обоснование применения w-3-полиненасыщенных жирных кислот при осложненном течении беременности // Акушерство и гинекология, 1998, № 1
15. Паращук Ю. С., Грищенко О. В., Лахно И. В., Шевченко О. И. Фетоплацентарная недостаточность. Учебное пособие.- Харьков: ХГМУ, 1999
16. Радзинский В.Е., Смалько П.Я. Биохимия плацентарной недостаточности. - М: Издательство Российского университета дружбы народов, 2001.
17. Серов В. Н. Плацентарная недостаточность / Трудн. Пац., 2005, Т.3, № 2, с. 18-19
18. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности.- М.: Триада-Х, 2002, с. 179–94. Сидельникова В.М., Кирющенков П.А., Ходжаева З.С., Слуцкина Т.В. Патогенетическое обоснование использования курантила в акушерстве // Акуш. и гинекол., 1999, №5, с.52–54.
19. Сидельникова В.М. Актуальные проблемы невынашивания беременности.- М.,1999
20. Тютюнник В. Л., Бурлев В. А., Зайдиева З. С. Морфофункциональное состояние системы мать--плацента--плод при плацентарной недостаточности и инфекции // Акушерство и гинекология., 2003, № 6
21. Федорова М.В. Плацентарная недостаточность. // Акушерство и гинекология, 1997

SUMMARY

THE BASING OF COMPLEX THERAPY ON PHETO- PLACENTAR INCOMPETENCE DURING DANGER OF VIOLATION OF PREGNANCY

K.M.Kamilova, V.A.Ahmedzade, N.A.Abdullayeva, L.M. Ahmedova

The purpose of present review article was to evaluate literature dates about the the basing of complex therapy on pheto- placentar incompetence during danger of violation of pregnancy/ The author discuss about this problem. There were analised literature information about this problem. There were showed the Russian and other materials.

Дахил олуб: 20.10.2008

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОК С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА.

Ф.Р.Гаджиева

Научно-Исследовательский Институт Акушерства и Гинекологии, г. Баку

Проблема невынашивания беременности находится в центре внимания современной

науки о репродукции человека. Частота невынашивания беременности составляет 10-25% общего числа беременностей, и этот показатель довольно стабилен, несмотря на использование разнообразных комплексных методов диагностики. Среди многочисленных факторов, приводящих к невынашиванию беременности, на сегодняшний день лидирующее место занимают инфекции, в том числе передаваемые половым путем. Часто инфекционные заболевания во время беременности бывают вызваны различными ассоциациями микроорганизмов и их течение может быть атипичным, что в первую очередь связано с развитием естественного иммунодефицитного состояния женщины [1,3].

Таблица 1
Нормативные показатели субпопуляций лимфоцитов в периферической крови (лаб. иммунологии НЦ АГ и П РАМН)

Популяция клеток	Дифференцировочный антиген	Нормативные параметры количества лимфоцитов в периферической крови	
		Относительное, %	Абсолютное х 10°/ л
Зрелые клетки	СРЗ+	70,3±3,5	1,3±0,07
Т-хелперы/ Индукторы	С04+	42,4±1,0	0,9±0,05
Т-супрессоры/	С08+	28,2±2,8	0,5±0,02
	Сй4+/ СЭ8+	1.7+0,1	—
Естественные киллеры (N4)	С016+	10,6+1,7	0,2±0,02
В-клетки	CD19+	5,5±0,3	0,22+0,01
	СР56+	3,9±0,7	
	CD56-CP16+	8,8+1,5	
	CD56+CD16-	2,2+0,4	
	CD56+CD16+	1,7±0,3	
	CD5+CD19-	58,3±3,5	
	CD5-CD19+	2,2±0,2	
	CD5+CD19+	2,5±0,2	

Лечение антибиотиками, некоторые физиотерапевтические процедуры ведут к снижению показателей клеточного и гуморального иммунитета. Период восстановления показателей иммунитета до исходного уровня различный от 3 до 6 месяцев, поэтому иммунологические исследования необходимо проводить до начала терапии [1,2,5].

Если снижены все параметры иммунитета, то лечение антибактериальными средствами необходимо сочетать с иммуномодулирующими средствами. Рекомендовать беременность можно только после того, как показатели клеточного и гуморального иммунитета будут восстановлены, так как адекватная иммунная реакция организма необходима для нормального течения беременности.

Тестами иммунологического обследования пациенток с привычным невынашиванием беременности инфекционного генеза являются [1,7,8]:

1. Иммунофенотипирование.

Иммунофенотипирование субпопуляций состава лимфоцитов периферической крови позволяет выявить отклонения от нормы и особенно оценить уровень активированных клеток, которые ответственны за продукцию провоспалительных цитокинов и аутоантител.

2. Определение антител.

Различают 5 классов антител: IgM — первыми появляются в ответ на антигенную стимуляцию и эффективны в связывании и агглютинации микроорганизмов (антигенов). Они имеют более крупную молекулу чем другие иммуноглобулины и не проникают через плаценту к плоду.

IgG — антитела, при иммунном ответе появляются вслед за IgM, проникают во

внесосудистые пространства и через плаценту проникают к плоду.

IgA — основные антитела, содержащиеся в секретах в кишечнике, легких, моче. Основная их функция — предотвратить проникновение антигенов с поверхности в ткани.

IgE — в норме составляют менее 1/10000 всех сывороточных иммуноглобулинов, но при аллергии его содержание многократно увеличивается (более чем в 30 раз), а содержание специфических IgE более чем в 100 раз.

IgD — действуют на поверхности В-клеток, выполняя регуляторную функцию.

Определение иммуноглобулинов трех основных классов (A,M,G) необходимо при оценке иммунного статуса. Повышение уровня IgM наблюдается при первичной инфекции или при обострении персистентной вирусной инфекции. Низкий уровень IgA является основанием для отказа от использования иммуноглобулина в процессе лечения, так как возможны анафилактические осложнения. Наибольшее значение в акушерской практике имеет определение специфических антител к вирусным, паразитарным инфекциям [3,4,5,6]

Наличие иммуноглобулинов класса IgG, специфичных к ВПГ, ЦМВ, токсоплазме означает, что пациентка встречалась в прошлом с этими антигенами и у нее есть иммунитет, и при активации ВПГ и/или ЦМВ плод страдать тяжело не будет, а при наличии антител класса IgD к токсоплазме плод вообще болеть не будет этим заболеванием [3,5,6].

Наличие специфических IgM при отсутствии IgG означает, что имеет место первичное заражение. При наличии одновременно специфических IgM и IgG антител чаще всего имеет место обострение хронической вирусной инфекции. Возможно, что обострения нет, а есть длительная персистенция IgM антител [1,3].

Особое внимание следует уделять пациенткам у которых нет антител к таким инфекциям, которые при первичном заражении во время беременности могут вызвать тяжелое поражение плода — ВПГ, ЦМВ, токсоплазмоз, краснуха. Эти пациентки называются серонегативными. При контакте с инфекционным агентом впервые происходит инфицирование и соответственно выработка антител. Сначала появляются антитела класса IgM, происходит так называемая конверсия и пациентка из серонегативной становится серопозитивной по конкретной инфекции. В этом случае если инфекция вызывает пороки развития плода, чаще всего приходится беременность прерывать, а не сохранять, особенно если конверсия наблюдалась в I триместре [6].

Поэтому при определении вирусоносительства одновременно следует определить наличие и класс специфических антител.

3. Оценка интерферонового статуса представляется чрезвычайно важным моментом обследования [6].

Таблица 2

Нормативные параметры оценки интерферонового статуса в Е/мл (по данным лаборатории иммунологии НЦ АГ и П РАМН) [3,5]

Показатели ИФН статуса	Нормативные параметры у здоровых женщин репродуктивного возраста Е/мл
Сывороточный интерферон	4,4+0,28
Спонтанная ИФН реакция лейкоцитов	4,2+0,03
Продукция лейкоцитами ИФНγ при индукции ВБН Продукция лимфоцитами	73,6±8,95
ИФНγ при индукции ФГА КонА СЭА	24±3,5 22,5±3,1 24,5±3,2
Ответ на индукторы интерферона « и рИФН γ ИФН	64-256 16-64

Интерфероны — группа белков, продуцируемых в ответ на вирусную инфекцию, а также под влиянием липолисахарина и др., продуцируются макрофагами ИФН-α, фибробластами ИФН-β" и Т-клетками (Тп-1 хелперами) ИФН-γ. Интерфероны стимулируют клетки к выделению белков, блокирующих транскрипцию информационной РНК вируса.

Интерфероны более видоспецифичны, чем другие цитокины.

Высокий уровень интерферона в сыворотке нарушает нормальное развитие плацентации, ограничивая инвазию трофобласта и оказывая на эмбрион прямое токсического действие. Проводится оценка сывороточного интерферона, спонтанная ИФН реакция лейкоцитов, продукция лейкоцитами ИФН-α при индукции вирусом болезни Ньюкастла (ВБН), продукция α и γ ИФН на иммуномодуляторы для подбора наиболее эффективных индукторов для конкретной больной (нео-вир, полиоксидоний, циклоферон, ридостин, лорифан, имунофан, деринат, те-мурит); продукция лимфоцитами ИФН-γ при индукции фитогемагглютинином (ФГА) конквалином (КонА), стафилококковым энтеротоксином (СЭА).

Дисбаланс системы интерферонов имеется практически у всех женщин с привычным невынашиванием инфекционного генеза, особенно при хронической вирусной инфекции. Этот дисбаланс выражается резким повышением сывороточного интерферона или резком снижении продукции всех типов интерферона клетками крови в ответ на различные индукторы.

4. Определение уровней провоспалительных и регуляторных цитокинов проводится иммуноферментным анализом в сыворотке крови, слизи и клетках цервикального канала, супернатантах in vitro активированных лимфоцитов[4,6,7].

В настоящее время известно более 30 цитокинов. Традиционно, исходя из биологических эффектов, принято разделять: интерлейкины — регуляторные факторы лейкоцитов (их изучено 17); интерфероны — цитокины с преимущественно противовирусной активностью; факторы некроза опухоли, оказывающие иммунорегуляторное и прямое цитотоксическое действие; колониестимулирующие факторы — гемопоэтические цитокины; хемокины; факторы роста.

Цитокины различаются по строению, биологической активности, происхождению, однако обладают рядом сходных признаков, характерных для этого класса биорегуляторных молекул.

Для функционирования системы цитокинов в норме характерны: индивидуальный характер образования и рецепция цитокинов; каскадный механизм действия; локальность функционирования; избыточность; взаимосвязанность и взаимодействие компонентов. В норме цитокины, образуемые при первичном иммунном ответе, практически не поступают в кровоток, не оказывают системных эффектов, т.е. имеет место локальный характер их действия [4,6,7].

Определение в периферической крови высоких уровней цитокинов всегда свидетельствует о нарушении принципа локальности функционирования цитокиновой сети, что наблюдается при интенсивных, длительно текущих воспалительных, аутоиммунных заболеваниях, сопровождающихся генерализованной активацией клеток иммунной системы.

Избыточность системы цитокинов проявляется в том, что каждый тип клеток иммунной системы способен продуцировать несколько цитокинов и каждая разновидность цитокинов может секретироваться различными клетками. Кроме того, для всех цитокинов характерна полифункциональность с сильным перекрыванием эффектов. Так, проявление общих и местных признаков воспаления обусловливает целый ряд цитокинов: il-1, il-6,il-8,TNFa, колониестимулирущие факторы.

В пролиферации Т-лимфоцитов принимают участие il-2, il-4, il-7, il-9, il-13,il-15, TNFa. Такое дублирование обеспечивает надежность функционирования цитокинового каскада. Под воздействием специфических антигенов происходит дифференцировка Т-хелперов на две субпопуляции: Th1 и Тп2, различающихся по антигенам главного комплекса гистосовместимости и продуцируемым цитокинам. Th1 секретируют преимущественно провоспалительные цитокины, аТп2 — регуляторные, вызывающие в основном гуморальные реакции гемопоэза, ангиогенез [8] .

Генерализованный характер высвобождения цитокинов проявляется рядом системных эффектов. Известно, что летальность при септическом шоке определяется не столько воздействием эндотоксина, сколько возникающим в ответ на его введение повышенным уровнем провоспалительных цитокинов.

Важнейшими антагонистами провоспалительных цитокинов являются регуляторные цитокины — il-4, il-10.

Таким образом, система цитокинов при всем многообразии представляет собой единую и целостную сеть, нарушения в которой могут вести к срыву саморегуляции, изменению направленности иммунного ответа, что приобретает особую значимость на ранних этапах развития эмбриона[7,8].

Поэтому чрезвычайно важно, чтобы все параметры цитокинов были в пределах нормы накануне наступления беременности. Нормальное течение беременности во многом определяется соотношением иммуномодулирующих и иммуносупрессивных эффектов в эндометрии, трофобласте, а в последующем и в плаценте, в регуляции которых принимают непосредственное участие компоненты цитокиновой системы.

К сожалению, мы пока не располагаем возможностями исследования в этом направлении. Кроме того, многие методы диагностики не стандартизированы, требуют уточнения механизма действия. Практическим врачам следует обратить внимание о существовании иммунологической исследований при выкидышах инфекционного генеза и направлять в специализированные лаборатории, а не решать эту проблему назначением симптоматической терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адаскевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем. Рукво для врачей.-М.: Медкнига,1999
2. Коршунова О.В. Вагинальные дисбактериозы и их коррекция с помощью новых биотерапевтических препаратов: Автореф. дис… канд.мед.наук.- М., 2000
3. Мещерякова А.В. –Иммуноморфологические аспекты неразвивающейся беременности первого триместра: Автореф. Дис.. канд.мед.наук.- М., 2000
4. Тетруашвили Н.К. –Диагностическая и прогностическая значимость определения цитокинов у больных с привычным невынашиванием беременности: Автореф. Дис… канд.мед.наук.-М., 2000
5. Долгушина Н.В.,Макацария А.Д. Вирусные инфекции у беременных.- М., 2004
6. Мезенцева М.В., Щербенко В.Э., Наровлянский А.Н. Особенности продукции интерферонов и цитокинов при генитальном герпесе // Вопросы вирусологии, 2003, 49(6), с.33-36.
7. Abbas A.K., Lichtman A.H., Cellular and Molecular Immunology.- Philadelphia: Saunders Company, 2004
8. Beijar E.C., Powell T.L. Expression and subcellular localization of TLR-4 in term and first trimester human placenta / Placenta.- 2006.

SUMMARY

THE IMMUNE OBSERVATION OF PATIENTS WITH TRADITIONAL NON FULL- TERM PREGNANCY OF INFECTION GENESIS

F.R. Hajiyeva

The problem of non full- term pregnancy is on center of attentively of modern medicine. The frequency of non full- term pregnancy is 10-25% of common number. Benween many factors of non full- term pregnancy the lieder is infections. In this article analyzed some questions about this problem.

Daxil olub: 10.09.2008

СИНДРОМ ФЕТО-ФЕТАЛЬНОЙ ГЕМОТРАНСФУЗИИ ПРИ МОНОХОРИАЛЬНОЙ МОНОАМНИОТИЧЕСКОЙ ДВОЙНЕ

А.А. Магеррамова

Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии, г. Баку

Широкое внедрение вспомогательных репродуктивных технологий привело к увеличению случаев многоплодной беременности. Синдром фето-фетальной гемотрансфузии – специфическое осложнение для монозиготной двойни с монохориальным типом плацентации. Важное значение для определения тактики ведения родов имеет четкое знание особенностей плацентации.

В течении последних 15 лет частота возникновения беременности двумя и более плодами значительно возросла, в первую очередь благодаря доступности и широкому применению препаратов, индуцирующих овуляцию, и вспомогательных репродуктивных

технологий. Широкое внедрение вспомогательных технологий привело к изменению соотношения спонтанной и индуцированной многоплодной беременности: 70 и 30 % в 80-е годы против 50 и 50% в конце 90-х годов соответственно [1].

Подобное увеличение числа многоплодных родов начинается сказываться на показателях заболеваемости как матерей, так и новорожденных. Многоплодная беременность характеризуется большей материнской заболеваемостью и смертностью, чем одноплодная, что связано с высокой частотой преждевременных родов, кровотечениями, инфекциями мочевых путей и гестационной артериальной гипертензией. Примерно 2/3 всех двуплодных беременностей заканчивается рождением одного ребенка; другой эмбрион теряется при кровотечении, абсорбируется в течении первых 10 недель беременности или мумифицируется («бумажный» плод). Более того, у близнецов отмечается возрастание перинатальной смертности в 3-4 раза (а у тройняшек еще больше) по сравнению с детьми, рожденными при одноплодной беременности; смертность обусловлена хромосомными аномалиями, недоношенностью, врожденными аномалиями, гипоксией.

Синдром фето-фетальной гемотрансфузии (СФФГ), впервые описанный Schatz в 1982 г., осложняет течение 5-25 % многоплодных однояйцевых беременностей. Перинатальная смертность при СФФГ достигает 60-100 % случаев [1].

СФФГ (морфологический субстрат его - анастомозирующие сосуды между двумя фетальными системами кровообращения) – специфическое осложнение для монозиготной двойни с монохориальным типом плацентации.

Возникновение СФФГ обусловлено наличием между плодами сосудистых анастомозов, которые формируются в начале эмбрионального периода. Возможными вариантами анастомозов являются артериально-артериальные, венозно-венозные и их комбинации. Наиболее неблагоприятным вариантом являются артериально-венозные анастомозы, которые, скорее всего, и вызывают синдром фето-фетальной гемотрансфузии. Для СФФГ характерны артериовенозные анастомозы, расположенные не на поверхности, а в толще плаценты, которые практически всегда проходят через капиллярное ложе котиледона. Выраженность СФФГ (легкая, средняя, тяжелая) зависит от степени перераспределения крови через эти анастомозы, которые варьируют в размерах, числе и направлении [2,5].

В декомпенсированных случаях этого синдрома близнецы, несмотря на генетическую идентичность, значительно различаются по размерам и внешнему виду. Повышение периферической резистентности плацентарного кровотока приводит к шунтированию крови к другому плоду-реципиенту. Таким образом, состояние плода-донора нарушается в результате гиповолемии, вследствие потери крови, и гипоксии на фоне плацентарной недостаточности. Плод-реципиент компенсирует увеличение ОЦК полиурией. При этом увеличение коллоидного осмотического давления приводит к чрезмерному поступлению жидкости из материнского русла через плаценту. В результате этого состояние плода-реципиента нарушается вследствие сердечной недостаточности, обусловленной гиперволемией [1, 3, 8].

До внедрения УЗИ в акушерскую практику диагноз многоплодной беременности нередко устанавливали на поздних сроках или даже во время родов. Для выработки правильной тактики ведения беременности и родов, решающее значение имеет раннее (в I триместре) определение хориальности (числа плацент). Именно хориальность (а не зиготность) определяет течение беременности, ее исходы, перинатальную заболеваемость и перинатальную смертность. Наиболее неблагоприятна в плане перинатальных осложнений монохориальная многоплодная беременность, которую наблюдают в 65 % случаев однояйцевой двойни. Перинатальная смертность при монохориальной двойне, не зависимо от зиготности, в 3-4 раза превышает таковую при бихориальной [1]. По данным T.Zach приблизительно 75% монозиготной двойни, является монохорионической [9,11].

Наличие двух отдельно расположенных плацент, толстой межплодовой перегородки (более 2 мм) служат достоверным критерием бихориальной двойни. При выявлении единой «плацентарной массы» нужно дифференцировать «единственную плаценту» (монохориальная двойня) от двух слившихся (бихориальная двойня). Наличие специфических ультразвуковых критериев: T- и λ-признаков, формирующихся у основания межплодовой перегородки, с высокой степеннью достоверности позволяют поставить диагноз моно- и бихориальной

двойни. Выявление λ-признака при УЗИ на любом сроке гестации свидетельствует о бихориальном типе плацентации. Т-признак указывает на монохориальность. Следует учитывать, что после 16 недель беременности λ-признак становится менее доступным для исследования [1,9].

На более поздних сроках беременности (II – III триместры) точная диагностика хориальности возможна только при наличии двух отдельно расположенных плацент. При наличии единой плацентарной массы (одна плацента или слившиеся плаценты) при эхографии часто происходит гипердиагностика монохориального типа плацентации.

Учитывая неэффективность биохимического пренатального скрининга при многоплодии (более высокие показатели АФП, β-ХГЧ, ПЛ, эстриола по сравнению с одноплодной беременностью), особое значение приобретает выявление ультразвуковых маркеров ВПР развития, включая исследование воротникового пространства у плодов. Наличие воротникового отека у одного из плодов при однояйцевой двойне нельзя рассматривать как абсолютный показатель высокого риска хромосомной патологии, так как он может быть одним из ранних признаков тяжелой формы синдрома фето-фетальной гемотрансфузии (СФФГ).

Традиционно в течении многих лет диагноз СФФГ ставили ретроспективно в неонатальном периоде на основании разницы в содержании гемоглобина (50 г/л и более) в периферической крови близнецов и различия в массе новорожденных (20% и более). Однако значительная разница в уровне Hb и массе новорожденных характерна и для некоторых бихориальных двоен, в связи с чем в последние годы эти показатели перестали рассматривать как признаки СФФГ.

На основании ультразвуковых критериев, разработаны| стадии СФФГ, которые используют в практике для определения тактики ведения беременности [4]: I стадия: мочевой пузырь плода-донора определяется; II стадия: мочевой пузырь плода-донора не определяется, состояние кровотока (в артерии пуповины и/или венозном протоке) некритическое; III стадия: критическое состояние кровотока (в артерии пуповины и/или венозном протоке) у плода-донора и/или реципиента; IV стадия: водянка у плода-реципиента; V стадия: антенатальная гибель одного или обоих плодов.

Патогномичными эхографическими признаками тяжелого СФФГ служат: наличие большого мочевого пузыря у плода-реципиента с полиурией на фоне выраженного многоводия и «отсутствие» мочевого пузыря у плода-донора с анурией, для которого характерно снижение двигательной активности на фоне выраженного маловодия.

Метод выбора в лечении СФФГ тяжелой степени – лазерная коагуляция анастомозирующих сосудов плаценты под эхографическим контролем, так называемая соноэндоскопическая техника. Эффективность эндоскопической лазеркоагуляционной терапии СФФГ (рождение хотя бы одного живого ребенка) составляет 70%. Этот метод предполагает трансабдоминальное введение фетоскопа в амниотическую полость плода-реципиента. Комбинация ультразвукового наблюдения и непосредственного визуального осмотра через фетоскоп позволяет осуществлять обследование хорионической пластины вдоль всей межплодовой прегородки, выявить и произвести коагуляцию анастомозирующих сосудов. Оперативное вмешательство заканчивают дренированием околоплодных вод до нормализации их количества. С помощью эндоскопической лазерной коагуляции возможно пролонгирование беременности в среднем на 14 нед., что приводит к снижению внутриутробной гибели плодов с 90 до 29%. Надо отметить, что по данным литературы фетоскопическая лазерная фотокоагуляция хорионических сосудов высокоспециализированная процедура, проводящаяся в нескольких центрах по всему миру. [6,7,11]

Альтернативной тактикой ведения беременных с выраженным СФФГ при отсутствии проведения лазерной коагуляции анастомозирующих сосудов плаценты служит дренирование избыточного количества амниотической жидкости из амниотической полости плода-реципиента. Этот паллиативный метод лечения, который можно применять неоднократно в динамике беременности, не устраняет причину СФФГ, однако способствует снижению внутриамниотического давления и тем самым компрессии, как правило, оболочечно прикрепленной пуповины и поверхностных сосудов плаценты, что в определенной мере улучшает состояние как плода-донора, так и плода-реципиента. К положительным эффектам амниодренирования следует отнести и пролонгирование беременности, как следствие

снижения внутриматочного объема. [1,7,9]

Эффективность амниодренажа, проводимого под контролем УЗИ, составляет 30-83 %. Основная и наиболее важная разница в перинатальных исходах при проведении эндоскопической лазерокоагуляции и повторных амниодренажей состоит в частоте неврологических нарушений у выживших детей (5% против 18-37 % соответственно).

Внутриутробная гибель одного из близнецов может быть причиной неврологических осложнений у выжившего близнеца. Выраженная гипотензия вследствие «кровопотери» (перераспределения крови) от живого близнеца в фетоплацентарный комплекс погибшего близнеца, может быть причиной внутриутробного повреждения ЦНС. Прогноз зависит от гестационного возраста при рождении. Малый гестационный возраст при рождении повышает риск неврологических или легочных осложнений.

При гибели одного из плодов во II – III триместрах беременности, возможно преждевременное прерывание беременности вследствие выделения «мертвой» плацентой цитокинов и простагландина. При внутриутробной гибели одного из плодов при бихориальной двойне оптимальным считают пролонгирование беременности. При монохориальном типе плацентации единственный выход для спасения жиснеспособного плода – кесарево сечение, произведенное как можно быстрее после гибели одного из плодов, когда еще не произошло повреждение головного мозга выжившего плода. При внутриутробной гибели одного из плодов из монохориальной двойни на более ранних сроках (до достижения жизнеспособности), методом выбора служит немедленная окклюзия пуповины мертвого плода. [1,5,12]

По данным Алан Х. Де Черни при монохориальной моноамниотической двойне, вероятность благоприятного исхода для обоих плодов составляет менее 50 %, что связано с возможностью запутывания пуповины и последующим нарушением кровотока. Некоторые авторы рекомендуют проводить плановое кесарево сечение в сроке беременности 32-34 недели с целью предотвращения гибели плода из-за нарушения кровотока в пуповине. [2,7,10]

Важное значение для определения тактики ведения родов имеет четкое знание плацентации, так как при монохориальной двойне наряду с высокой частотой СФФГ существует высокий риск острой интранатальной трансфузии, которая может оказаться фатальной для второго плода (выраженная острая гиповолемия с последующим повреждением головного мозга, анемия, интранатальная гибель), поэтому нельзя исключать возможность родоразрешения пациенток с монохориальной двойней путем кесарева сечения. [1,2,6].

Внутриутробная терапия синдрома фето-фетальной гемотрансфузии продолжает оставаться на стадии эксперимента. Беременность монохорионической двойней представляет собой группу риска и требует более тщательного антенатального наблюдения. Новорожденные с синдромом СФФГ могут быть в критическом состоянии при рождении и могут нуждаться в интенсивной неонатальной помощи. Эти дети являются группой риска по возникновению неврологических осложнений. Терапевтические мероприятия включают переливание крови плоду-донору, с целью коррекции водно-электолитного баланса. У плода-реципиента для снижения венозного давления до нормальных цифр выполняется веносекция. Нередко приходится дополнительно проводить терапию сердечно-сосудистой недостаточности.

Беременные с монохориальной двойней должны проходить обследование, включая УЗИ, чаще, чем при бихориальной двойне, для выявления ранних признаков СФФГ. Эти пациентки должны быть информированы о возможности хирургической коррекции данного осложнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кулаков В.И, Айламазян Э.К., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. Акушерство национальное руководство.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007, с.329-340.
2. Алан Х. Де Черни, Натан Л. Акушерство.- М., МЕДпресс-информ, 2008, с.388-403.
3. Arabin B. et al. Sonographic diagnosis of cervical incompetence in twin pregnancies // Ultrasound Rev., 2001, v. 1, p. 340
4. Quintero R.A., Morales W.J., Allen M.H., Bornick P.W. et al Staging of twin-twin transfusion syndrome // J Perinatol.,1999, (8Pt1), p. 550-555
5. Duncan KR. Twin-to-twin transfusion: update on management options and outcomes // Curr Opin Obstet Gynecol., 2005, v.17(6), p.618-622

6. Fox C, Kilby MD, Khan KS. Contemporary treatments for twin-twin transfusion syndrome // Obstet Gynecol., 2005, v,105(6), p.1469-1477

7. Huber A, diehl W, Bregenzer T, Hackeluer BJ, Hecher K. Stage-related outcome in twin-twin transfusion syndrome treated by fetoscopic lazer coagulation // Obstet Gynecol., 2006, v.108 (2), p. 333-337

8. Tessen JA, Zlatnik FJ: Monoamniotic twins: A retrospective controlled study // Obstet Gynecol., 1991, p. 77:832

9. Sueters M, Miedeldorp JM, Lopriore E, Oepkes, Kanhai HH, Vandenbussche FP. Timely diagnosis of twin-to-twin transfusion syndrome in monochorionic twin pregnancies by biweekly sonography combined with patient instruction to report onset of symptoms // Ultrasound Obstet Gynecol., 2006, v.28(5), p.659-64

10. Victoria A, Mora G, Arias F. Perinatal outcome, placental pathology, and severity of discordance in monochorionic and dichorionic twins // Obstet Gynecol., 2001, p. 97

11. Zach T, Barsoom MJ. Twin-to-twin Transfusion Syndrome // Obstet Gynecol., 2007

12. Yamamoto M, Ville Y. Recent findings on laser treatment of twin-to-twin transfusion syndrome // Curr Opin Obstet Gynecol., 2006, v.18 (2), p. 87-92

SUMMARY

TWIN-TO-TWIN TRANSFUSION SYNDROME IN MONOCHORIONIC MONOAMNIOTIC TWINS

A.A. Maharramova

Twin-to-twin transfusion syndrome (TTTS) is the result of an intrauterine blood transfusion from one twin (donor) to another twin (recipient). TTTS inly occurs in monozygotic (identical) twins with a monochorionic placenta. The blood transfusion from the donor twin to the recipient twin occurs through placental vascular anastomoses.

Daxil olub: 24.10.2008

ЛЕКАРСТВЕННАЯ РЕЗИСТЕНОСТЬ ВИРУСОВ ГЕПАТИТА В И ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА И МЕТОДЫ ЕЕ ЛАБОРАТОРНОЙ ИНДИКАЦИИ

М.К.Мамедов, А.А.Кадырова, А.Э.Дадашева

Национальный центр онкологии, Республиканский центр по борьбе со СПИД, г.Баку

Инфекции, вызванные вирусом гепатита В (ВГВ) и вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), имеют сходство в отношение не только глобального распространениея и общности механизмов инфицирования (отсюда и общность инфицируемых ими контингентов - лиц из одних и тех же групп с высоким эпидемическим риском), но и применения для их лечения одних и тех же противовирусных препаратов (ПВП) [1].

Так, наряду с другими лекарственными ПВП (альфа-интерферонами - при ВГВ-инфекции и ингибиторами вирусной протеазы - при ВИЧинфекции) для лечения больных гепатитом В и больных СПИД, используются ПВП на основе основе аналогов нуклеозидов/нуклеотидов, угнетающих активность обратной транскриптазы (ОТ) и потому названных "ингибиторами ОТ" [2,4].

ПВП этой группы подразделяют на 3 типа: 1) пиримидиноые нуклеозиды с искусственной L-конфигурацией (ламивудин, телбивудин, эмтрицитабин, клевудин, торцитабин); 2) ациклические нуклеотиды (адефовир, тенофовир) и 3) карбоциклические аналоги (энтекавир, абакавир/карбовир). При этом, эмтрицитабин и тенофовир, активные в отношении обоих вирусов ВГВ и ВИЧ, применяют преимущественно для лечения ВИЧ-инфекции [3].

Однако, несмотря на достаточно высокую эффективность ПВП, их терапевтические возможности ограничены рядом объективных причин, одной из важнейших является достаточно частое развитие лекарственной резистентности (ЛР) вирусов по отношению к этим ПВП (чаще всего, именно к ингибиторам ОТ) и, как итог, снижение эффективности лечения, в целом.

Быстрое формирование ЛР у ВГВ и ВИЧ обусловлено несколькими причинами, важнейшими из которых считаются: 1) неполная супрессия репродукции этих вирусов ПВП и

2) отсутствие "редактирующей" активности у ОТ этих вирусов, что приводит к повышению частоты их мутаций (она особенно велика у ВИЧ - в его геноме за каждый цикл репродукции появляется не менее одной мутации). При этом, мутационный процесс, вместе с последующим естественным отбором резистентных к ПВП вирионов, предопределяет направление популяционной изменчивости вирусов в сторону адаптации к действию ПВП.

ЛР вирусов может быть как изолированной (одиночной), когда они утрачивают чувствительность только к одному ПВП, так и множественной и перекрестной. Множественная ЛР характеризуется появлением мутантных штаммов вирусов, резистентных к двум и более ПВП и выявляется при последовательном применении двух разных ПВП, чаще из одной группы. Перекрестная ЛР- результат снижения чувствительности вирусов к какому-либо ПВП, обусловленной селективным отбором при лечении другими ПВП.

Надо заметить, что ЛР вирусов может рассматриваться с нескольких позиций и в зависимости от условий выявления трактоваться как клиническая или фенотипическая.

Клиническая ЛР вирусов выражается в том, что несмотря на корректно проводимую терапию у пациентов выявляются признаки продолжающейся репродукции (отсутствие признаков снижения вирусной нагрузки более, чем на один логарифм - lg) или прогрессирования соответствующих заболеваний (например, повторное повышение активности печеночных ферментов при ВГВ-инфекции или снижение количества в крови CD4-позитивных лимфоцитов - при ВИЧ-инфекции).

Поэтому до недавнего времени тактика противовирусного лечения строилась на эмпирическом принципе смены одних ПВП на другие: изначально использовались одни ПВП - в случаях положительного эффекта лечение продолжалось, а при его отсутствие в программы лечения включались другие ПВП.

В клиническом отношение можно выделить первичную и вторичную ЛР. О первичной ЛР говорят в случаях, если после впервые назначенного ПВП с самого начала не приводит к развитию ожидаемого эффекта, а уровень вирусной нагрузки в течение первых 3 месяцев лечения снижается менее, чем на 1 lg. ЛР считают вторичной, если при лечении вирусная нагрузка изначально снижается, в том числе до неопределяемого уровня, а в последующем повторно повышается более чем на 1 lg.

Фенотипическая ЛР определяется как способность вирусов продолжать интенсивно репродуцироваться, несмотря на наличии в крови высоких концентраций ПВП - при этом в двух последовательных определениях регистрируют повышение вирусной нагрузки более, чем на 1 lg от ее наименьшего значения, достигнутого в процессе терапии.

При фенотипической оценке ЛР вирусов определяется их способность репродуцироваться in vitro в присутствии различных ПВП, а в качестве показателя ЛР используется величина ингибирующей дозы ПВП, подавляющая репродукцию вируса на 50% (ID50%).

Однако этот подход возможен лишь при наличии технической возможности осуществлять культивацию вирусов на клеточных системах, что значительно затрудняет его применение в клинической практике. Более того, он не пригоден в отношение ВГВ, методы культивации которого in vitro все еще не разработаны.

Следует особо отметить, что благодаря расширению представлений о механизмах формирования ЛР у ВГВ и ВИЧ, была развита концепция о генетической детерминированности чувствительности вирионов к ПВП и накоплены данные о том, какие из мутаций ВГВ и ВИЧ ведут к возникновению в организме их популяций, отличающихся ЛР к тому или иному (или нескольким) ПВП - сведения о таких мутациях концентрируются в международных банках данных и периодически публикуются в научных изданиях.

Все это позволило разработать и использовать доступные лабораторные методы доклинической оценки чувствительности ВГВ и ВИЧ к тем или иным ПВП. На смену эмпирическому подбору ПВП для каждого пациента пришел генотипический подход, основанный на накопленных данных о мутациях (наиболее часто возникающих в гене вирусной полимеразы), которые приводят к формироованию ЛР. Иначе говоря, появилась возможность с помощью молекулярно-генетических методов заранее идентифицировать мутации ВГВ и ВИЧ, возникновение которых повышает риск развития ЛР к конкретным ПВП. Это и есть генотипический подход к идентификации мутаций, основанный на определении нуклеотидных

последовательностей в конкретных генах и выявление отсутствия и замены в них нуклеотидов, в том числе, специфические мутации, ответственные за ЛР.

Упростить интерпретацию полученных результатов позволяет методика "виртуального фенотипирования" - сопоставление определенной нуклеотидной последовательности ВГВ и ВИЧ, полученной от пациентов, с международной базой данных генотипов и фенотипов.

Использование этого подхода позволило оценить величину "генетического барьера" различных ПВП под которым понимают число мутаций, необходимых для обретения вирусами ЛР к конкретному ПВП - чем выше этот "барьер", тем большее число мутаций необходимо для формирования ЛР (к примеру, для ламивудина характерен низкий генетический барьер, а для энтекавира - высокий).

Генотипический подход оценки степени чувствительности данного вируса к конкретному ПВП реализуется с помощью трех методов.

Прямое секвенирование генов - биохимический метод расшифровки последовательностей в определенных участках нуклеиновых кислот, отличающийся не только высокой точностью, но трудоемкостью и продолжительностью технологии. Последнее создает серьезные трудности для их использования в клинической практике.

Пирофосфатное секвенирование или пиросеквенирование - метод, основанный на детекции пирофосфатов в режиме реального времени, освобождающихся при ферментативном достраивании нуклеотидной последовательности по направлению удлинения праймеров. Эти пирофосфаты в присутствии сульфурилазы и аденозинфосфосульфата преобразуются в АТФ и "запускают" окисление люциферина люциферазой, сопровождающееся биолюминесценцией, регистрируемой соответствующими приборами. Применение этого метода занимает меньше времени и наиболее удобно для проведения скрининговых исследований с целью выявления известных мутации генов, а не для сканирования больших регионов вирусного генома.

Полимеразная цепная реакция в режиме реального времени с использованием мутант-специфических праймеров - наиболее чувствительный, быстрый и точный метод для определения вариантов вирусов, несущих мутации, связанные с ЛР, у больных, получающих и не получающих терапию. Он может быть применен как для выявления мутантных штаммов вирусов, так и для количественной характеристики их содержания в вирусной популяции.

Раннее (доклиническое) определение вариантов ВГВ и ВИЧ с мутировавшими генами, связанными с ЛР - важный подход, способный снизить риск обострения заболевания при неэффективной терапии. Для пациентов с высоким риском прогрессирования инфекций весьма существенным становиться раннее выявление таких вариантов вирусов как до начала лечения, так и в процессе его проведения.

С этой же целью все шире используются достижения нанотехнологии и, в частности биологические микрочипы - этот подход считается одним из самых перспективных и для лабораторной индикации связанных с ЛР мутаций.

Биочип - миниатюрная стеклянная или кремниевая "подложка" с упорядоченно расположенными на ней микроячейками геля, в которых ковалентно иммобилизованы гибридизационные (олигонуклеотидные) зонды, связанные с флуорохромами - они комплементарны определенным участкам вирусных генов, как содержащими мутации, связанные с ЛР, так и свободных от таких мутаций.

При контакте этих зондов с такими участками вирусных генов стабильный гибридизационный комплекс, активирующий флуоресценцию, образуется лишь в ячейках, содержащих участки вирусных генов, полностью комплементарных зондам - при наличии даже одного неспаренного нуклеотида эффективность гибридизации молекулы-мишени с зондом снижается, а интенсивность флуоресцентного сигнала в ячейке падает. В итоге, ячейки, содержащие полностью комплементарные двойные олигонуклеотидные цепи, "подают" флуоресцентные сигналы, значительно превосходящие сигналы ячеек, в которых не образовались стабильные гибридизационные комплексы. Это позволяет с помощью специального оборудования идентифицировать ячейки, соответствующие определенным мутациям ВГВ и ВИЧ.

Использование биочипов, по-видимому, должно быть признано наиболее перспективным - обеспечивая высокие специфичность и чувствительность (порядка 1000 копий вирусных нуклеиновых кислот в мл), оно исключительно удобно для использования при лабораторной

оценке ЛР у нескольких пациентов одновременно как до начала их лечения, так и периодически в процессе этиотропной терапии.

Остается надеяться, что рациональное использование в клинической практике лабораторных методов индикации высокого риска ЛР позволит не только оптимизировать и индивидуализировать противовирусное лечение больных гепатитом и СПИД, но пополнить данные о характере мутационно-обусловленной ЛР и частоте их распространенности, а в дальнейшем разработать универсальный алгоритм для выбора наилучших программ применения ПВП или ее комбинации для каждого конкретного пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дадашева А.А. Трансфузионные вирусные инфекции: общность и различия патогенеза, клинических проявлений и подходов к лечению // Современные достижения азербайджанской медицины, 2008, №3, с.11-17

2. Кожанова Т.В., Ильченко Л.Ю. Лекарственная резистентность вируса гепатита В у коинфицированных ВИЧ/ВГВ и методы ее выявления // Мир вирусных гепатитов, 2008, №5, с.3-11

3. Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе / Под ред.И.Ерамовой и др.- Копегаген: ВОЗ, 2007, с.35-38

4. Мамедов М.К., Кадырова А.А. Этиотропная терапия СПИД - успехи, проблемы и перспективы //Биомедицина, 2007, №2, с.35-40

SUMMARY

HEPATITIS B AND HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUSES' DRUG RESISTENCE AND METHODS FOR ITS LABORATORY INDICATION

M.Mamedov, A.Kadyrova, A.Dadasheva

The paper contains information concerning clinical significance of hepatitis B and human immunedeficiency viruses drug resistance and brief characteristic of main methods applicated for its preclinical indication.

ORİJİNAL MƏQALƏLƏR- ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

О ВЫЯВЛЕНИИ ДВУХ ЗАВОЗНЫХ В Г. БАКУ СЛУЧАЕВ ХЛОРОХИНО-УСТОЙЧИВЫХ ШТАММОВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ

Х.И.Абдуллаев, Ш.А.Махмудова, Х.М.Мамедова, З.К.Гасанова, З.З.Абдуллаева
Национальный НИИ медицинской профилактики им. В.Ахундова МЗ Азербайджанской Республики, г. Баку

В настоящее время лекарственная устойчивость малярийных паразитов как клиническая, так и эпидемиологическая проблемы приобрели глобальное значение и стали одним из серьезных препятствий на пути успешного выполнения национальных программ борьбы с малярией. В этом отношении особые трудности возникли с появлением устойчивости у штаммов возбудителей тропической малярии к наиболее широко применяемому специфическому препарату-хлорохину (син. делагил), обладающему широким спектром действия.

Тревожным является то, что ареал устойчивости к хлорохину P.falciparum прогрессивно расширяется охватывая с разной интенсивностью почти все страны эндемичные по тропической малярии [4]. Штаммы P.falciparum, устойчивые к хлорохину наиболее широко распространены в странах Юго-Восточной Азии, регистрируются в ряде стран Южной и Центральной Америки, нарастает ее распространенность на территориях стран тропической Африки, где происходит интенсивная передача возбудителя малярии в течение всего года [5]. По прогнозированию ряда авторов, если в ближайшие годы не появятся новые средства, то число людей, ежегодно погибающих от тропической малярии удвоится [7,10,12].

Распространение тропической малярии представляет опасность преимущественно в клиническом аспекте, так как летальность от нее регистрируется не только в эндемичных очагах, но и в странах, где она ликвидирована и встречается только в виде завозных случаев. В 1971-1980 гг. только в странах Европы число умерших от тропической малярии составляло 260 человек [11]. Это число возросло до 680 за 1989-1999 гг. [13]. Смертные случаи от тропической малярии были зарегистрированы и в СССР [6,8]. По официальным данным в 1997 году в городах Российской Федерации (Мурманск, Екатеринбург, Красноярск, Ярославль) было зарегистрировано 4 смертных исхода от завозной тропической малярии. Все они являлись гражданами России, которые находясь в Африканских странах (Сенегел, Кения, Новая Гвинея) подверглись заражению устойчивыми штаммами возбудителей тропической малярии (инф. письмо ИМП и ТМ им. Е.И. Марциновского, Москва, 1997). Во всех случаях основной причиной летальных исходов являлись: непроводившаяся или незавершенная индивидуальная химиопрофилактика, позднее обращение за медицинской помощью, ошибки клинической и лабораторной диагностики, несвоевременно начатое адекватное лечение болезни и т.д.

Из приведенной выше краткой информации следует, что в настоящее время широкое распространение в странах мира лекарственно-устойчивых штаммов возбудителей тропической малярии является одной из важнейших проблем современной маляриологии и требует к себе самого серьезного внимания.

В Азербайджане местные случаи заболевания тропической малярией не регистрируются более чем 45 лет. Последние 11 больных этой формой малярии были выявлены в 1959 г. в 4^{-x} районах республики [1]. В последующие годы в районах и городах республики не так редко завозные случаи тропической малярии выявлялись как среди приезжих иностранцев, так и среди граждан нашей страны, побывавших в зарубежных жарких странах. При этом следует отметить, что наиболее распространенные из местной фауны переносчики – An.sacharovi и An.subalpinus восприимчивы к заражению зарубежными штаммами – P.vivax и P.falciparum [2,3]. Следовательно, завоз малярии из зарубежных стран и в частности хлорохино –

устойчивой тропической ее формы в Азербайджане может представлять реальную опасность для возобновления местной передачи и дальнейшего ее распространения.

За истекший период впервые в Баку, в клинике паразитарных болезней Национального научно-исследовательского института медицинской профи-лактики в апреле и июне 2008 года было выявлено 2 случая завозной хлорохино-устойчивой тропической малярии у граждан Азербайджана и Российской Федерации, побывавших в Анголе и Индонезии. Ниже приводяться краткие данные из историй болезней указанных больных.

1. Больной А.Т.Н., 46 лет, 12 апреля 2008 года с диагнозом тропическая малярия принят в клинику института. При поступлении жалуется на озноб, повышение температуры, обильное потоотделение, общую слабость, головную боль и боль в области живота. По поводу указанных жалоб обратился в поликлинику, где в течение $3^{-х}$ дней – 7-9 апреля 2008 г. обследовался на малярию – малярия была исключена (в крови больного паразиты малярии не были обнаружены). 11 апреля больной обратился в другую поликлинику, где в крови его были обнаружены возбудители тропической формы малярии – P.falciparum.

Со слов больного с 06 марта по 06 апреля 2008 года находился в Анголе (гор. Молонго). В Баку вернулся 07 апреля, а начало заболевания отмечает с 05 апреля, т.е. тогда, когда еще находился в Анголе. В анамнезе эпидемический гепатит в детстве, холелитиазис. При поступлении в клинику – озноб, t°-38,5, сознание ясное, кожа и видимые слизистые бледны, иктеричны, периферические лимфатические узлы не пальпируются, мышцы несколько болезненны. Тоны сердца приглушены, PS -110', А/Д – 90/60 мм.рт.ст. В легких выслушивается жесткое дыхание, живот вздут, пальпация его болезненна. Печень увеличена на 3,5, селезенка на 2,5 см, мочеиспускание свободно, моча темноватая, стул темный, временами жидковат. При исследовании толстой капли крови обнаружены паразиты тропической малярии – P.falciparum. Проведенное лечение: Delagil 0,25 по 2 табл. – 1 раз в день – 3 дня; Fansidar - по 0,25 х 3 табл. – 1 раз в день 2 дня; Primaxin по 0,75 х 2 табл. – 1 раз в день 2 дня; Sol. Regidron - 500 мл + 4,0 vit. “C” +1,0 cocarboxsil в/в, Sol. Reopoligluc. 500 мл + 4,0 vit. “C” + prednizoloni 30 мг в/в, Sol. Dextrosae 500 мл + Sol.Riboxsini 10,0 + 4,0 vit. “C” в/в, Sol. Analgini 50% + 2,0 Sol. Novocaini в/м. Больной также получал симптоматическое лечение.

За время пребывания в клинике температура колебалась в пределах 37,3 – 38,7 – 39º С, А/Д – 120/60, 90/50, 100/60 мм рт. ст., Puls - 110-140, временами отмечалась одышка. 14 апреля появилась отрыжка (с перерывами), которая беспокоила больного в течение 30-40 минут. Несмотря на проведенное лечение состояние больного не улучшалось. При этом особенно тревожным было то, что при исследовании крови, хотя и на низком уровне разные стадии развития паразита (шизонты, гаметоциты P.falciparum) продолжали обнаруживаться 15 и 17 апреля, т.е на 3 и 5 дни от начала лечения больного. Ввиду того, что состояние больного, даже после проведенного противомалярийного лечения не улучшилось, то по настоянию родственников, больной 17 апреля 2008 г. был переведен в реанимационное отделение (из-за отсутствие такового в данной клинике) республиканской клинической больницы. По имеющимся сведениям, в указанном отделении больной находился еще 3-4 дня, состояние его не улучшилось. Больной был выписан и вывезен в Москву.

2. Больная М.Е., 39 лет, 23 июня 2008 года была доставлена каретой неотложной помощи в клинику паразитарных болезней института в тяжелом состоянии – с высокой температурой (39,2ºС), возбужденной нервной системой.

Со слов больной в 2007 году будучи в Индонезии провела профилактическое антималярийное лечение мефлохином, но несмотря на это в ноябре этого же года, в Москве, заболела и при обследовании, во $2^{ой}$ городской больнице, в крови были обнаружены возбудители трехдневной и тропической форм малярии (P.vivax и P.falciparum), где и получила противомалярийное лечение. В марте месяце 2008 года в Москве вновь заболела – озноб, повышение температуры – в стационаре провели противомалярийное лечение (3 дня делагил и 14 дней примахин) и в нормальном состоянии была выписана из больницы.

28 мая 2008 года, по служебным делам приехала в Азербайджан. Примерно 16-17 числах июня находилась в местностях Гобустан и Алтыагач. Заметим, что в указанных местностях условия для местной передачи малярии отсутствуют.

22 июня в Баку почувствовала озноб, температура повысилась до высоких цифр. 23 июня каретой скорой помощи привезена в клинику паразитарных болезней института, где при исследовании толстой капли крови обнаружены P.vivax и P.falciparum. Была принята на стационарное лечение. При обследовании – нормального телосложения, кожа бледная, подкожно жировой слой слабо развит, в легких выслушивается везикулярное дыхание, тоны сердца приглушены, А/Д 70/40 мм рт. ст., живот мягкий, печень выступает из подреберья на 2,0 см, мягкой консистенции, селезенка не увеличена, симптом Пастернадского отрицателен с обеих сторон, диурез и акт дефекации нормальны. Гемоглобин 12,0 г/%, биохимические показатели в пределах нормы.

Лечение было начато дачей препарата malaroni (4 табл. однократно в течение 3^x дней), на 5-ый день от начала лечения паразиты малярии стали обнаруживаться в деформированном виде (кровь на наличие плазмодиев проверялась ежедневно). Затем в течение 3^x дней получала хингамин, 0,25 (по 2 таб.х 2), 7 дней принимала примахин в ударной дозе (по 0,75 мг). Лечение больная перенесла нормально. Наряду с противомалярийным проводилось также дезинтоксикационное, гепатотропное лечение.

В результате лечения температура стабильно нормализовалась, увеличенная печень стала сокращаться, прибавила в весе. В толстой капле крови паразиты малярии не обнаружены. В связи со служебными обязанностями (отъезд в Москву) выписана. Рекомендовано еще 7 дней продолжать прием примахина (препаратом обеспечена) и находиться под наблюдением врача – инфекциониста.

На основании анализа клинических, лабораторных и анамнестических данных указанных больных можно утвердить, что в обоих случаях неэффективность лечения была связана заражением хлорохинустойчивым штаммом возбудителя тропической малярии, инфицированию которым они подверглись находясь в зарубежных странах - Анголе и Индонезии.

В связи с вышеизложенным следует отметить, что в подобных случаях во избежание возможности распространения тропической малярии в респуб-лике, органы здравоохранения в обязательном порядке должны системати-чески проводить мероприятия эпиднадзора по обследованию на малярию всех без исключения лиц, прибывших из тропических стран с обязательным исследованием крови на наличие плазмодиев при подъеме температуры.

При лечении больного тропической малярией необходимо учитывать темп снижения числа бесполых форм возбудителя в крови под воздействием химиотерапии. С каждым днем лечения число паразитов должно снижаться на 80-90% по сравнению с предыдущим днем (день начала лечения считается нулевым). Отсутствие подобного эффекта является признаком возможной устойчивости паразита к применяемому препарату, а обнаружение бесполых форм на 4-й, и тем более 7-й день лечения требует, во избежание развития клинических осложнений, незамедлительной его замены более эффективным средством.

Многолетними наблюдениями установлено, что регулярно проводимая химиопрофилактика в подавляющем большинстве случаев предохраняет от заболевания и в 100% случаев – от возможных летальных исходов при тропической малярии. Поэтому граждане республики, отъезжающие в тропические страны во избежание возможности заражения малярией за период пребывания в них должны с целью химиопрофилактики регулярно принимать назначенные медработниками противомалярийные препараты. При этом принимая во внимание, что эффективность химиопрофилактики в огромной степени зависит от регулярности приема препарата, то рекомендации врачей лицам, отъезжающим в зарубежные страны должны быть убедительными и адекватными с конкретной эпидемиологической ситуацией по малярии в предполагаемом месте нахождения в стране, сезону года и длительности пребывания. Прием препарата – хлорохина следует начинать за неделю до выезда в эндемичную по малярии страну, а последние приемы препарата проводить в течение месяца после выезда из очага этой инфекции. Лица, возвращающиеся из зон, эндемичных по малярии, должны быть предупреждены о необходимости при любом лихорадочном состоянии информировать врача о пребывании в таких зонах, как правило, на протяжении предшествовавших 3 лет.

В завершении считаем уместным отметить то, что по утверждению ряда ученых – эпидемиологов [9] одной из актуальных проблем современной эпидемиологии является

предупреждение распространения инфекционных болезней между странами в условиях непрерывно возрастающей международной миграции населения. Исходя из этого, в современных условиях в целях предупреждения возможности заражения малярией лиц, выезжающих в зарубежные тропические страны, где широко распространены устойчивые штаммы малярийных паразитов мы считаем весьма целесообразным организовать в городах, имеющих международные аэропорты постоянно действующие медицинские центры, которые могут оказать выезжающим соответствующую консультативную помощь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев Х.И. Современные проблемы малярии и научные основы достижения стойкого эпидемиологического благополучия в районах высокой малариогенности субтропического пояса (на примере Азербайджанской ССР): Дис… док.мед.наук.- М., 1988
2. Дашкова Н.Г. Новые данные о восприимчивости комаров рода Anopheles фауны СССР к завозным штаммам возбудителей малярии человека // Мед. паразитол., 1977, №6, с.652-657
3. Джавадов Р.Б., Трофимов Г.К., уроченко и др. О восприимчивости комаров Anopheles maculipennis Sacharovi и Anopheles maculipennis Subalpinus к заражению возбудителями завозной тропической малярии из Африки // Мед. паразитол., 1978, №3, с.84-87
4. ВОЗ. Достижения в области химиотерапии малярии.- Женева, 1986
5. Кузнецов Р.Л., Хромов А.С. Особенности малярии в Тропической Африке. В кн.: Актуальные вопросы тропической медицины.- М., 1976, с.46-53
6. Лобан К.М., Полозок Е.С. Малярия.- М.: Медицина, 1983
7. Сергиев В.П., Дрынов И.Д., Малышев Н.А. Проблема реформы здравоохранения: подходы и перспективы.- М., 1998
8. Чагин К.П., Духанина Н.Н., Жукова Т.А., Рабинович С.А. Основные итоги и перспективы изучения и профилактики малярии в СССР / Матер.2-го Всесоюз. съезда протозоологов.- Киев, 1976, Ч.2, с.111-112
9. Черкасский Б.Л., Сергиев В.П., Ладный И.В. Эпидемиологические аспекты международной миграции населения.- М., 1984
10. Najera J.A., Liese B.H., Hammer J. Malaria: New Pattern and Perspectives. Technical Paper. Washin – gton // World Bank, 1992, No 183, 104 p.
11. Phillips-Howard P.A., Bradley D.I. Epidemiology of malaria in European travelers, in: Travel medicine. Proceeding of the First Conf. Int Travel Med. Zurich., 1988, p.5-8
12. Remme J.H., De Raatd P., Godal T. The Burden of Tropical Diseases // The med. J. of Australia, 1993, v., 158, p.465-469
13. Sabatinelli G., Ejov M., Joergensen P. Malaria in the WHO European Region (1971-1999). / Eurosurveill – anse.- 2001, v. 4, p.61-65

SUMMARY

ABOUT DETECTION OF TWO IMPORTED CHLOROQUINE RESISTANT P.FALCIPARUM MALARIA CASES IN BAKU CITY

Kh.I.Abdullayev, Sh.A.Mahmudova, Kh.M.Mammadova, Z.K.Hasanova, Z.Z.Abdullayeva

In the presented article it is demonstrated that, P.falciparum malaria widely spread out in Azerbaijan before is not registered in the country since 1959. But, when source of infection is imported to the country, there is a real threat of reoccurrence and wide spread of infection again, because local Anopheles mosquitoes have a capacity to transmit malaria strains imported from outside.

In details description two cases of imported from Angola and Indonesia chloroquine resistant P.falciparum malaria cases registered in Parasitic diseases clinic of Research Institute of Medical Prophylaxis named V.Akhundov and, in this regard, important duties of local health institutions are given in the article.

Daxil olub: 22.09.2008

BAĞIRSAQLARIN HƏYAT QABİLİYYƏTİNİN TƏYİNİNİN YENİ METODU

Z.E.İsmayılova, M.O.Məsimov, İ.Ə.Həsənov, İ.O.Ömərov, Ə.H.Allahverdiyev

Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Nazik bağırsaq anastomozu tikişlərinin tutarsızlığı müasir abdominal jərrahiyyənin aktual problemlərindən biri olaraq qalır. Bir çox alimlərin fikrinjə, bağırsaqlar üzərində istər planlı, istərsə də təcili cərrahi əməliyyatlardan sonra peritondaxili ağırlaşmaların əsas səbəbi bağırsaq yarası və ya anastomozu tikişlərinin tutarsızlığıdır [3,4,5,6,7,12,13].

Ümumiyyətlə, cərrahi tikişlərin tamlığına təsir göstərən 3 qrup səbəb ayırd etmək olar: tikilən və ya anastomozlaşdırılan orqanların vəziyyəti və onlarda gedən patomorfoloji proseslər; tikişlər qoyulduğu zaman mövcud olan əlverişsiz şərait faktorları (məs, peritonit); qoyulan tikişlərin texniki xüsusiyyətləri.

Burada birinci qrup səbəbləri xüsüsi qeyd etmək lazımdır. Çünki anastomoz tikişlərinin tutarlı olmasını məhz orqan divarının nə dərəjədə həyat qabiliyyətli olması müəyyən edir [2].

Belə ki, aparılan fundamental elmi-tədqiqat işləri ilə sübut olunmuşdur ki, bağırsaq anastomozu tikişlərinin tutarsızlığının baş verməsinə səbəb olan əsas amil anastomozlaşdırılan bağırsaq seqmentlərinin qan təchizatının pozulmasıdır. Bu müxtəlif səbəblərlə (bağırsaq seqmentlərinin ifrat skeletizasiyası, qanitirmə və ümumi arterial hipotoniya, müsariqənin zədələnməsi, peritonitlər, aortanın və ya müsariqə arteriyalarının obliterasiyaediji xəstəlikləri və s.) əlaqədar ola bilər. Pozulma səbəblərindən asılı olmayaraq bağırsaqlırın qan təchizatının başqa sözlə desək həyat qabiliyyətinin öyrənilməsi anastomoz tikişlərinin tutarsızlığının və bununla bağlı meydana çıxa biləcək bir çox peritondaxili ağırlaşmaların profilaktikasında həlledici əhəmiyyətə malikdir [9].

Bağırasqların həyat qabiliyyətinin öyrənilməsi üçün ədəbiyyatda bir sıra metodlar təklif olunmuşdur.

E.K.Ağayev və həmm. (1995) təklif etdiyi metoda görə nazik bağırsaqların həyat qabiliyyətini təyin etmək üçün qan təchizatını İDT-1 aparatı vasitəsilə transillüminasion angiotenziometriya üsulu ilə öyrənmək olar. E.K.Ağayev və həmm. (1995) fikrincə anastomoz tikişlərinin tutarsızlığının profilaktikası üçün angiotenziometrlə ölçülərkən intramural damarlarda lazımi arterial təzyiq aktiv müalicə tədbirləri tətbiq edilmədikdə qanın vurğusuz axını ilə 70 mm j.st., vurğulu axını ilə isə 60 mm c.st., xüsusi tərkibli infuzatla uzunmüddətli selektiv arteriyadaxili infuziya aparıldıqda isə müvafiq olaraq 60 və 50 mm c.st. səviyyəsində və ondan yuxarı hədlərdə olması vajibdir. Qeyd etmək lazımdır ki, kifayət qədər dəqiq olmasına baxmayaraq intramural damarlarda arterial təzyiqin ölçülməsi texniki cəhətdən mürəkkəbdir, tətbiqi üçün xüsusi cihaz – angiotenziometrin olması və lazımi praktiki vərdişləri olan cərrahın iştirakı zəruridir. Göstərilənləri metodun mənfi cəhəti hesab etmək olar [1].

V.V.Podkamenev və həmmüəl. (1995) təklif etdiyi metoda görə bağırsaqların patoloji prosesə cəlb olunmuş hissəsi seroz qişanın rəngi, peristaltikanın vəziyyəti və damarlardakı pulsasiyaya görə təxmini müəyyən olunur. Zədələnmədən hər iki istiqamətə doğru müsariqə arteriyalarının bağırsaqların intakt hissələrinə qan aparan arkadaları bağlanır. Nəticədə işemiyaya uğramış hissədə arterial təzyiq yüksəlir, arterio-venoz fərq artır, intamural qan cərəyanı intensivləşir, toxumaların qidalanması və oksigenlə təchizatı zənginləşir. Bunun hesabına 7-10 dəqiqə sonra seroz qişa tərəfdən sağlam toxumalarla həyat qabiliyyətini itirmiş toxumalar arasında aydın sərhəd görünür [11]. Lakin fikrimizcə, bağırsağın intakt hissələrinə gedən arkadaların bağlanması bağırsağın bu hissələrində yeni işemiya ocaqları yaratmaq təhlükəsi daşıya bilər.

N.İ.Məmmədov (2004) isə nazik bağırsaq anastomozu tikişlərinin tutarsızlığının və bunun ardınca meydana çıxa biləjək peritondaxili ağırlaşmaların profilaktikası məqsədi ilə bağırsağın həyat qabiliyyətinin təyini üçün onun toxumalarının bioelektrik parametrlərinin biopotensiometr vasitəsilə ölçülməsini tövsiyə edir [6].

Praktik təbabətdə isə əksər hallarda bağırsaqların həyat qabiliyyəti yalnız klinik göstərijilərə (rənginə, peristaltikasına, damarlarında nəbz vurğusunun olmasına və istinin yerli

təsirindən bu parametrlərdə baş verən dəyişikliklərə) əsasən təyin edilir. Lakin bu məsələyə elmi nöqteyi nəzərdən çox səthi münasibətdir. Belə ki dərin işemik dəyişikliklər olan bağırsaq ilgəyi belə uzun müddət (bəzən saatlarla) öz rəngini dəyişməyə bilər. Digər tərəfdən bağırsaqlarda baş verən işemik dəyişikliklərin geriyə dönən xarakterli olmasına baxmayaraq, 15-20 dəqiqəlik müşahidə zamanı peristaltika bərpa olunmaya bilər. Xüsusilə də travma zamanı günəş kələfinin qıjıqlanaması hesabına paralitik bağırsaq keçməməzliyi əlamətlərinin inkişaf etməsini nəzərə almaq lazımdır. Ədəbiyyatda olan məlumatlara görə bağırsaqların həyatiliyini yalnız kliniki göstəricilərə görə təyin etdikdə 17-53% halda səhvə yol verilir [8].

Buna görə də bağırsaqların həyatiliyinin təyini üçün texniki baxımdan tətbiqi asan olan, kifayət qədər dəqiq ekspress diaqnostika metoduna ehtiyaj duyulur.

Bunun üçün biz ATU-nun Elmi-tədqiqat mərkəzində eksperimental olaraq bağırsaq ların həyat qabiliyyətinin təyininin yeni metodunu hazırlamışıq. İşlənmiş metoda görə Səmərələşdirici təklif şəhadətnaməsi alınmışdır (şəhadətnamə №518).

Tətbiq etdiyimiz metod M.O.Məsimov və həmmüəl. (2000) tərəfindən təklif olunmuş «Mina-partlayış travması zamanı ətraf yaralarının cərrahi işlənməsinin yeni üsulu»nun əsasında hazırlanmışdır [10]. Metod ixtira kimi Rusiya Federasiyasının patentini almışdır (patent №2158544) .

TƏDQİQATIN MATERİAL VƏ METODLARI. Təcrübələr çəkiləri 16-22 kq, hər iki cinsdən olan və xətti cinsi məlum olmayan 20 it üzərində aparılmışdır. Bütün heyvanlar üzərində təcrübənin məqsədi eyni olmuşdur – bağırsaq zədələnmələrindən müəyyən zaman keçdikdən sonra bağırsaqların həyatiliyinin əsas göstəricilərindən olan arterial qanla təchizatın öyrənilməsi.

Bütün hallarda əməliyyatdan 30 dəqiqə əvvəl heyvanlara 1%-1 ml Dimedrol, 25 mq droperidol vasitəsilə premedikasiya aparılmış, heyvan əməliyyat stoluna fiksə edilmişdir. Bir neçə dəqiqədən sonra yerli anesteziya altında arxa ətraf venası vazofikslə kateterizasiya olunmuş və vena daxilinə hər kq çəkiyə 3-4 mq olmaqla kalipsol məhlulu yeridilmişdir.

Bundan sonra orta kəsiklə laparatomiya aparılaraq nazik bağırsaqlar əldə edilmiş və yara üzərinə çıxarılmışdır. Əvvəlcə cərrahi alət olan arterial (Bilrot) sıxıcılar ilə nazik bağırsaqların mərkəzi hissəsində müxtəlif ölçü və xarakterli bir neçə əzilmiş, cırılmış, didilmiş zədələnmə modeli yaradılmışdır. Müvafiq olaraq 1; 2; 3 və 4 saat sonra ön müsariqə arteriyasının intakt və zədələnməyə müvafiq şaxələri kiçik ölçülü vazofikslə kateterizasiya edilmiş və 1-2 dəqiqə ərzində aşağıdakı dərman maddələrindən ibarət boyayıjı perfuzat yeridilmişdir: metilen abısı 10% -2 ml; novokain 0,5% - 1 ml; no-şpa – 0,5 ml; reopoliqlükin – 2 ml; heparin – 1 ml; penisillin – 2 mln. TV. Göstərilən tərkibdə perfuzatın yeridilməsi toxumaların boyanma intensivliyinə görə həyat qabiliyyətinin intraoperasion ekspress-diaqnostikasına, gizli qanaxma mənbələrinin aşkarlanmasına, spazmı aradan qaldırmağa, damar mənfəzinin tromb və toksik məhsullardan təmizlənməsinə, antibakterial və digər müalicəvi preparatların yeridilməsinə imkan verir (10).

Perfuzat yeridildikdən osnra bəzi hissələr metilen abısı vasitəsilə göy rəngə boyanmış, bəzi hissələr isə öz rəngini dəyişməmişdir. Makroskopik olaraq rəqəmsal fotokamera (Samsunq NV-15) ilə fotoşəkillər çəkilmişdir (şək.1). Vizual olaraq boyanmış və boyanmamış hissələrin müəyyənləşdirilmişdir. Boyanmış və boyanmamış hissələrdən material götürülərək histoloji müayinəyə göndərilmişdir. Bu zaman müvafiq seqmentlərin təmas xətti boyunca 0,5-1,0 sm enində ayrıja bir zolaq götürülərək, «sərhəd» («hüdudi») zona kimi işarələnmişdir. Rezeksiya edilmiş hissələr müvafiq olaraq «boyanmış» («pozitiv»), «sərhəd» («hüdudi») və «boyanmamış» («neqativ») seqmentlər kimi işarələnmişdir. Seqmentlər kompleks morfoloji tədqiqata götürülmüşdür.

Bundan başqa morfoloci müayinə üçün bağırsaqların boyanmış və boyanmamış hissələrinin mənfəzindən əşya şüşəsi üzərinə yaxmalar götürülmüşdür.

Qarnın ön divarı tikilmişdir. Venadaxili kalipsolun öldürüjü dozası yeridilməklə heyvanlar öldürülmüşdür.

Morfoloji tədqiqatlar iki istiqamətdə aparılmışdır: sitoloji və histoloji.

A. Sitoloji tədqiqatlar. «Boyanmış» («pozitiv»), «sərhəd» («hüdudi») və «boyanmamış» («neqativ») seqmentlərin ujlarından köndələn və boylama müstəvilərdə yaxma-izlər

götürülmüşdür. Məqsəd – cərrahi müdaxilə sərhədlərində bağırsaq divarı elementlərinin həyat qabiliyyətini nə dərəcədə saxlamasına kompleks sitoloji qiymət verməkdir. Bununla da aparılmış əməliyyatın radikallığı və nətijələr haqqında fikir söyləmək mümkündür.

B. Histoloji tədqiqatlar. Müsariqə arteriyasından yeridilmiş kontrast maddənin nazik bağırsağın divar quruluşlarında maksimum saxlanmasına çalışmışıq. Buna görə də hər bir bağırsaq rezektatı iki əsas hissəyə bölünmüşdür. Bunlardan biri kimyəvi, digəri isə – ilkin kontrast maddə boyamasını saxlamaq məqsədi ilə fiziki üsulla fiksə edilmitşdir.

II hissə tikələri götürüldükdən sonra qısa müddət ərzində (10,0 dəqiqədən gec olmayaraq) «quru buz» (bərk karbon qazı) ilə dondurulmuşdur. Məqsəd – kontrast maddə ilə nativ boyanmanı, həmçinin bağırsaq divarının bir sıra metabolik-histokimyəvi parametrlərini öyrənmək olmuşdur.

Yaxma-izlərdə və mikropreparatlarda keyfiyyət və kəmiyyət təhlilləri aparılmışdır.

Keyfiyyət təhili zamann müvafiq elementlərin yerləşməsi, topoqrafiyası, forması, bir-birinə münasibəti, boyaqlara həssaslığı, tərkib hissələrinin mikroskopik vəziyyəti qiymətləndirilmişdir.

Kəmiyyət təhlilləri saymalar və ölçmələrdən ibarət olmuşdur. Bu məqsədlə «Krüss» işıq-optik mikroskopuna qoşulmuş «Sony SSC-DC50P» təsvir analizatorundan, «Watcom» digitayzerindən və Windows-98 üçün xüsusi «Canvas 4.0» morfometriya proqramından istifadə edilmişdir.

Aşağıdakı göstəricilər morfometrik təhlil edilmişdir: 1.Xovların sıxlığı ($1mm^2$-də miqdarı); 2.Mikrodamarların sıxlığı ($1mm^2$-də miqdarı); 3.Mikrosirkulyasiya şəbəkəsi damarlarının deformasiya və blokada intensivliyi (ş.v. ilə); 4.İntramural sinir kələflərində neyrodegenerasiya (neyroliz, xromatoliz) intensivliyi (ş.v. ilə); 5.Ödem intensivliyi (ş.v. ilə); 6.Qlikozaminqlikanların histokimyəvi miqdarı (b. ilə); 7.Qlikogenin histokimyəvi miqdarı (b. ilə); 8.Lipidlərin ayrı-ayrı histokimyəvi fraksiyalarının miqdarı (b. ilə); 9.Fermentlərin histokimyəvi fəallığı (b. ilə); 10.Nekrobioz intensivliyi («neytral qırmızı» boyağı danələrinin udulması əsasında; ş.v. ilə); 11.Nekroz intensivliyi (ş.v. ilə).

NƏTİCƏLƏR. Müəyyən edilmişdir ki, modelləşdirmədən sonra bağırsaq divarında formalaşan dəyişikliklər aşağıdakı patogenetik mexanizmlərlə şərtlənmişdir: 1) mexaniki zədələr hesabına hüceyrə-toxuma quruluşlarının tamlıq pozulmaları; 2) qan təchizatı pozulmaları; 3) divar qişaları və spesifik quruluşlarının adekvat drenajı, toxuma mayesi yaranması və cərəyanı blokadası (ödem); 4) divar yerli innervasiya mexanizmlərinin zədələnmələri.

Nəticədə divarda spesifik funksiyaların blokadası, endotoksik alterasiya, ödem və həyati-vajib enerji təchizatı pozulmaları aşağıdakı ardıcıllıqla tədricən dərinləşir: yüngül distrofiya və ödem $\rightarrow$ ağır distrofiya $\rightarrow$ nekrobioz $\rightarrow$ nekroz.

Boyanmış («pozitiv») zonalarda morfo-histokimyəvi dəyişikliklər kompensə olunmuş və geriyə dönən xarakterlidir. Divar quruluşları həyat qabiliyyətini və xeyli dərəjədə spesifik funksiyalarını saxlamışdır.

Boyağa münasibətdə sərhəd («hüdudi») zonalarda morfo-histokimyəvi dəyişikliklər «nekrobioz» pilləsinə çatır. Eksperiment müddətində nazik bağırsaqların müvafiq seqmentlərində bu zonalarda xov-kripta kompleksi – geriyəıdönməz; təqəllüs, mikrosirkulyasiya və mikroinnervasiya aparatları isə – hələlik geriyə dönən xarakterdə zədələnir.

Boyanmamış («neqativ») zonalarda morfo-histokimyəvi dəyişikliklər «nekroz» pilləsi ilə səciyyələnir. Spesifik funksiyalarını və həyat qabiliyyətini saxlamış quruluşlara, demək olar ki, təsadüf edilmir (yoxdur).

Beləliklə, təklif olunmuş kontrast vizualizasiya metodu ilə eksperimentdə nazik bağırsaqların çoxsaylı yaralarında bağırsaq rezeksiyası sərhədlərini dəqiqləşdirmək mümkündür. Bu halda rezektatın kənarları, ən azı, sərhəd («hüdudi») və boyanmamış («neqativ») zonaların təmas xəttindən keçməlidir.

ƏDƏBİYYAT

1. Ağayev E.K. Hemodinamikanın və homeostazın müxtəlif vəziyyətlərində bağırsaq anastomozlarının bitişməsi: T.e.n…dis. avtoreferatı.- Bakı, 1995

2.Горский В.А., Шуркалин Б.К., Фаллер А.П., и др. Проблема надежности кишечного шва при перитоните и кишечной непроходимости // Трудный пациент, 2005, №4, с.21-23.

3.Каншин Н.Н. Хирургическое лечение послеопрационного перитонита, вызванного несостоятельностью кишечных швов.- М.: Профиль, 2004, 64 с.

4.Кечеруков А.И., Чернов И.А., Алиев Ф.Ш. и др. Проблема хирургического шва толстой кишки //Хирургия, 2003, №9, с.68-74.

5.Лукьяненко А.Д., Рухляда Н.В., Гайворонский И.В. Илеоасцендоанастомоз // Вестн. хир., 2004, №6, с.35-38

6.Мамедов Н.И. Меры профилактики несостоятельности швов тонкокишечных анастомозов наложенных в условиях распространенного гнойного перитонита: Автореф. дис. … канд. мед. Наук.- Баку, 2004.

7.Милюков В.Е., Сапин М.Р., Ефименко Н.А. Гемомикроциркуляторные нарушения в патогенезе несостоятельности энтеро-энтероанастомоза // Хирургия, 2003, №8, с.35-38.

8.Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В.С.Савельева, - М.:Триада – Х, 2004, 640 с.

9.Сигал М.З., Рамазанов М.Р. Способ оперделения жизнеспособности стенки кишки в зоне формирования анастомоза //Клин. хирургия, 1991, №2, с.6-7.

10. Способ хирургической обработки ран конечностей при минно-взрывной травме: Пат: 2158544 РФ: МПК A61B17/00 / М.О.Масимов, М.И.Бобров, В.В.Азолов и др. (Азербайджан, РФ)// Изобретения. Полезные модели.- 2000-№31.

11. Способ определения жизнеспособности кишки. Пат. 5027323/14 РФ // Подкаменев В.В., Мигунов В.Е., Носков А.П., Вертлиб В.В. //Открытия. Изобретения.-1995.-№9.

12. Тимофеев Ю.М., Ананьев В.С. Илеотрансверзоанастомоз конец в конец при правосторонней гемиколэктомии //Хирургия, 1999, №1, с.39-40.

13. Яицкий Н.А., Васильев С.В., Катиашвили В.Н. и др. Профилактика послеоперационных осложнений при формировании толстокишечных анастомозов / Актуальные вопросы колопроктологии: Мат. конф.,С-Пб, 1993, с.56-57

SUMMARY

THE NEW METHOD OF DEFINITION OF VITAL –CAPABILITY OF THE INTESTINES.

Z.E.Ismailova, M.O.Masimov, I.A.Hasanov, I.O.Omarov, A.H.Allahverdiev

The method definition of the vital-capability of the intestines was prepared. An experiments has been carried about upon 20 dogs.2-3-4 hours after intestines injures an item of the special content was entered into mesenteric artery. Visually, resection has been conducted in the defending ishemik borders. Histological and sitological examinations were done and the accuracy of the prepared methods was successful.

Daxil olub: 15.09.2008

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА В СМЕШАННОЙ СЛЮНЕ БОЛЬНЫХ ДИФФУЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

Т.Г.Махмудов, Г.Э.Керимова

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Диффузный токсический зоб (ДТЗ) – органоспецифическое аутоиммунное заболевание, характеризующееся стойким, патологическим повышением продукции тиреоидных гормонов [1].

Гормоны щитовидной железы оказывают регулирующее влияние на многие стороны жизнедеятельности организма: рост, развитие, обмен веществ. В частности, гормоны щитовидной железы регулируют минеральный обмен в организме: кальций, фосфор и магний усиленно выводятся из организма и развивается остеопороз.

ЦЕЛЬ исследования – изучение уровня Ca, P, Na и K в смешанной слюне больных диффузным токсическим зобом при отягощенности этих больных заболеваниями пародонта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Клинические стоматологические исследования проведены у 118 больных ДТЗ в возрасте от 20 до 65 лет. Из них 104 женщин (88,1%) и 14 мужчин (11,9%). По тяжести ДТЗ больные были распределены на 3 группы: в 1-ю группу вошли 42 больных с легкой степенью ДТЗ (ТТГ – был снижен, T_3 и T_4 – в пределах нормы или незначительно

повышены); во 2-ю группу вошли 43 больных ДТЗ средней тяжести (ТТГ – снижен, T_3 увеличен в пределах 1,53-3,35 ммоль/л, T_4 увеличен в пределах 98,0-130 ммоль/л); в 3-ю группу включены 33 больных ДТЗ тяжелой степени тяжести (ТТГ – снижен, T_3 увеличен в пределах 2,99-7,5 ммоль/л; T_4 увеличен в пределах 98,0-180,0 ммоль/л).

Частота и тяжесть воспалительных заболеваний пародонта: гингивит, пародонтит определялись по клиническим и рентгенологическим исследованиям, а также на основании индексных показателей (PI, PMA, пробы Шиллера-Писарева).

Определение кальция, калия, натрия и неорганического фосфора в смешанной слюне больных ДТЗ проводили методом плазменной фотометрии и калориметрическим методом [2].

Таблица 1
Содержание Ca, K, Na и P в слюне больных ДТЗ

Группы обследованных	Показатели			
	Ca, мл/л	K, мг%	Na, мг%	P, мл/л
Контрольная группа n=12	1,15±0,04 (0,95-1,35)	80,5±3,5 (51,5-109,5)	38,5±2,2 (31,3-45,7)	6,05±0,52 (4,12-7,98)
ДТЗ легкой степени n=14	1,60±0,06 (1,12-2,08)	72,5±3,2 (44,6-100,4)	32,4±2,1 (25,3-39,5)	5,65±0,41 (3,85-7,45)
P	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05
ДТЗ средней степени n=12	1,85±0,07 (1,35-2,35)	65,3±3,0 (36,2-94,4)	28,4±2,1 (19,4-37,4)	4,78±0,44 (2,75-6,81)
P	<0,01	<0,05	<0,01	>0,05
ДТЗ тяжелой степени N=14	1,99±0,07 (1,48-2,50)	59,8±2,9 (28,8-90,8)	23,5±1,9 (12,2-34,8)	3,95±0,40 (1,65-6,25)
P	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Данных о содержании кальция, калия, натрия и неорганического фосфора в смешанной не стимулированной слюне у больных диффузным токсическим зобом в литературе мы не встретили. Принимая во внимание факт нарушения минерального обмена при ДТЗ и развитие остеопороза, мы сочли необходимым изучение указанных микроэлементов при легкой, средней и тяжелой форме ДТЗ у обследованных нами больных. Полученные нами результаты исследования могут быть использованы в объяснении механизмов развития кариеса и болезней пародонта у больных ДТЗ.

В таблице 1 представлены средние показатели содержания кальция, калия, натрия и неорганического фосфора в слюне у больных ДТЗ различной степени тяжести.

Так, на фоне ДТЗ легкой степени тяжести и длительности болезни до 5 лет, показатель содержания кальция в слюне статистически достоверно повышается до 1,60±0,06 ($p<0,001$), при средней степени тяжести – 1,85±0,07 мл/л ($p<0,001$) и при ДТЗ тяжелой степени – 1,99±0,07 ($p<0,001$). В контроле этот показатель на уровне 1,15±0,04 (1-1,22 мл/л).

Если в группе лиц контрольной группы уровень калия в слюне был равен 80,5±3,5 мг%, то этот показатель статистически достоверно снижается при всех степенях тяжести ДТЗ. Так, при легкой степени ДТЗ уровень снижения достигает до 72,5±3,2 мг% ($p<0,001$), при ДТЗ средней степени тяжести – 65,3±3,0 мг% ($p<0,001$) и при ДТЗ тяжелой степени тяжести – 59,8±2,3 мг%.

Содержание Na в слюне контрольной группы обследованных находился на уровне 38,5±2,2 мг%. Уже при ДТЗ легкой степени тяжести этот показатель снижается до 32,4±2,1 мг% ($p<0,001$), при ДТЗ средней степени – до 28,4±2,1 мг% ($p<0,001$) и тяжелой степени ДТЗ – 23,5±1,9.

Статистически достоверное снижение уровня макроэлемента фосфора в слюне у больных ДТЗ также характерно для этих больных. Если содержание P в слюне у контрольных обследованных был на уровне 6,05±0,52 мл/л, то уже при ДТЗ легкой степени тяжести этот показатель P снижается до 5,65±0,41 мл/л; при ДТЗ средней степени тяжести – до 4,78±0,44 ($p<0,001$) и при тяжелой степени ДТЗ отмечается статистически достоверное снижение уровня

Р не только по отношению к контрольной группе, но и по отношению к больным ДТЗ легкой и средней степени тяжести – 3,95±0,40 (p<0,01).

Таким образом, в смешанной слюне больных ДТЗ отмечается гормонально зависимое характерное возрастание уровня Са и статистически достоверное снижение уровней К, Na и Р, что, по-видимому, связано с особенностями нарушения минерального обмена у больных ДТЗ, что имеет несомненную роль в течении кариеса и болезней пародонта у этих больных.

Полученные данные могут быть диагностическими критериями при установлении степени тяжести ДТЗ и могут быть учтены при оказании комплексной стоматологической помощи больным ДТЗ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология.- М., 2000, 631.с.
2. Smith H.I., Bauer P.I. Biochemistry, 1979, v.18, p. 5067-5073.

SUMMARY

SOME INDEXES OF MINERAL EXCHANGE IN MIX SALIVA ON PATIENTS WITH DIFFUSE TOCSIN GOITER.

T.G. Mahmudov, G.E. Kerimova

The purpose of research was studying of level Ca, P, Na and K in mix saliva on patients with diffuse tocsin goiter. The clinical stomatology researches were on 118 patients at an age 20-65. So that in mix saliva on patients with diffuse tocsin goiter. Was noted hormonal depend charactered increasing of level Ca and the reducing of level K, Na and P. These data cam\n be diagnostic criteria during determining of hard degree of DTG and can be intended during complex stomatology care to patients with DTG.

Daxil olub: 13.10.2008

ВЫЯВЛЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОЛОСТИ МАТКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГИСТЕРОСКОПИИ С ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ СОСКОБА ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК С НЕУДАЧНОЙ ПОПЫТКОЙ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫМ ОПЛОДОТВОРЕНИЕМ

А.Ф. Амирова, Ф.К. Алиева, Ш.Ш.Османов
НИИ акушерства и гинекологии, г. Баку

Среди всех форм бесплодия частота маточной формы составляет около 50%. Матка-«орган мишень» репродуктивной системы, обладающий высокой чувствительностью к половым стероидным гормонам ввиду наличия большого количества специфических рецепторов. Половые стероиды вызывают соответствующие изменения в матке, необходимые для реализации репродуктивной функции. Любой патологический процесс, нарушающий анатомо-функциональное состояние матки, может способствовать формированию бесплодия. Выделяют врождённые и приобретённые поражения матки. Врождённые аномалии матки формируются в результате воздействия различных повреждающих факторов на этапах эмбрионального развития (или антенатально). У женщин с бесплодием наиболее часто выявляют следующие пороки развития матки: седловидную матку, внутриматочную перегородку, двурогую или однорогую матку. Приобретённые поражения матки возникают как следствие перенесённых воспалительных заболеваний органов малого таза, изменений гормонального гомеостаза, врачебных манипуляций и операций на этом органе. К приобретённым изменениям относят миому матки, хронический эндометрит, полипы и гиперплазию эндометрия, внутриматочные синехии (сращения), инородные тела в полости матки. В основе патогенеза бесплодия при поражении матки лежит нарушение процесса имплантации эмбриона на стадии бластоцисты, происходящее в середине лютеиновой фазы (19-24-й день) менструального цикла. [1,5]

При проведении экстракорпорального оплодотворения одной из основных причин неудач при условии переноса не менее трёх эмбрионов первого качества является внутриматочная

патология и/или патология труб (гидросальпинкс). Учитывая, что гидросальпинксы являются факторами риска обострения инфекционных процессов и возникновения внематочной беременности, а также эмбриотоксические свойства их содержимого, следует производить удаление маточных труб в условиях лапароскопии.[3] Наиболее ценным и информативным методом исследования полости матки является гистероскопия. (Рис.1) [4,7,8]

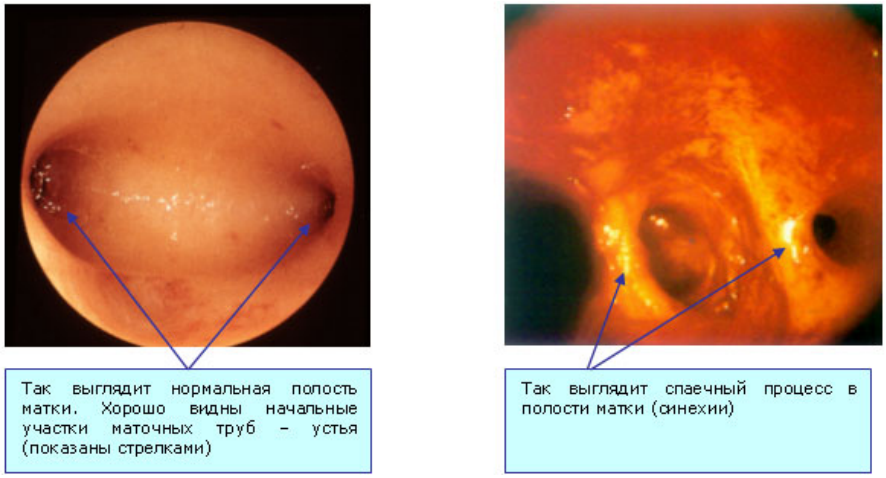


Рис. 1. Гистероскопическая картина полости матки. Слева - нормальная полость матки. Справа – внутриматочные синехии указаны стрелками

Эндоскопическое обследование проводится в первую фазу менструального цикла, так как именно в этот период на фоне тонкого эндометрия возможна хорошая визуализация полости матки. В ходе прямого визуального осмотра полости матки с помощью гистероскопа уточняют особенности внутреннего контура полости матки: оценивают состояние дна матки и его деформацию, глубину двух гемиполостей при их наличии, осматривают устья маточных труб и уточняют их локализацию, определяют васкуляризацию эндометрия, а также наличие внутриматочных синехий, полипов, гиперплазии или атрофии эндометрия. Проведение диагностического выскабливания с последующим патоморфологическим исследованием материала позволяет выявить хронический эндометрит и определить вид гиперплазии.[2,6]
Гиперплазия эндометрия – гормонально-зависимое заболевание, возникающее на фоне дефектов овуляции, чаще стойкой ановуляции и гиперэстрогении. В литературе часто применяют следующую классификацию: Железистая гиперплазия эндометрия; Железисто-кистозная гиперплазия; (рис.1) Атипическая гиперплазия эндометрия(аденоматоз, аденоматозная гиперплазия эндометрия); Полипы эндометрия.

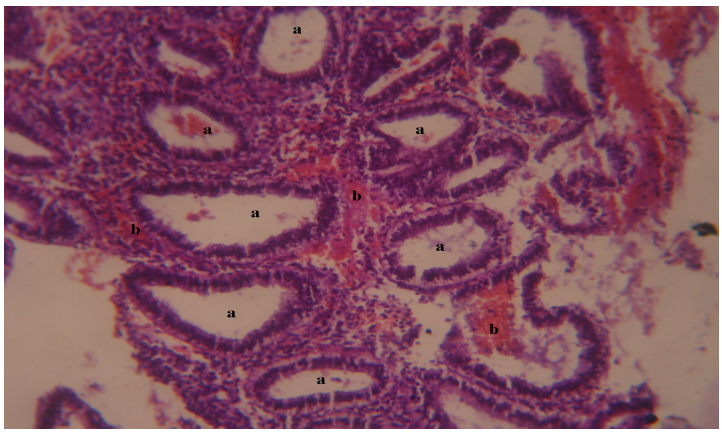


Рис.2. Микроскопическая картина железисто-кистозной гиперплазии эндометрия: a- железисто-кистозные изменения эндометрия; b- очаги кровоизлияния. Окраска гематоксилин – эозином; Ув.: 400

Причинами гиперэстрогении могут быть различные патологические изменения в яичниках: кистозные образования в яичниках: кистозные образования и опухоли, продуцирующие эстрогены, стромальный гипертекоз, СПКЯ, лечение эстрогенами.

В последние годы общепризнанными критериями морфологической диагностики хронического эндометрита являются: 1. воспалительные инфильтраты, состоящие преимущественно из лимфоидных элементов и расположенные чаще вокруг желёз и кровеносных сосудов, реже диффузно. Очаговые инфильтраты имеют вид «лимфоидных фолликулов» и располагаются не только в базальном, но и во всех отделах функционального слоя. (Рис.2); 2. Наличие плазматических клеток; 3. Очаговый фиброз стромы, возникающий при длительном течении хронического воспаления, иногда захватывающий обширные участки. (Рис.3); 4. Склеротические изменения стенок спиральных артерий эндометрия, развивающиеся при наиболее длительном и упорном течении заболевания и выраженной клинической симптоматике.

Гистологические особенности хронического эндометрита зависят от общей и тканевой реактивности, продолжительности заболевания, наличия обострений и степени их выраженности. Длительная и часто бессимптомная персистенция инфекционных агентов в эндометрии приводит к выраженным изменениям в тканевой структуре, препятствует нормальной имплантации и плацентации и формирует патологический ответ на беременность, а также вызывает нарушение пролиферации и нормальной циклической трансформации эндометрия [2,4].

Сращения в полости матки возникают в результате травмы базального слоя эндометрия, что чаще всего происходит при выскабливании полости матки. Внутриматочные синехии могут быть результатом перфорации матки, оперативных вмешательств (миомэктомия со вскрытием полости матки или метропластика), наличие инородных тел в матке, нерациональных врачебных манипуляций в полости матки, а также при хроническом воспалении в полости матки (хронический эндометрит). У женщин с первичным бесплодием и отсутствием указаний в анамнезе на манипуляции в полости матки внутриматочные синехии возникают вследствие одного специфического патологического процесса – туберкулёзного эндометрита [2,5].

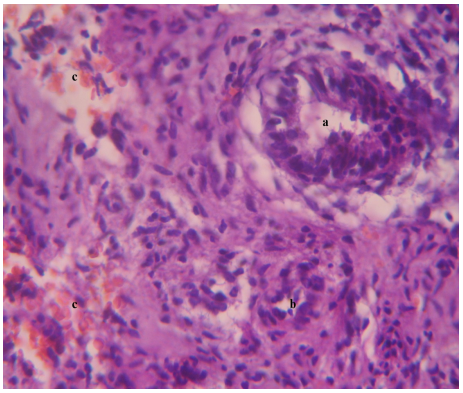


Рис. 3. Микроскопическая картина хронического эндометрита ув.400.
a- лимфоидный инфильтрат(инфильтрация лимфоцитами стромы и железы),
b- атрофированная железа,
c- кровоизлияние в строму эндометрия, видны эритроциты.
Окраска гематоксилин – эозином; Ув.: 400

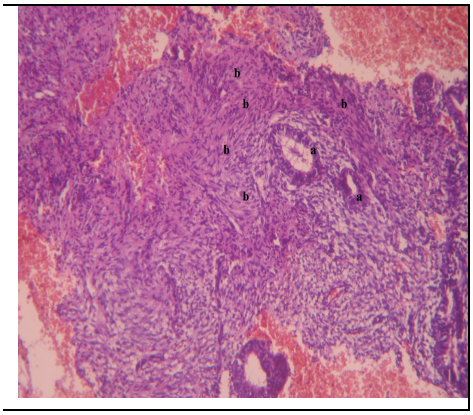


Рис.4. Микроскопическая картина фиброзных изменений эндометрия при хроническом эндометрите.
a- железа эндометрия,
b- рыхлые коллагеновые разрастания в строме эндометрия.
Окраска гематоксилин – эозином; Ув.:200

Факторами, способствующими возникновению полипов эндометрия, выступают воспалительные заболевания органов малого таза, изменение гормональных взаимоотношений,

операции на органах малого таза, а также наследственная предрасположенность к опухолевым заболеваниям. Выделяют следующие формы полипов эндометрия: Железистые, происходящие из базального слоя; состоят из стромы и желёз, просвет которых может быть расширен; Железисто- фиброзные полипы, состоящие из соединительно-тканной стромы и ограниченного количества желёз; Фиброзные полипы – соединительнотканные образования, железы почти отсутствуют.

Гистологически различают два типа полипов: 1 тип – полип состоит из функционирующего эндометрия, изменения которого развиваются параллельно стадиям и фазам менструального цикла (железисто- фиброзные и фиброзные); 2 тип – полип состоит из гиперплазированного эндометрия с кистозным расширением желёз (железистые и железисто-кистозные).

Железисто- фиброзные полипы эндометрия (1 тип) образуются на фоне свойственного овуляторному менструальному циклу гормонального статуса. Выявление очаговой гиперплазии эндометрия и полипов эндометрия у пациенток с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза и сохранёнными гормональными параметрами овуляторного менструального цикла свидетельствует о нарушении отторжения функционального слоя эндометрия на отдельных участках в период менструации. Эти полипы не являются гормонально-зависимыми. Полипы 2 типа часто выявляют на фоне дисгормональной гиперплазии эндометрия: их появление расценивается как признак реактивного роста в ответ на воздействие эстрогенов [2].

Данная научно-исследовательская работа была проведена в клинике «IVF-Center» на базе Центра Планирования Семьи. Эндоскопическое исследование проводилось в отделении эндоскопии НИИ Акушерства и Гинекологии. Патоморфологическое исследование материала диагностического выскабливания эндометрия было проведено в лаборатории Патоцитоморфологии Онкологического Центра г. Баку.

ЦЕЛЬЮ исследования явилось выявление патологических изменений полости матки при проведении гистероскопии с патоморфологическим исследованием соскоба эндометрия у пациенток с неудачной попыткой ЭКО

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. С целью подготовки к повторной попытке ЭКО при маточном (эндометриальном) факторе 27 пациенткам была проведена диагностическая гистероскопия + соскоб эндометрия с последующим патоморфологическим исследованием, 5 пациенткам – лапароскопия (тубэктомия по причине сактосальпинкса) + гистероскопия + соскоб эндометрия с последующим патоморфологическим исследованием, 1 пациентке - лапароскопия (по причине гидросальпинкса).

Возраст женщин колебался от 24 до 46 лет. Длительность бесплодия у женщин до 35 лет в среднем около 6 лет, а старше 35 лет – в среднем около 11 лет. Частота женского фактора бесплодия -53,1%, мужского фактора-12,5%, смешанного фактора- 31,25%, а бесплодие неясного генеза установлено у 3,15% супружеских пар. Первичное бесплодие встречалось в 62,5 % случаев, а вторичное – 37,5%.

Данные патоморфологического исследования: У 3 пациенток были выявлены признаки хронического эндометрита (лимфоидные инфильтраты, плазматические клетки) – 9,3%. У 20 пациенток железисто-кистозные изменения эндометрия - 62,5%. У 4 пациенток фиброзные изменения стромы эндометрия – 12,5%, при этом у 1 пациентки фиброз стромы сочетался с внутриматочными синехиями 1 степени. У 3 пациенток отёк стромы эндометрия – 9,3%. У 2 пациенток железисто-фиброзный полип эндометрия – 6,25%.

После проведения гистероскопии + соскоб эндометрия у пациенток с железисто-кистозными изменениями эндометрия была проведена заместительная гормональная терапия с целью подготовки к повторной попытке в течение двух месяцев. В случаях патоморфологического выявления признаков хронического эндометрита проводилась комплексная метаболическая (актовегин, курантил, витаминотерапия, вобензим) и антибактериальная терапия. После соответствующей терапии повторная попытка ЭКО была проведена у 23 пациенток. При этом свежие эмбрионы были перенесены в полость матки в 16 случаях, а у 7 пациенток были использованы замороженные эмбрионы. После проведения гистероскопии с патоморфологическим исследованием эндометрия 9 пациенток находятся на подготовительном периоде, а 1 пациентке была дана рекомендация на усыновление. Процент положительных результатов лечения после проведения повторной попытки ЭКО составил 39,13%.

Таким образом, результаты проведённого экстракорпорального оплодотворения зависят от многих факторов. Одним из основных моментов являются состояние эндометрия, наличие внутриматочной патологии, а также состояние маточных труб. С целью диагностики и подготовки к повторной попытке ЭКО в случае выявления эндометриального фактора неудачи целесообразным считается проведение диагностической гистероскопии в сочетании с патоморфологическим исследованием соскоба эндометрия, а в случаях выявления гидросальпинкса проведение лапароскопии с последующей тубэктомией. Проведённые вмешательства повышают процент положительных результатов лечения методом ЭКО.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кулаков В.И., Леонов Б.В. Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия (теоретические и практические подходы) – М.;МИА, 2004, 37-58с.
2. Кулаков В.И. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению. – М.: ГЭОТАР-Медиа,2005, 397-426с.
3. A prospective evaluation of the effect of salpingectomy on endometrial receptivity in cases of women with communicating hydrosalpinges.Bildirici I, Bukulmez O, Ensari A, Yarali H, Gurgan T.Department of Obstetrics and Gynecology, Hacettepe University School of Medicine, Ankara, Turkey.: Hum Reprod., 2001, v.16(11), p.2422-6
4. Doldi N, Persico P, Di Sebastiano F, Marsiglio E, De Santis L, Rabellotti E, Fusi F, Brigante C, Ferrari A. Pathologic findings in hysteroscopy before in vitro fertilization-embryo transfer (IVF-ET). IVF Unit, Obstetric-Gynecology Department, Vita-Salute University, H San Raffaele, Milan, Italy // Gynecol Endocrinol., 2005, 21(4), p.235-7.
5. The role of diagnostic hysteroscopy and endometrial biopsy in assisted reproductive technologies., La Sala GB, Montanari R, Dessanti L, Cigarini C, Sartori F., Department of Obstetrics and Gynecology, Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia, Italy // Comment in: Fertil Steril., 1999, v.71(4), p.776.
6. Diagnostic hysteroscopy: its value in an in-vitro fertilization/embryo transfer unit.Golan A, Ron-El R, Herman A, Soffer Y, Bukovsky I, Caspi E.,Department of Obstetrics and Gynaecology, Assaf Harofeh Medical Centre, Affiliated to Sackler School of Medicine, Tel Aviv University, Israel. // Hum Reprod., 1992, v.7(10), p.1433-1434
7. Assessment of uterine cavity by hysteroscopy in assisted reproduction programme and its influence on pregnancy outcome.Rama Raju GA, Shashi Kumari G, Krishna KM, Prakash GJ, Madan K.,Embryology Division, Krishna IVF Clinic, Zillaparishad Junction, Visakhapatnam 530002, Andhra Pradesh, India. krishnaivf@yahoo.com, Arch // Gynecol Obstet. 2006, v.274(3), p160-4
8. Uterine cavity findings and hysteroscopic interventions in patients undergoing in vitro fertilization-embryo transfer who repeatedly cannot conceive, Oliveira FG, Abdelmassih VG, Diamond MP, Dozortsev D, Nagy ZP, Abdelmassih R., Clínica e Centro de Pesquisa em Reprodução Humana Roger Abdelmassih, São Paulo, SP, Brazil. flaviogo2@uol.com.br // Fertil Steril,. 2003, v180(6), p.1371-5.

SUMMERY

UTERINE CAVITY FINDINGS AND HYSTEROSCOPY INTERVENTIONS WITH ENDOMETRIAL BIOPSY IN PATIENTS WITH PREVIOUS FAILED IN VITRO FERTILIZATION CYCLE

A.F. Amirova, F.K. Aliyev, Sh.Sh. Osmanov

.

The purpose of the carried out research was to determine hysteroscopy findings in patients undergoing IVF-ET who failed to conceive despite transfer of good-quality. Results of research have shown the dependence of the outcomes after in vitro fertilization from endometrial factors. It is necessary to control uterine cavity by hysteroscopy before the next attempt of IVF and the incidence of pathologic findings on hysteroscopy is high in patients with repeated failures of IVF-ET. Evaluation of endometrial integrity by hysteroscopy is highly valuable and should be applied to all such cases. Hydrosalpinx is related to low pregnancy rates in the settings of in vitro fertilization-embryo transfer programs and the surgical treatment may improve endometrial receptivity.

Daxil olub: 15.09.2008

AĞIZ BOŞLUĞUNUN TƏKRARİ PROTEZLƏNMƏYƏ OLAN EHTİYACININ MÜƏYYƏNLƏŞDİRİLMƏSİ VƏ BU EHTİYACIN YARANMA SƏBƏBLƏRİ HAQQINDA

H.Ö. Şirəliyev, İ.H. Həsənov, G.E. Kərimova, H.İ. Qocayeva
Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Respublikamızda stomatoloji xəstəliklərin geniş yayılması ortopedik stomatoloji yardımın effektivliyinin artırılması zərurətini qarşıya qoyur. Yəni dişlərdə və diş sıralarında yaranmış müxtəlif növ qüsurların protezlərlə bərpası elə diqqətli və keyfiyyətli aparılmalıdır ki, bu sonradan insanlarda təkrari və əlavə protezlənməyə ehtiyac yaratmasın.

Bizim bu tədqiqatımızın MƏQSƏDİ də məhz təkrari protezlənmənin yaranma xüsusiyyətlərini müəyyən etməkdən, onun profilaktikasını təmin edilməsindən ibarətdir.

TƏDQİQATIN MATERİAL VƏ METODLARI. Tədqiqatlar zamanı müəyyən edilmişdir ki, ortopedik stomatoloji yardım almış 1090 nəfərin 774-də (71,0%) təkrari və əlavə protezlənməyə ehtiyac vardır. Eyni zamanda məlum olmuşdur ki, protez gəzdirən əhalinin 55,6%-i (606 nəfər) keyfiyyətsiz hazırlanmış və ya uzun müddət istifadə edildiyi üçün yararsız hala düşmüş müxtəlif konstruksiyalı protezlərdən istifadə edir ki, bunların da 32,3%-i (351 nəfər) protezin konstruksiyasının düzgün seçilməməsi nəticəsində, 23,3%-i (255 nəfər) müxtəlif texniki səhvlər və uzunmüddətli istifadə nəticəsində protezlərin diş-çənə sisteminə göstərdiyi dağıdıcı təsirlə əlaqədar dəyişdirilməlidir.

Protez gəzdirən əhalinin 15,4%-nin (168 nəfər) əlavə protezlənməyə ehtiyacı olduğu müəyyən edilmişdir. Belə ki, bu əhalinin ağız boşluğunda olan müxtəlif konstruksiyalı protezlər ortopedik tələbata cavab versə də, diş-çənə sistemində baş verən digər xəstəliklər və qüsurlar əlavə protezlənməyə ehtiyac yaradır.

Protez gəzdirən əhalinin yalnız 29,0%-də (316 nəfər) göstərilən ortopedik stomatoloji yardımın bütün tələbatlara cavab verdiyi müəyyən edilmiş və onların istər təkrari, istərsə də əlavə protezlənməyə ehtiyacı olmamışdur.

Tədqiqatlar nəticəsində müxtəlif səbəblərdən tələbata cavab verməyən protezlər gəzdirən 606 şəxsdən 352-də aşağıda adları çəkilən ağırlaşmalar müşahidə edilmişdir: selikli qişa xəstəlikləri, parodontit, dişin sərt toxumalarının maserasiyası, dişlərin patoloji sürtülməsi. Qalan 254 nəfərdə protezlər tələbatlara cavab verməsə də, ağız boşluğunda nəzərə çarpacaq patoloji dəyişikliklər törətməmişdir.

Ortopedik stomatoloji yardım almış şəxslərdə protezlərin təsiri nəticəsində diş-çənə sistemində baş verən fəsadların strukturu və intensivliyi 1-ci cədvəldə verilmişdir.

Cədvəl 1

Ortopedik stomatoloji yardım almış şəxslərdə protezlərin təsiri nəticəsində diş-çənə sistemində baş verən fəsadların strukturu və intensivliyi

№	Xəstəliklərin adı	Sayı (%)	Hər 100 nəfər əhali üçün
1	Süni qapaq altında dişlərin sərt toxumalarının maserasiyası	7,1	2,8
2	Protezlərin təsirindən antoqonist dişlərin patoloji sürtülməsi	4,0	1,9
3	Parodontitlər	21,6	7,0
4	Selikli qişa xəstəlikləri	67,3	21,7
5	Cəmi:	100,0	32,3

NƏTİCƏ VƏ MÜZAKİRƏLƏR. Cədvəldən müəyyən olur ki, hər 100 nəfər müayinə edilmiş protez gəzdirən şəxsdən 32,3 nəfərində protezlər ağız boşluğunda protez sahəsi və ətraf toxumalara patoloji təsir göstərir. Hər 100 nəfər müayinə olunan protez gəzdirən şəxsin 21,7 nəfərində bu təsir selikli qişa xəstəlikləri şəklində özünü göstərir (xroniki qinqivit, müxtəlif stomatitlər, yataq yaralar). Xəstəliklərin yaranmasının əsas səbəbləri isə protez hazırlanan zaman buraxılan kliniki və texniki səhvlərdir. Süni qapaqların diş əti cibinə çox dərin daxil edilməsi, onların diş əti üzərində oturdulması, hissəvi və tam çıxan protezlərin hazırlanması zamanı protez sərhədlərinin düzgün təyin edilməməsi,, körpüyəbənzər protezlərin aralıq hissəsinin selikli qişaya münasibətinin düzgün müəyyənləşdirilməməsi məhz belə səhvlərdəndir. Parodontit xəstəliklərinin yaranmasının əsas səbəbləri isə dayaq dişlərinin düzgün seçilməməsi, protezləmə zamanı parodontun vəziyyətinin nəzərə alınmaması,

laxlayan dişlərdən dayaq kimi istifadə edilməsi, antoqonist dişlərin vəziyyətinin nəzərə alınmamasıdır.

Cədvəldən göründüyü kimi, dişlərin sərt toxumalarının zədələnməsi hər 100 nəfər müayinə olunan şəxsin 2,3 nəfərində dişlərin sərt toxumalarının maserasiyası, 1,9 nəfərində isə dişlərin patoloji sürtülməsi müşahidə edilmişdir.

Bütün bu müayinələrin nəticələrindən belə qənaətə gəlmək olar ki, keyfiyyətsiz hazırlanmış protezlərin diş-çənə sisteminə göstərdiyi mənfi təsir nəticəsində ən çox selikli qişa və parodont toxumalarında patoloji dəyişikliklər baş verir. Dişlərin sərt toxumalarının zədələnməsi minimal həddə qalır.

Müayinələr zamanı əhalinin ortopedik stomatoloji yardımla təminatı və hazırlanmış müxtəlif konstruksiyalı protezlərin istifadə üçün yararlılıq dərəcəsi də öyrənilmişdir.

Müəyyən edilmişdir ki, 55 yaşına qədər olan əhalinin əksər hissəsi çıxmayan protezlərdən istifadə edir. 56 yaşından başlayaraq çıxmayan protezlərdən istifadə edən şəxslərin sayı azalır, bunun əvəzinə isə çıxan protezlərin sayı müvafiq olaraq artır. Maraqlı cəhət isə ondan ibarətdir ki, 66 yaşdan yuxarı şəxslərdə körpüyəbənzər protezlərə rast gəlinməmişdir. Müayinə nəticəsində əhaliyə göstərilən ortopedik stomatoloji yardımın aşağı səviyyədə olduğu müəyyən edilmişdir. Məsələn, körpüyəbənzər protez gəzdirən 854 nəfərin 520 nəfərində (60,9%) hissəvi çıxan lövhəli protez gəzdirən 163 nəfərin 102 nəfərində (62,6%), tam çıxan protez gəzdirən 26 nəfərin 17-də (65,4%) hazırlanmış protezlərin istifadə üçün yararsız vəziyyətdə olduğu müəyyənləşdirilmiş və dəyişdirilməsi tövsiyə edilmişdir.

Müayinə zamanı müxtəlif konstruksiyalı 2631 qapaq müayinə edilmiş və bunlardan 976-sının (37,1%) tələbatlara cavab vermədiyi müəyyən edilmişdir. Müayinə zamanı qapaqların dəyişdirilməsini zəruri edən səbəblər müəyyənləşdirilmişdir. Belə ki, 540 qapaq (20,5%) dişin boyun hissəsinin çılpaqlaşması səbəbindən dəyişdirilməlidir. Çünki, bu nahiyələrdə qida qalıqlarının toplanması, kariyes boşluqlarının yaranması müşahidə olunmuşdur. 126 qapaq (4,9%) diş əti cibinə normadan artıq daxil olmuş, dişin bağ aparatını zədələmiş və nəticədə parodont toxumalarında patoloji dəyişikliklərə səbəb olmuşdur.

106 qapaq enli hazırlanmış (4,0%), diş əti cibinə daxil olmaq əvəzinə diş əti üzərinə oturaraq onun iltihablaşmasına və nekrozlaşmasına səbəb olmuşdur.

78 qapaq (3,0%) uzun müddətli istifadə nəticəsində deşilmiş, 92 plastik qapağın (3,5%) boyun nahiyəsində göyərmə və qaralma müşahidə edilmişdir.

34 metal qapaqda (1,3%) qaralma müşahidə edilmişdir.

Müayinə zamanı 2264 çıxmayan körpüyəbənzər (1926) və konsol protezlər (338) müayinə edilmişdir. Müayinə edilmiş 2264 çıxmayan protezlərin 928-i (41,0%) istifadə üçün yararsız vəziyyətdə olmuşdur. Bu protezlərin ya dəyişdirilməyə, ya da başqa konstruksiyalı protezlərlə əvəz edilməyə ehtiyacı olmuşdur. 363 çıxmayan protez (39,1%) selikli qişanın iltihabına səbəb olmuş, 135 protez isə (14,5%) dayaq dişləri düzgün seçilmədiyi üçün dişlərin laxlamasına gətirib çıxarmışdır. Konsol protezlərdə 2, bəzən isə 3 asma diş qoyulması halları müşahidə edilmişdir.

Protezlərin keyfiyyət göstəricilərinin aşağı düşməsində diş boynunun çılpaqlaşması mühüm yer tutur (32,1%). Bunun səbəbləri isə protezlərdən uzun müddət istifadə edilməsi, protezlərin keyfiyyətsiz hazırlanması və parodont xəstəlikləridir.

62 halda (6,9%) protezlərin yararsız hala düşməsinə səbəb dayaq qapaqlarının uzn olması, 29 halda (3,1%) protezlərin rənginin qaralması, 12 halda (1,3%) qalvanoz, 28 halda isə (3,0%) dayaq qapaqlarının sürtülüb deşilməsi olmuşdur.

Müayinələr zamanı 282 hissəvi çıxan və 40 tam çıxan protezlər müayinədən keçirilmişdir (cəmi 322 protez). Müəyyən edilmişdir ki, bu protezlərin yalnız 118-i (36,6%-i) prootezlərə olan tələbatları ödəyir və onlardan istifadə etmək olar. Qalan 204 protez (63,4%) isə istifadə üçün yararsız olmuşdur və dəyişdirilməsi tövsiyə edilmişdir.

9 nəfərdə protezə qarşı allergiya xarakterli ağırlaşma müşahidə edildiyi üçün (14 protez) protezlərin təzələnməsi və rəngsiz bazis plastik kütləsi ilə işlənməsi məsləhət görülmüşdür.

Çıxan protezlərin yararsız hala düşməsinin əsas səbəbləri uzun müddət istifadə nəticəsində dişlərin və qabarların tamamilə sürtülməsi, protez sahəsinin atrofiyası ilə əlaqədar protezin bazisinin protez sahəsinə uyğun gəlməməsi, dişləmin aşağı düşməsi,

orqanizmin protezə qarşı göstərdiyi allergik reaksiyası, hazırlanma zamanı buraxılan texniki səhvlərdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Əhmədov Ə.A., Hacıyev Ə.H. Diş sıralarının hüdudlanmayan qüsurlarının protezlənmə xüsusiyyətləri. Dərs vəsaiti. Bakı, 2003, 129 s.

2.Qarayev Z.İ., Pənahov N.A. Parodont xəstəliklərinin ortopedik müalicəsi. Dərs vəsaiti. Bakı, 2001, 111 s.

3.Богданова Т.К. Ошибки при лечении больных с полным отсутствием зубов. Труды 6-го съезда РАС. М., 2000, с. 412-414.

4.Керимов Э.Э., Тагиев А.И., Сафаров А.И., Шахмурадов Р.Р., Архмамедов А.М. Протезирование металлокерамическими протезами при пародонтитах. Достижения медицинской науки и практического здравоохранения Азербайджана. Сборник научных трудов по материалам XI Республиканской научной конференции. III том. Баку, 2000, с. 54-57.

5.Малый А.Ю., Тучик Е.С. Отдаленная экспертная оценка при гражданских лицах качества ортопедического лечения. Стоматология, 2001, №6, с. 47-49.

6.Щербаков А.С., Иванова С.Б., Кудрин А.Н., Никоноров В.И. Клиническое изучение эффективности и дезинфекции съемных протезов. Новое в стоматологии, 2001, №4, с. 55-58.

SUMMARY

THE ASSESSMENT OF NEEDNESS OF ORAL CAVITY TO REPETITION DENTURE AND THE CAUSES OF THEIR BEGINNINGS

G.O.Shiraliyev, G.E.Karimova, H.I.Qojayeva

.To study needness of the urban population to repetition denture and their origin causes.

1090 persons oral cavity were prospectively investigated visually and instrumentally. The obtained data have demonstrate that 774 of 1090 having various types dentures persons need to repetition denture (71.0%). For 606 persons 55.6% had prepared unquality dentures, or their constructions had chosen uncorrect. In 168 persons (15.4%) had arise need to the additional dentures. Only in 316 persons 29.0% had defined quality prepared dentures. Had investigated the causes of destruction of dentures and inconsistency between dental constructions and standards.

Daxil olub: 10.09.2008

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Р.Ш. Везирова, С.Н.Велиева

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

В последние годы значительно возросла частота кесарева сечения. Так, по данным национальной статистики США в период с 1985 по 1994 гг. частота кесарева сечения составила 22-22,3%. Частота кесаревых сечениий вт1993 г. в Испании составила 21,2%, в Мексике - 22,5%, на Кубе – 33,9%, в Бразилии – 35% [7]. По данным Савельевой Г.М., в настоящее время его частота во многих странах превышает 22% (Канада, Швейцария и др.), в некоторых (США, страны Латинской Америки, Китай) достигает 30% и выше. В Российской Федерации в 2006 г. частота кесарева сечения составила 18,4%, в Москве – 19,5% [6]. В Белоруссии последние два десятилетия кесарево сечение применялось в 10-20% случаев [4].

Возросшая частота кесарева сечения привела к увеличению количества осложнений послеоперационного периода. Несмотря на совершенствование оперативной техники, качества шовного материала, большой выбор антибактериальных средств, гнойно-воспалительные осложнения после кесарева сечения продолжают оставаться серьезной проблемой. По данным отдельных исследователей, увеличение на 1% частоты кесарева сечения привело к двукратному повышению послеоперационной заболеваемости [3]. Исследования, выполненные многими авторами, показывают, что частота внутриматочной инфекции после операции кесарева сечения в 4-5 раз выше, чем после самопроизвольных родов. Особое значение имеет проблема возникновения перитонита после операции кесарева сечения, так как, по данным некоторых авторов, повышение числа оперативных родов обусловило тенденцию к

увеличению частоты послеоперационных инфекционных осложнений, отличающихся тяжелым и длительным течением, сопровождающихся воспалительными изменениями швов на матке, приводящих к развитию перитонита или генерализованной инфекции [2,5].Учитывая вышеизложенное, профилактика септических заболеваний имеет особое значение.

ЦЕЛЬ нашего исследования – установить частоту гнойно-воспалительных осложнений и определить эффективность профилактического применения антибиотиков разных групп у женщин после операции кесарева сечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Для выполнения поставленной цели нами было проведено клинико-лабораторное исследование 47 женщин, родоразрешенных путем абдоминального кесарева сечения. Средний возраст женщин составил 28,5 лет. Первобеременных было 18, повторнобеременных – 29 женщин. Роды в анамнезе были у 22 обследованных, у 7 женщин предыдущие беременности завершились самопроизвольными выкидышами, у 15 - искусственными абортами. У 14 беременных, обследованных нами, в анамнезе было оперативное родоразрешение путем кесарева сечения.

Изучение анамнеза выявило, что до беременности 7 женщин перенесли хронический гастрит, 6 – колит, 6 – пиелонефрит, 27 – воспалительные заболевания внутренних половых органов (кольпит, эндоцервицит, сальпингоофорит). 19 женщин страдали бесплодием, из них 7 – первичным, 12 – вторичным. Женщины, имеющие в анамнезе воспалительные заболевания внутренних половых органов и бесплодие, длительное время лечились в различных лечебных учреждениях.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ. Течение беременности у 19 женщин осложнилось гестозами I и П половины, у 16 отмечалась угроза прерывания беременности, у 27 – анемия, 13 женщин перенесли острые респираторные заболевания, 5-пиелонефрит. У 22 беременных имелись признаки кольпита.

Показания к операции кесарева сечения у обследованных женщин были следующие: у 10 женщин - преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, у 12- несостоятельность рубца на матке, у 4- полное предлежание плаценты, у 11- клинически узкий таз, у 3-преэклампсия, у 2- поперечное положение плода, у 2- острая гипоксия плода, у 3- тазовое предлежание плода с массой тела более более 3800,0 г. У 42 женщин операция проводилась при доношенной беременности, у 5-и - при сроке беременности 36-37 недель. Во всех случаях операции производились в нижнем маточном сегменте поперечным разрезом под интубационным наркозом.

По данным литературы, распространению инфекции способствуют хронические или острые экстрагенитальные заболевания во время беременности и в родах, инфицирование во время родового акта (затяжные роды, длительный безводный промежуток, родовой травматизм) [5], что было выявлено и в нашем исследовании. Основным путем распространения инфекции в настоящее время считается восходящий путь (инфицирование до или во время родового акта) [1]. Нами было проведено бактериологическое исследование содержимого влагалища и цервикального канала женщин до операции, что позволило выявить повышенную обсемененность родовых путей. Состав микрофлоры цервикального канала обследованных женщин был следующим (Таблица):

Таблица

Состав микрофлоры цервикального канала обследованных женщин

Вид возбудителя	Число женщин
Грамотрицательные диплококки	3
Стрептококки	3
Трихомонады	2
Эшерихии	7
Микоплазмы	8
Хламидии	13
Дрожжеподобные грибы	12

У 28 женщин в мазке было выявлено большое количество лейкоцитов.

С целью предупреждения гнойно-воспалительных осложнений 39 женщинам были назначены антибиотики широкого спектра действия. 17 из них (1-ая группа) получали

полусинтетический пенициллин – ампицид, 22-м (2-ая группа) был назначен цефалоспорин III поколения – цефтриаксон. Антибиотики вводили внутривенно интраоперационно после пережатия пуповины плода с последующим введением их через 12 и 24 часа после операции. Ампицид вводили в дозе 1,5 г, цефтриаксон в дозе 1 г. 8 женщинам после операции антибиотики назначены не были (3-я группа).

Проведенное исследование показало высокую эффективность профилактического применения антибиотиков, так как ни в 1-ой, ни во 2-ой группах у родильниц гнойно-воспалительные явления не наблюдались, в то время как в 3-ей группе у 3 родильниц были отмечены осложнения. У 2 женщин в послеоперационном периоде развились легкие формы раневой инфекции и у 1-ой женщины - эндометрит.

На основании анализа данных нашего исследования можно заключить, что применение коротких курсов антибиотикотерапии с использованием полусинтетических пенициллинов и цефалоспоринов является эффективным методом профилактики гнойно-септических осложнений после операции кесарева сечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимова М.И., Перепелица С.Е., Перепелица И.Я. Риск развития перитонита после кесарева сечения // Акушер. и гинекол., 1989, №3, с.42-44.
2. Ахтамова З.М., Воропаева С.Д. Пути снижения инфекционных осложнений после кесарева сечения // Акушер. и гинекол., 1986, №10, с.35-40
3. Воропаева С.Д., Иванов И.П., Анкирская А.С. и др. Антибиотикопрофилактика при кесаревом сечении // Акушер. и гинекол., 1980, №11, с.38-41.
4. Дуда В.И., Дуда Вл.И., Дуда И.В. Оперативное акушерство.- Мн.:Интерпрессервис, Книжный дом, 2002, с.339
5. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии / Под ред. Кулакова В.И., Серова В.Н.- М., 2005, с.172-174
6. Савельева Г.М. Кесарево сечение и его роль в современном акушерстве // Акушер. и гинекол., 2008, №3, с.10-15.
7. Чернуха Е.А. Кесарево сечение – настоящее и будущее // Акушер. и гин., 1997, №5, с.22-28

SUMMARY

SOME ASPECTS OF PREVENTIVE MAINTENANCE OF PURULENT - SEPTIC COMPLICATIONS AFTER CESAREAN SECTION.

R.Sh. Vezirova, S.N.Veliyeva

The increased frequency of Cesarean section has led to increase in quantity of complications in postoperative period.

Aim of investigation: to establish frequency of purulent - septic complications and to determine efficiency of preventive application of different groups of antibiotics at women after Cesarean section. The carried out investigation has allowed to conclude, that application short rates of antibiotic therapy with use halfsynthetic penicillins and cephalosporins is an effective preventive method of purulent - septic complications.

Daxil olub: 17.11.2008

ЦИТОКИНОВЫЙ МОНИТОРИНГ В СРАВНИТЕЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ ПРИМЕНЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ ЭНДОПРОТЕЗОВ У БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

И.С. Иванов, С.В. Иванов, Р.А. Мамедов, А.В. Цуканов, И.А. Иванова, Н.А. Велиев
Курский Государственный медицинский университет, РФ, Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

Проблема возникновения послеоперационных вентральных грыж появилась одновременно с рождением хирургии брюшной полости и остается актуальной, и до конца не изученной и по сей день. По данным отечественных и зарубежных авторов 5-40% операций на

органах брюшной полости приводит к образованию послеоперационных вентральных грыж [2,7,9,10,14]. Отдельная часть проблемы – лечение рецидивных грыж передней брюшной стенки, составляющих до 30 % от общего числа операций.

Общепризнанным в настоящее время методом лечения послеоперационных грыж передней брюшной стенки является эндопротезирование с использованием различных типов синтетических эндопротезов. Распространенным способом пластики послеоперационных вентральных грыж является методика sublay или inlay. Однако в условиях обширных и гигантских послеоперационных грыж, когда происходят значительные деформации структур передней брюшной стенки и подкожной клетчатки, а так же с целью сокращения времени оперативного пособия нередко приходится прибегать к пластике типа «onlay». Кроме того, при использовании общеизвестных методик, таких как операция типа Ramirez, в последнее время наметилась тенденция к пластике «onlay» [3,10,11,15,16]. Вышеперечисленные факторы позволяют говорить о возможности, и самое главное, необходимости изучения состояния области имплантации эндопротеза, особенно цитокинового профиля в динамике.

Подобное разнообразие в видах эндопротезов и методиках пластики приводит к необходимости обоснованного и целесообразного выбора типа эндопротеза и его размера, и способа пластики сообразно объема грыжи, наличия осложнений и многих других параметров. Кроме того, одним из сложных вопросов остается проблема послеоперационных экссудативных осложнений после различных вариантов герниопластики и вариантов и сроков дренирования послеоперационной раны.

Остается до конца не решенным вопрос об иммунологической реактивности различных по структуре, толщине, жесткости и, самое главное, химической структуре эндопротезов. Игнорирование иммунологических свойств протеза в контексте течения раневого процесса делает затруднительным достоверную оценку результатов лечения. [1,4,5]

Концепция, заключающаяся в том, что некоторые цитокины преимущественно индуцируют воспаление, тогда как другие подавляют его, является фундаментальной, как для биологии цитокинов, так и для клинической медицины. Это позволяет прогнозировать ответ организма на имплантацию чужеродного материала [6,8,12,13]. Баланс между эффектами про- и противовоспалительных цитокинов и определяет результат течения воспалительного процесса.

ЦЕЛЬЮ работы являлось сравнительное клиническое изучение результатов использования двух различных синтетических эндопротезов – полипропилен «Эсфил» фирмы “Линтекс” С-Петербург и политетрафторэтилен «Экофлон» фирмы “Экофлон” С-Петербург.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Настоящее сообщение основано на изучении исходов пластики только типа «onlay» у 150 пациентов, находившихся на лечении в клинике с 2003 по 2007 гг. Пациенты были разделены на 2 группы. 1-я группа состоит из 79 пациентов находившихся на лечении 2003-2004 гг., в качестве эндопротеза применялся полипропилен (Эсфил). Во 2-ю группу включены 71 пациент, прооперированные в период 2005-2007 гг., с использованием политетрафторэтиленовых протезов. (Экофлон). Из каждой группы пациентов была выделена подгруппы по 20 больных. Подгруппа № 1 - 20 пациентов с эксплантацией протеза - «Эсфил» и подгруппа № 2 – 20 больных соответственно с использованием протеза - «Экофлон». У 1 и 2 подгрупп пациентов проводилось сравнительное изучение цитокинового мониторинга.

Следует отметить, что группы использования «Эсфила» и «Экофлона» различались по процентному соотношению числа рецидивов, локализаций грыжевого дефекта и его размерам. Именно поэтому были созданы соотносимые, рандомизированные подгруппы № 1 и № 2. В данных подгруппах были введены пациенты с соизмеримыми размерами грыжевых дефектов и локализаций, числом рецидивов, причем это были пациенты только с гигантскими и обширными грыжами. Именно у больных подгрупп № 1 и № 2 проводился цитокиновый мониторинг отделяемого. Малые и средние по размерам грыжи были исключены из рассмотрения в контексте этих подгрупп в связи со статистически недостоверными результатами и малым временем пребывания в стационаре.

Материал нами «забирался» начиная с 3 суток от момента операции, т.к. ранее в аспирате преобладали эритроциты. Практически во всех случаях дренажи к 12-ти суткам удалялись. Длительный срок стояния дренажей в большей степени определялся необходимостью исследования цитокинов на сроках более 6-7 суток.

Первой частью работы стало сравнительное изучение клинического опыта и результатов цитокинового мониторинга аспирата из области расположения эндопротеза. В дальнейшем основные клинические данные, такие как: температурная реакция, лейкоцитарная реакция, количество отделяемого

по дренажу и его органолептические свойства сравнивались с результатами исследования цитокинов.

Всем пациентам выполнялся активный сонографический мониторинг области послеоперационной раны. При обнаружении сером или гематом выполнялось пункционное дренирование данных экссудативных образований под ультразвуковым контролем.

Для простоты статистического анализа была разработана карта больного. На основании бумажного варианта создана компьютерная база данных, позволившая не только производить запись информации, но и в последующем выполнять стандартные статистические вычисления.

Цитокиновый мониторинг включал в себя исследование полученного в результате пункций, выявленных при помощи УЗИ экссудативных образований и из дренажей раневого экссудата. Определялись органолептические свойства (цвет), объем жидкости и цитокиновый профиль (ИЛ-8,ФНО и ИЛ-4,). Методика определения концентрации цитокинов в материале выполнялась по следующей схеме: полученный центрифугированием из экссудата надосадок собирали в пробирки "Эппиндорф" и замораживали. Концентрацию цитокинов в образцах определяли иммуноферментным методом с предварительной калибровкой на наборах фирмы "Протеиновый контур" (СПб, Россия) - для ИЛ-4 и "Цитокины" (СПб, Россия) - для ФНО-ά и ИЛ-8 с последующей спектрофотометрической оценкой.

Выбор провоспалительных и противоспалительных цитокинов (ФНО-α, ИЛ-8 и ИЛ – 4) для клинического исследования сделан, учитывая каскадность механизмов иммунологического ответа для данных цитокинов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. По половому составу, вполне прогнозируемо, большую часть больных составили женщины, причем в обеих группах практически одинаковую.

Наибольший объем грыж наблюдался у женщин. Основная масса пациентов - люди зрелого и пенсионного возраста. Подавляющее большинство грыж по нашим данным возникает после перенесенных ранее оперативных вмешательств. Изучаемые группы и подгруппы сопоставимы по составу и числу пациентов.

Такой значительный процент сером при использовании сетчатых эндопротезов возник, т.к. серомой мы считали выделение серозной жидкости по дренажу более чем 5-6 суток у больных с обширными и гигантскими грыжами. У малых и средних грыж серомой считали ограниченное скопление жидкости непосредственно в области расположения эндопротеза, выявленное при сонографическом исследовании. Гематомы так же верифицировались при УЗИ и в последующем выполнялись их пункции.

При использования политетрафторэтилена мы чаще встречали образование сером, особенно в случае гигантских грыж. Однако в случае использования полипропиленовых эндопротезов более чем в 2 раза чаще наблюдались гематомы, что было связано с большей жесткостью края полипропилена травмирующего ткани. Положение о большей жесткости полипропилена (не только «Эсфила») по сравнению с нетканными протезами, особенно с политетрафторэтиленом не вызывает сомнения и описано в литературе.

Таблица 1
Количество сером и гематом

	Осложнения	Эсфил (%)	Экофлон (%)
1.	Серома	48,6±4,5	61,01±3,8
2.	Гематома	7,1±1,5	2,8±1,1

($p<0,05$)

При исследовании иммунологической картины, продуцируемых цитокинов, нами достоверно было установлено, что увеличение грыжевого дефекта в размерах приводит к более активной продукции провоспалительных ИЛ-8 и ФНОα в случае использования обоих протезов, что вполне закономерно.

Концентрация ФНО применительно к «Экофлону» уже на 3-и сутки исследования находиться на более высоком уровне, по сравнению с «Эсфилом». На 3-и сутки исследования концентрация ФНО в случае «Экофлона» в 5 раз выше. В дальнейшем данная тенденция полностью сохраняется. На 4-е сутки концентрация ФНО у больных с применением «Экофлона» возрастает более чем в 4 раза, концентрация ФНО в случае использования «Эсфила» возрастает значительно медленнее, увеличиваясь только в 1,6 раза. Данная тенденция при применении «Экофлона» сохраняется также и на 5- сутки, от момента выполнения

операции. Однако, на сроке 5 суток значительно увеличивается концентрация ФНОα относительно протеза «Эсфил». При этом концентрация ФНОα для «Эсфила» «догоняет» показатели «Экофлона» ($p<0,05$). На 5 – 7 сутки концентрация ФНОα для обоих эндопротезов максимальна. Однако в случае «Эсфила» достоверно определяется пик концентрации на 7 сутках ($p<0,01$), тогда как в случае «Экофлона» достоверного пика значений не определяется. Максимальная концентрация ФНОα в случае использования эндопротеза «Экофлон» определяется раньше на 2 суток и сохраняется в 2 раза дольше аналогичных показателей в случае «Эсфила». Начиная с 7-х суток динамика концентрации ФНОα при использовании обоих протезов практически идентична ($p>0,05$). Наблюдается плавное и постепенное снижение ФНОα вплоть до 12 суток, когда показатели равнозначны концентрации на 3 сутки. Суммируя вышесказанное необходимо отметить значительное и более раннее повышение концентрации ФНОα в случае использования эндопротеза «Экофлон», снижение же концентрации происходит симметрично и одновременно.

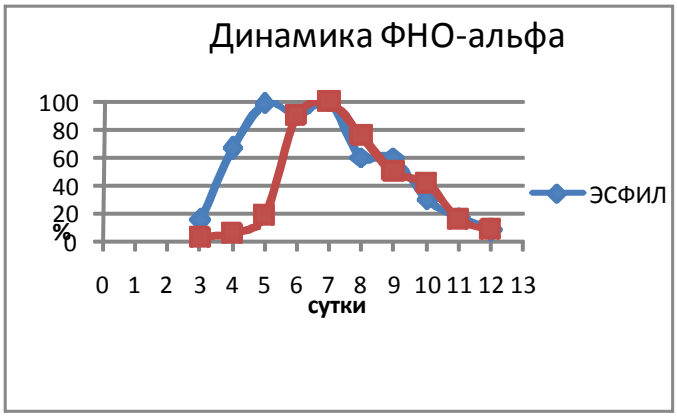


Рис. 1. Динамика изменения ФНО-ά

При рассмотрении рис 2 становиться понятно, что динамика изменения концентрации ИЛ-8, который является хемоаттрактантом лейкоцитов, стимулирующим дальнейшую миграцию их в очаг воспаления, достоверно отличается в зависимости от применяемого эндопротеза ($p<0,01$). Как и в случае с ФНОα, уже к 3 суткам от момента оперативного вмешательства концентрация применительно для «Экофлона» достоверно выше. Однако в отличие от ФНОα концентрация ИЛ-8 в случае «Экофлона» к 3-м суткам на порядок превышает аналогичные показания ИЛ-8 для «Эсфила». Кроме того, этот более высокий уровень концентрации ИЛ-8 сохраняется на 4-е сутки исследования при использовании «Экофлона» превышая аналогичные показатели для «Эсфила» в 1,3 раза. Как уже говорилось ранее, мы не исследовали концентрации изучаемых цитокинов ранее 3-х суток от момента операции. По нашему мнению, столь высокий уровень концентрации ИЛ-8 для «Экофлона» означает раннее повышении концентрации этого цитокина. Если учитывать динамику повышения ИЛ-8 относительно «Эсфила», то аналогичный момент начала резкого повышения концентрации проецируется на 1-2 сутки от момента операции. Существенная разница в динамике ИЛ-8 имеет место на 3-12 сутках. В случае применения «Экофлона» наблюдается высокая концентрация ИЛ-8 на протяжении длительного отрезка времени и максимальные значения этого цитокина достигаются только к 8-9 суткам от момента операции, когда обычно дренажи удалены. Это свидетельствует о поддержании выраженной воспалительной реакции более длительное время в случае применения «Экофлона». Только на 11-12 сутки от момента эксплантации эндопротеза начинается плавное снижение показателей ИЛ-8. Учитывая отсутствие данных после 12-суток от момента операции, можно предположить, что «нормализация» показателей ИЛ-8 наступает к 15-16 суткам.

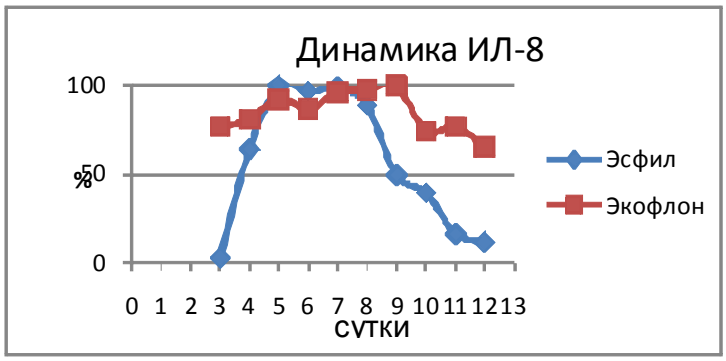


Рис. 2. Динамика изменения ИЛ-8

Так же следует сказать, что в случае использования «Экофлона» отсутствует достоверный «пик» показателей в течение наблюдения, что затрудняет выявление момента, когда воспаление максимально. Имеется в виду 7-9 сутки от момента операции ($p>0,05$).

Как уже указывалось ранее, ИЛ-8 - является продуктом активированных макрофагов, фибробластов и эпителиальных клеток, выделяющимся в ответ на действие ФНО. Динамика повышения концентрации ФНО-ά при использовании обоих эндопротезов (рис. 1) до 7 суток идентична и отличается только наличием временного интервала. После 7 суток концентрации ФНО-ά при использовании «Эсфила» и «Экофлона» достоверно не различается, но концентрация ИЛ-8 уже к 3 суткам существенно различается и различается на несколько порядков. Мы считаем, что в зоне расположения эндопротеза присутствует значительно большее число макрофагов и фибробластов, в случае использования «Экофлона». Данное положение основывается исходя из структуры эндопротезов.

К 3-м суткам концентрация противовоспалительного цитокина ИЛ-4 при использовании «Экофлона» достоверно выше. В последующем концентрация применительно к обоим материалам активно увеличивается, однако, пик значений для «Экофлона» достигается на 2-е суток раньше, чем при использовании «Эсфила». Тенденция же изменения противовоспалительного цитокина ИЛ-4 относительно группы использования «Эсфила» закономерны и показывают пик концентрации, после соответствующих максимальных значений провоспалительных цитокинов ФНО-ά и ИЛ-8.

Напротив, у пациентов из подгруппы с использованием «Экофлона», максимум значений концентрации ИЛ-4 опережает соответствующие значения в группе эсфила остается высоким еще на протяжении 4 суток и напрямую не связан с максимальным значением провоспалительного цитокина. По нашему мнению это с изначально длительной и высокой концентрацией провоспалительного цитокина ИЛ-8.

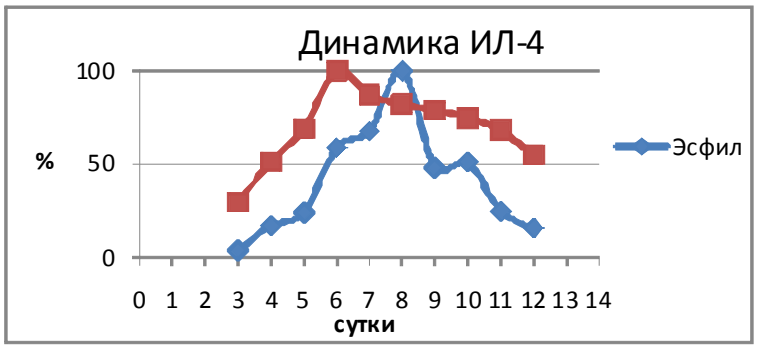


Рис. 3. Динамика изменения ИЛ-4

После рассмотрения цитокинового мониторинга следует сделать акцент на разницу структурных свойств сравниваемых эндопротезов, что объясняет существенные различия в течении раневого процесса. Полипропиленовый протез представляет собой сетку, сшитую из монофиламентных нитей определенного диаметра. Политетрафторэтиленовый эндопротез выполнен из нетканного 3-х слойного материала. Наружные 2 слоя имеют поры достаточные

для попадания в них фибробластов, макрофагов, лейкоцитов и т.д. Центральный слой пор не имеет и обеспечивает структурную целостность протеза и прочностные свойства.

В подтверждение данного утверждения на рис. 4, 5. представлена структура изучаемых эндопротезов. Исследование выполнено на белых мышах, окраска гематоксилин-эозин. Мы полагаем, что аналогичные эффекты попадания клеточных элементов в случае политетрафторэтилена имеют место в организме человека.

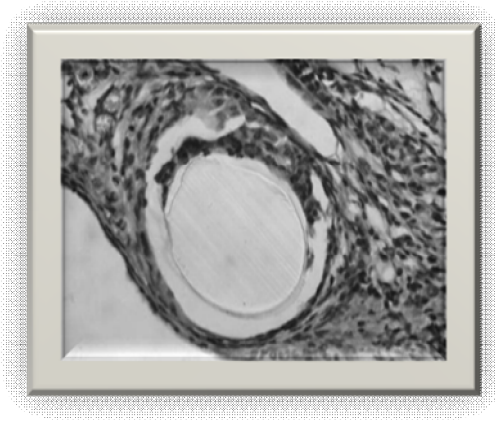


Рис. 4. Полипропиленовый протез



Рис. 5. Активная пролиферация клеточных элементов

На рисунке 4 видно, что полипропиленовый протез представляя собой монофиламентную нить. Сетка протез «Эсфил» прорастает соединительной тканью, хотя суммарная площадь контакта организма выше, чем в случае с нетканым протезом «Экофлон», т.к. каждая нить инкапсулируется.

На рисунке 5 хорошо видна активная пролиферация клеточных элементов представленных преимущественно фибробластами и макрофагами. Порозность в случае применения «Экофлона» препятствует ингибированию влияния противовоспалительного ИЛ-4, что закономерно приводит к высокой и продолжительной, без достоверных пиков концентрации ИЛ-8.

Таблица 2

Корреляционные связи между цитокинами ФНО-ά, ИЛ-8 и ИЛ-4 и уровнем лейкоцитов в периферической крови

	«Эсфил» (сила и тип связи)	Временные рамки (сутки)	«Экофлон» (сила и тип связи)	Временные рамки (сутки)
ФНО-ά	Прямая Сильная	4-8	Прямая Сильная	5-8
ИЛ-8	Средняя Сильная	3-7	Прямая Сильная	3-10
ИЛ-4	Обратная Сильная	4-9	Обратная Сильная	4-8

Данное положение объясняет существенные различия в концентрации провоспалительного ИЛ-8 уже к 3-м суткам от момента имплантации.

Нами исследованы корреляционные взаимосвязи уровня лейкоцитов в периферической крови и уровнем ФНО-ά, ИЛ-8 и ИЛ-4. Установлена связь между повышением уровня лейкоцитоза и увеличением концентрации ФНО-ά, ИЛ-8 и ИЛ-4.

Под понятием «временные рамки» подразумевается сроки от момента операции. Как видно, провоспалительные цитокины «прямо» а противовоспалительные «обратно» коррелируют с уровнем лейкоцитов в периферической крови пациентов, что подтверждает

характер течения воспалительного процесса и роль ФНО-ά, ИЛ-8 и ИЛ-4 в нем (за исключением (ИЛ-8 при использовании «Эсфила»).

ВЫВОДЫ: 1.В ответ на эксплантацию обоих протезов возникает выраженная воспалительная реакция, сопровождающаяся характерным повышением как провоспалительных, так и противовоспалительных цитокинов; 2.Исходя из иммунологических и клинических исследований следует сказать, что полипропиленовый эндопротез вызывает менее выраженную местную реакцию воспаления, чем политетрафторэтиленовый; 3.Более выраженная и продолжительная воспалительная реакция в случае использования политетрафторэтилена определяется структурными свойствами этого эндопротеза (порозность); 4.Отмечаются достоверные корреляционные отношения местных иммунологических характеристик и общеклинических данных подтверждающих меньшую воспалительную реакцию при использовании полипропилена, а так же ее ранее стихание.

Учитывая все выше перечисленное, необходимо сказать о большей биоинертности протеза «Эсфил». Однако до конца не определена роль и уровень местного воспалительного процесса в свете образования функциональной соединительной ткани. Необходимо дальнейшее изучение, в том числе и экспериментальное, свойств эндопротезов при «onlay» расположении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Винницкий Л.И., Инвияева Е.В., Бунятян К.А. Особенности состояния медиаторов иммунной системы у хирургических больных // Цитокины и воспаление, 2002, Т.1, №2, с. 44

2. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. – М.: ООО «Мед информа. агенство», 2005, 384 с.

3. Кирпичев А.Г., Сурков Н.А. Использование сетки из пролена при пластике передней брюшной стенки. – М., 2001

4. Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Рубакова М.В. Система цитокинов. – М.: Изд-во Российского мед.университетата, 2000, 64 с.

5. Останин А.А., Зайнутдинов Ю.Г., Стрельцова Е.И. Хирургический сепсис. Сообщение 2. Эффективность иммунотерапии рекомбинантным интерлейкином-2 // Вес. хир, 2002, Т.161, №4, с.79-84

6. Останин А.А., Леплина О.Ю., Тихонова М.А. Хирургический сепсис. Часть 1. Иммунологические маркеры системной воспалительной реакции // Вестн. Хирургии, 2002, №3, с.101-107

7. Плечев В.В., Корнилаев П.Г., Шавалеев Р.Р. Хирургическое лечение больных послеоперационными вентральными грыжами.- Уфа, 2000, 152с.

8. Порядин, Г. В. Иммунная система и воспаление /5-й конгр. РААКИ «Современные проблемы аллергологии, клинической иммунологии и иммунофармакологии». – М., 2002, Т.1, с. 269-280.

9. Рехачёв В.П. Послеоперационные вентральные грыжи. Диастазы прямых мышц живота. Архангельск: Изд. Центр АГМА, 1999.-197с.

10. Тимошин, А.Д. Аллопластика обширной и гигантской послеоперационной грыжи брюшной стенки.- М., 1999

11. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки.- М.: Медицина, 1990, 270с.

12. Черешнев В.А., Гусев Е.Ю., Юрченко Л.Н. Иммунология локального и системного воспаления / 5-й конгр. РААКИ «Современные проблемы аллергологии, клинической иммунологии и иммунофармакологии». – М., 2002, Т.1, с. 59-61

13. Фрейдлин, И.С. Цитокины в клинике / И.С. Фрейдлин / 2-й конгр. РААКИ «Современные проблемы аллергологии, клинической иммунологии и иммунофармакологии». – М., 1999, с. 104-112

14. Шестаков, С.А. Колесников // Клиническая хирургия, 2003, №11, с.31.

15. Ahmad M., Niaz W.A., Hussain A. Polypropylene mesh repair of incisional hernia // J. Coll. Physicians. Surg. Pak., 2003, v. 13, N 8, p. 440-442

16. Matyja, R. Solecki, J. Heitzman Local reaction to polypropylene mesh — histopatological findings / Hernia recurrences. (26 international congress of the European Hernia Society). — Praga, 2004, p. 63.

SUMMARY

CYTOKYNE MONITORING IN THE COMPARATIVE CLINICAL ESTIMATION OF APPLICATION OF SYNTHETIC ENDOPROSTHESISES AT PATIENTS WITH HERNIAS OF THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL

I.S. Ivanov, S.V. Ivanov, R.A. Mamedov, A.V. Tsukanov, I.A. Ivanova

The purpose was comparative clinical studying of results of use of two various synthetic endoprosthesises – polypropylene «esfil» firms "Lintex" S-Peterburg and polyfluorethilene «ecoflon»

firms "ecoflone" S-Peterburg.

Results : 1. In reply to an explantation of both prostheses there is the expressed inflammatory reaction accompanied by characteristic rising both proinflammatory, and antiinflammatory cytokines. 2. Immunologic and clinical researches it is necessary to tell, that polypropylene endoprosthesis causes less expressed local reaction of an inflammation, than polytetrafluorethilene.3. More expressed and long inflammatory reaction in case of use polutetrafluorethilene is defined by structural properties of this endoprosthesis (porosity).4. Authentic correlation relations of local immunologic characteristics and common clinic data confirming smaller inflammatory reaction become perceptible at polypropylene use.

Daxil olub: 18.11.2008

ТЕРАПИЯ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ КОМПЛЕКСНЫМИ АНТИГОМОТОКСИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ

С.Г. Исрафилбейли, В.А.Садыкова
Азербайджанский Государственный институт усовершенствования врачей им. А.Алиева, г.Баку

Кисты яичников представляют собой ретенционные образования, возникновение которых связано с функциональными нарушениями в гипоталамо - гипофизарной системе [6]. Наиболее часто встречаются фолликулярные кисты и кисты желтого тела. В патогенезе фолликулярных кист наряду с гормональной дисфункцией может принимать участие перенесенный воспалительный процесс [3], приводящий к поражению ферментов, участвующих в фолликулогенезе. Причиной кист может явиться синдром гиперстимуляции яичников [1,2]. Такие кисты чаще подвергаются обратному развитию в течении 2-3 менструальных циклов [3,5].

Развитие биотехнологии привело к синтезу особых лекарственных средств – комплексных гомеопатических препаратов, позволяющих регулировать все системы для поддержания функции яичников.

Нами предложена схема включения этих препаратов в комплексную терапию ретенционных кист яичников (РКЯ).

ЦЕЛЬ исследования. Изучение эффективности действия, безопасность и переносимость комплексных антигомотоксических препаратов Гинекохель, Метро – Аднекс – Инъель, Лимфомиозот, Овариум композитум при лечении РКЯ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В исследование были включены 40 женщин с РКЯ в возрасте 18-37 лет. Наблюдение проводилось при гинекологическом отделении больницы № 3 г. Баку. У всех больных был тщательно собран анамнез, изучалось качество жизни больных (физическое, психическое состояние, сексуальная функция, общее субъективное восприятие состояния своего здоровья). Были проведены общее и гинекологическое обследования, общепринятые лабораторные и специальные методы исследования [полимерзная цепная реакция (ПЦР), иммуноферментные или иммуннофлюоресцентные анализы, ультразвуковое исследоване (УЗИ)]. Из 40 больных с РКЯ 28 (65%) перенесли оперативное вмешательство на яичнике, а 12 (35%) проводилось консервативное лечение. Частота воспалительного процесса у больных с РКЯ отражена в табл. 1.

С учетом этилогического фактора все больные получали стандартную аллопатическую терапию, включающую этиотропную и местную терапию, а также комплексные антигомотоксические препараты Гинекохель, Метро – Аднекс – Инъель, Лимфомиозот, Овариум композитом с учетом локализации РКЯ (Таблица 2).

Продолжительность лечения составила от 2-3 месяцев под динамическим контролем УЗИ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ. Для больных с РКЯ характерен отягощенный гинекологический анамнез и нарушение репродуктивной функции. Так, искусственный аборт в анамнезе был у 24 (60%) , воспалительные процессы наружных и внутренних половых органов – у 22 (55%), отягощенный акушерский анамнез - у 8 (26,6%), бесплодие в браке у 8 (20%), невынашивание беременности – у 3 (7,5%), нарушение качества жизни – у 28 (70%) больных. Срочные роды в анамнезе были у 28 (70%), преждевременные роды в сроки от 28-

37 недель беременности - у 4 (10%) женщин.

Таблица 1

Частота воспалительного процесса у больных с ретенционными кистами яичников.

Характеристика больных	Наличие воспалительного процесса в половых органах		Отсутствие воспалительного процесса в половых органах	
	Ко-во больных	%	Кол-во больных	%
Оперированные	26	92,8	2	7,2
Не оперированные	12	7,2	-	-
В с е г о:	38	100	2	7,2

У 28 больных с РКЯ было оперативное вмешательство, у 5 (17,9%) из них по поводу перекрута кисты, причем троим из них полностью удален пораженный яичник, двоим-произведена резекция яичника. По поводу разрыва кисты поступило 8 (28,5%) больных, пятерым из них яичник удален полностью, троим - произведена резекция яичника, причем двоим- повторная из-за образования кисты в резецированном яичнике. В плановом порядке с полным удалением пораженного яичника оперированно 20 (76,9%) боьлных и у 4-х из них в послеоперационном периоде через 2-3 месяца при контрольном УЗИ выявлены кистозные образования величиной от 3-4 см, что нами рассматривалось как возможность повторного возникновения кисты яичников. 12 (35%) больных с РКЯ от оперативного лечения воздержались в виду отсутствия экстренных показанний. Размеры таких кист по данным УЗИ варьировали от 6-10 см.

Таблица 2

Антигомотоксические препараты, получаемые больными с ретенционными кистами яичников в зависимости от их локализации.

Локализация кист	Справа	Слева	Двухсторонняя
Наименование препарата	Гинекохель Метро Аднекс Инъель	Гинекохель Лимфомиазот Овариум композитум	Гинекохель Лимфомиазот Метро Аднекс Инъель
Кол-во больных	20	16	4

Антигомотоксические препараты принимали по следующей схеме: Гинекохель - по 10 капель 3 раза в сутки per.os; Лимфомиозот – по 10 капель 3 раза в сутки per.os; Метро Аднекс Инъель – по 1,1 мл. внутримышечно 2 раза в неделю; Овариум композитум –по 2,2 мл. внутримышечно 2 раза в неделю

28 (70%) оперированных больных перенесли психическую травму и их беспокоило будущее (нарушение менструальной и репродуктивной функции), у остальных 12 больных киста яичника была обнаружена при УЗИ по поводу обращения их с другими жалобами. У 27 (92,2%) выявлен ранее существующий дискомфорт в брюшной полости, боли различного характера и локализации в области наружных половых органов, дизурические расстройства.

Нарушение менструальный функции от единичных эпизодов задержки менструации отмечено у 4 (10%) или маточных кровотечений - у 4 (10%), до рецидивирующих кровотечений - у 5 (12,5%), олигоопсоменореи - у 3 (75%) больных.

Мочеполовая инфекция выявлена у 38 (90,5%), из них хламидия - у 5 (13,1%), микоплазма – у 6 (15,9%), гонорея - у 3 (7,9%), трихомониаз – у 6 (15,7%), хроническая вирусная инфекция (цитомегаловирусная и герпесная) - у 38 (57,8%), микстинфекции - у 18(47,3%) больных.

Из приведенных данных видно, что чаще всего встречаются вирусная и микстинфекции, что подтверждает их этиологическую роль в возникновении РКЯ. Исходя из принципов гомеопатии «лечить не болезнь, а больного» (4) каждой больной подбиралась индивидуальная схема лечения с учетом этиологического фактора и комплексные антигомотоксические препараты с учетом локализации кист (4,7). После проведенной терапии под динамическим контролем УЗИ наблюдалось исчезновение кист, а полное клинико – этиологическое выздоровление наступило в сроки от 2-5 месяцев. Улучшилось

качество жизни больных на 75%. Переносимость комплексных антигомотоксических препаратов была оценена как хорошая. Не было выявлено побочного действия препаратов. Таким образом, терапия РКЯ, сочетающая собой стандартную аллопатическую и антигомотоксическую терапию комплексными биологическими препаратами, способствовала рассасыванию РКЯ и сохранению органа. Данный вид консервативной терапии можно рассматривать как органосохраняющий. Поэтому, исходя из полученных данных, комплексные антигомотоксические препараты могут быть рекомендованы в практическую деятельность врача.

ЛИТЕРАТУРА

1. Корнеева И.Е., Калинина Е.А., Кузьмичев Л.Н. и др. Синдром гиперстимуляции яичников: Профилактика, Диагностика, Лечение. // Акуш. и гин., 2006, №1, с.50-53
2. Пшеничникова Т.Я. Бесплодия в браке.-М.: Медицина, 1991, с.144-163.
3. Радзинекий В.Е., Кузнецова О.Н., Алиев И.А., Сохова З.М. Спорные вопросы в акушерстве // Акуш. и гин., 2006, № 2, 59-60.
4. Реквег Г.Г. Гомеопатическая антигомотоксикология. Систематизированное практическое лекарствоведение.- М., 2000, с.73-75, 335-338
5. Сидорова И.С., Шешукова Н.А., Боровская Е.И. Принципы лечения хронического воспалительного процесса придатков матки // Акуш. и гин., 2003, №5, с. 61-65.
6. Тираспольский И.Б. Антигомотоксическая терапия в практике акушера - гинеколога.- М., 2001, с.126-127
7. Ordinatio antihomotoxica et material medica / Biologische Heilmittel Heel GmbH Dr., FRG.- Baden-Baden, 1998

SUMMARY

THERAPY RETENTION OVARIAN CYST WITH COMPLEX ANTI-HOMOTOXIC PREPARATIONS

S.G. Israfilbeyli, V.A. Sadykova .

Results of therapy of 40 patients with retention ovarian cyst are submited. Complex anti-homotoxic therapy which has been carried out at patients after and without operation in a combination with standard causal allopathic treatment warns their repeated occurrence. Therefore complex anti-homotoxic therapy is recommended as organopreserving kind of therapy. Preparations are well sustained by patients and do not cause adverse reaction that allows to apply them in practical activities of the doctor.

Daxil olub: 23.12.2008

NAXÇIVAN MR-DƏ PERINATAL DÖVRDƏ ANADAN GƏLMƏ INKIŞAF QÜSURLARI

M. S. İbrahimov
Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Uzun illər hesab olunurdu ki, plasenta möhkəm baryer olduğu üçün dolu müxtəlif amillərdən qoruyur. Lakin keçən əsrin ortalarında bu fikir həyatda öz təsdiqini tapmadı. O dövrdə bir sıra ölkələrdə ABŞ, Yaponiyada qadınlar hamiləlik toksikozunu azaltmaq və ya qarşısını almaq məqsədi ilə talidomid dərman maddəsindən istifadə edirdilər. Bu dərman maddəsinin təsirindən həmin ölkələrdə uşaqlar müxtəlif qüsurlarla , eybəcərliklərlə doğuldular [6].

Uşaq ölümünün strukturunda birinci yeri anadan gəlmə inkişaf qüsurları tutur. Dünya alimlərinin göstərdiyi məlumata görə anadan gəlmə inkişaf qüsurları çoxalmaqda davam edir . İnkişaf etmiş ölkələrdə xüsusi olaraq anadan gəlmə İnkişaf Qüsuru Mərkəzləri təşkil olunub. Amerika mərkəzinin alimlərinin 1968 -ci ildə apardıqları epidemioloji müayinə zamanı Atlantada 26.000 diri doğulmuş uşaqlardan 587(27%)-də anadan gəlmə inkişaf qüsuru müşahidə olunduğu halda 2000 ci ildə 50.000 diri doğulmuşların 1500(48%)-də anadangəlmə inkişaf qüsuru təsadüf edilmişdir. Anadangəlmə inkişaf qüsurları içərisində ən çox onurğa yırtığı (0,48), dovşan dodaqlıq , qurd ağızlıq (l,74), Daun sindiromu (0,63) rast

gəlinib [1].

Anadangəlmə inkişaf qüsurların Beynəlxalq Mərkəzində hər 10.000 diri doğulmuşlar arasında müştərək qüsur hadisələri 8,9 olub [2].

Bolqar alimləri retrospektiv və prospektiv müayinələr aparıblar. Onlar 1983- 1997- ci illərdə apardıqları müayinələri müqayisə ediblər. Məlum olub ki 1983 1997-ci illərdə anadangəlmə inkişaf qüsuru 8,91% hadisələrdə, 1988-1992-ci illərdə isə 11,08% təşkil edib.

Müxtəlif teratoqen amillər dölün bətn daxili inkişafına, onun irsi informasiyasına mənfi təsir göstərir [2].

1962-ci ildə R.Carson ilk dəfə göstərdi ki, pestisid dölə təsir edərək müxtəlif anomaliyaların inkişaf etməsinə səbəb olur. Lenz və başqaları da (2001) sübut etdi ki, hamiləlik vaxtı qusma əleyhinə istifadə olunan dərman maddələri döldə dovşan dodaqlığın, qurd ağızlılığın əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Tədqiqatın MƏQSƏDI Naxçıvan MR-də anadangəlmə inkişaf qüsurlarını aydınlaşdırmaq, onların yayılması və rast gəlmə tezliyini öyrənməkdən ibarətdir.

TƏDQİQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Naxçıvan Mr-də və onun subregionlarında yeni doğulmuşlar arasında anadan gəlmə inkişaf qüsurlarının təsadüflərini öyrənməküçün retrospektiv (1990-1999) və prospektiv (2000-2007) araşdırmalar aparmışıq.

Rəsmi məlumata görə, 1990-1999-cu illərdə Naxçıvan MR-in doğum mərkəzlərində və doğum evlərində 38500 uşaq diri doğulmuşdur. 2000-2008-ci ildə isə 42485 uşaq diri doğulub. Birinci onillikdə hər 1000 diri doğulmuşdan 388 uşaq anadan gəlmə inkişaf qüsuru (AİQ), 2000-2008-ci illərdə isə 236 uşaq AİQ ilə doğulub.

Həm retrospektiv, həm də prospektiv araşdırmalar göstərdi ki, yeni doğulmuşların arasında ən çox müştərək formalı qüsurlar-31,8% rast gəlinir. İkinci yerdə ürək-damar sistemi (30-31%), üçüncü yerdə həzm sistemi üzvlərinin- 29% və mərkəzi sinir sisteminin- 10,1% qüsurlarıdır.

Oynaq-hərəki və əzələ sisteminin anadan gəlmə inkişaf qüsuru 6,92%-dir. Onun da 45,46% hadisə polidaktiliya təşkil edirdi.

Təsdiq olunub ki, hər 1000 diri doğulmuşa 1980-1970-ci illərdə hərəki oynaq aparatının qüsurunu 2,07 hadisədə, ürək-damar sisteminin 1,32, mərkəzi sinir sisteminin 0,93, mədə-bağırsaq traktının- 0,40 hadisədə rast gəlinir. [5]

Beləliklə, Naxçıvan MR-da da başqa ölkələrdə təsadüf olunan AİQ rast gəlinir. Qüsurların içərisində ən yüksək pay müştərək qüsurlara 10000 doğuşa 6,6 hadisə düşür. Anadan gəlmə inkişaf qüsurlarının qeydiyyatı və nəzarəti Beynəlxalq Mərkəzi ilə müqayisə etdikdə bu qüsur bizdə 2,4 dəfə az idi.

Əgər müştərək qüsurun iki və üç üzvün birlikdə qüsurunun göstəriciləri müxtəlif ölkələrin göstəriciləri ilə müqayisə edilsə, çox müxtəlif rəqəmlər alınar. Bu, çox güman ki, millətlərin adət-ənənələri, dini mənsubiyyəti, ərazinin coğrafi yerləşməsi, ölkənin iqtisadi cəhətdən inkişaf etməsi ilə əlaqədardır. Məsələn, Kanadada iki üzvün qüsuru 10000 diri doğulmuşa 19,7% hadisə, İtaliyada 0,84% təsadüf olunurdusa, biz 5,5% hadisədə rast gəldik.

Bizim müayinələrə əsasən, izolə olunmuş və kombinə olunmuş AİQ-ların 19,5% ürək-damar sisteminin anadan gəlmə qüsuru, 18,2% hadisə həzm üzvlərinin, 10,1% mərkəzi sinir sisteminin qüsurudur. Bu, Ərəb ölkələri tədqiqatçılarının göstəricilərindən aşağıdır. Onlar MSS qüsurunu 39,2% hadisələrdə, ürək-damar sisteminin 22,3%, həzm sistemi üzvlərininkini isə 13,1% hadisələrdə müşahidə ediblər.

Kanadada ən çox ürək-damar sisteminin qüsurudur. Yeni doğulmuşların əksəriyyəti doğulanın birinci günləri bu qüsurdan ölürlər. Beləliklə, onlarda yeni doğulmuşlarda ürək-damar və MSS anadan gəlməsi üstünlük təşkil edir. Bu, bizim aldığımız məlumatla uzlaşır.

Rusiya Federasiyasının Qornı Altay ərazisində alimlərin apardığı müayinələr zamanı müəyyənləşdirilmiş AİQ hadisələrinin 37,68% hərəki-oynaq aparatının, 18,22% ürək-damar sisteminin və 8, 9% müştərək qüsurlar təsadüf olunur. Bizim araşdırmalarımızda bütün AİQ içərisində 19,5% hadisə ürək-damar sisteminin qüsurlarıdır. 10000 diri doğulana bu qüsur 4,2 hadisə, 1000 diri doğulana isə 0,42 hadisə düşür

Ürək-damar sisteminin qüsurları həm izolə olunmuş, həm də müştərək halda təsadüf edilir. Bizim müayinələrə görə, ürək-damar sisteminin qüsurları içərisində mədəcik arası

çəpərin defekti üstünlük təşkil edir. O, 12 uşaqda rast gəlinərək təsadüf olunan ürək-damar qüsurlarının 38,71%-ni təşkil edir və ya 1000 diri doğulmuşa 0,16 və ya 10000 diri doğulmuşa 1,6 hadisə düşür.

D.Srdeneculuun (1984) ürək-damar sisteminin anadan gəlmə qüsurunu 1000 diri doğulmuşa 15,5% hadisə göstərir. Lakin bu tədqiqatçı 0-16 yaşa kimi uşaqları müayinə etmişdi. Ona görə də alınan rəqəmlər bizimki ilə uyğun gəlmir.

Bizim aldığımız rəqəmlər Qombo B. (1998) pataloji anatomiya göstəricilərinə yaxındır. Onun məlumatlarına görə, ürək-damar sisteminin anadan gəlmə qüsurlarından ölənlər yeni doğulmuşların 19,8% qulaqcıq arası çəpərin obyekti təşkil edir.

Bizim araşdırmalarda həzm sisteminin anadan gəlmə qüsurları ürək-damar sisteminin qüsurundan sonra ikinci yeri tutur., 1000 diri doğulmuş uşağa 0,40% hadisə üzvləri traktının payına düşür, yəni 10000- 4 hadisə.

Rast gəlinən qüsurların içərisində dovşan dodaqlıq, qurd ağızlılıq var. Uşaq bu qüsurlardan ölmür, lakin əmməyə, qida qəbul etməyə, nəfəs aktına çətinlik törədir. Uşaq böyüdükcə onun xarici görünüşü valideynlərindən başqa uşağın özünə də psixoloji təsir göstərir.

Rusiya Dövlət Tibb Elmləri Akademiyasının Uşaq Elmi Sağlamlıq Mərkəzinin məlumatına görə, defekti ləğv etmək üçün hər il 150 belə uşağa plastik cərrahi əməliyyat aparılır.

NƏTICƏLƏR VƏ MÜZAKIRƏLƏR. Bizim araşdırmalara görə, mərkəzi sinir sisteminin anadan gəlmə qüsuru bütün AİQ hadisələrinin 10,10%-dir. 1000 diri doğulmuşa 0,22% hadisə, 10000 diri doğulmuşa 2,2% hadisə düşür. Qeyd etmək lazımdır ki, MSS anadan gəlmə inkişaf qüsuru o biri qüsurlara nisbətən yaxşı öyrənilib.

Ümumiyyətlə, dünya alimlərinin tədqiqatları sübut edir ki, baş beyin qırışlarının miqdarı, formalaşması xromosom patalogiyaları ilə əlaqədardır. Hidrosefaliya dölün ana bətni inkişafı dövründə keçirilmiş infeksiya ilə əlaqədardır [2]

Bizim araşdırmalarımız da yeni doğulmuş uşaqların MSS izolə olunmuş qüsuru anadan gəlmə inkişaf qüsurları içərisində hidrosefaliya 56, 25% hadisələrdə rast gəlinir. Bu qüsur ilə uşaq doğmuş anaların anamnezinə nəzər saldıqda məlum oldu ki, onlar hamiləliyin ilk dövrlərində qriplə xəstələnmiş olublar. Bu, hamilələk dövründə ananın xəstələnməsi ilə dölün sıx əlaqəsini bir daha sübut edir.

Asiya, Amerika ölkələri daxil olmaqla 36 Avropa ölkə alimləri yeni doğulmuş uşaqlarda anadan gəlmə inkişaf qüsurlarının xüsusi çəkisinə istinad edərək ölümün səbəbini araşdırıblar. Belə nəticəyə gəliblər ki, AİQ əmələ gətirən səbəblərin içərisində irsi faktorlar ən az yer tutur. Eyni zamanda AİQ ilə yeni doğulmuş uşaqlarda ölüm tendensiyası artmaqda davam edir. Özü də ürək-damar və mərkəzi sinir sisteminin anadan gəlmə qüsurları ilə yeni doğulmuş uşaqların ölümü üstünlük təşkil edir. Bu müayinələr nəticəsində alimlər belə qərara gəliblər ki, müəyyən bir səbəb aydınlaşdırılmayanda yeni doğulmuş uşaqda çox qüsurluluq müşahidə olunur.

Bizim də araşdırmalarda 96% AİQ olan yeni doğulmuş uşaqların anamnezində irsi faktorun olmasını aydınlaşdırmaq mümkün olmadı. Düzdür, yaxın qohum nigahlardan olan uşaqlarda AİQ olmasını müəyyənləşdirmişdik. Onlar atanın zərərli adəti, peşəsi ilə əlaqədar idi. Beləliklə, Naxçıvan MR ərazisində, subregionlarında alınan məlumat Avropa, Amerika və Asiya ölkələri məlumatları ilə identikdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Островская Т.И. Патология центральной нервной системы при наследственных врожденных синдромах // Архив патологии, 1985, т.10, с.42
2. Carla M.Alan A, Mitchell, On country`s programs for preventing pregnancies in women exposed to teratogens, Experiences with Accutane and thalidomide // Fetal Health, 2000, №2, c.7-8
3. Congenital malformations in Canada.- 2002, p.87
4. Congenital malformations in newborns in a teaching hospital in Eastern Saudi Arabia // Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2004, p.595-598.

5.Krikunova N.İ. Minaicheva LI, Nazarenko LP, Tadinova VN, Nesterova VV, Fadiushina SV, Shapran NV, Epidemiology of congenital malformations in Gorno-Altaisk, Altai Republic, Russia // PMID, 2004. v.40(8), p.1138-44

6.Sheikha Salim Al Arrayed Epidemiology of congenital abnormalities in Bahrain, // Eastern Mediterranean Health Journal, 1995, N1, p.248-252.

SUMMARY

CONGENITAL GROWTH DEFECTS IN PRENATAL PERIOD IN NAKHCHIVAN AUTONOMOUS REPUBLIC

M.S.Ibrahimov

Congenital growth defects in prenatal period have been studied in Nakhchivan Autonomous Republic. Combined congenital growth defects are more than isolated defects-they form 30,8%. However, congenital growth defects of cardiovascular system are 19,5%, of digestive organs are 18,5% of central nervous system are 10,1%.

Daxil olub: 26.10.2008

СОСТОЯНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСОВ В ПОЛОСТИ РТА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ ИНСУЛИНЗАВИСИМОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

К.Б. Шахбазов

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

Диабетические воспалительные заболевания пародонта (ВЗП) имеют морфологическую специфику, в значительной мере отличающуюся от обычных ВЗП. Суть отличий заключается в нарушении проницаемости эндотелия микрососудов, который перестает быть барьером для микромолекул и микроорганизмов. Бактериемия пародонта может возникнуть уже при обычной чистке зубов и жевании [1,3,4,5,8,10,11]. Стартовыми условиями для развития ВЗП служат ухудшение гигиены полости рта и денормализация микрофлоры полости рта с активизацией жизнедеятельности и интенсификацией роста ее патогенных представителей. Наиболее вероятная реализация ВЗП происходит при снижении защитных (иммунных) функций пародонта [2,6,7,9]. В связи с этим важное значение приобретает достоверная оценка влияния инсулинзависимого сахарного диабета (ИЗСД) на гигиенический и микробиологический статусы полости рта, что даст возможность выработки специфичных подходов по их коррекции.

ЦЕЛЬ исследования. Изучить состояние гигиенического и микробиологического статусов полости рта среди пациентов с разными формами инсулинозависимого сахарного диабета.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Исследование проводили на базах кафедры терапевтической стоматологии и республиканского и городского эндокринологических диспансеров среди 494 пациентов в возрасте от 15 до 72 лет. Диагноз ВЗП ставили на основании клинико-стоматологического анамнеза, общепринятого стоматологического исследования полости рта, рентгенографии и лабораторно-функциональных проб [2]. При помощи глюкометра "One Touch Profile" у всех пациентов определяли уровень сахара в крови. Для оценки гигиенического статуса полости рта использовали стандартизированные и общепринятые методы – индекс кровоточивости, индекс гигиены и пародонтальный индекс [3]. Микробиологические исследования проводили путем посева осадка собранной слюны или взятого стерильными бумажными полосками на агар и выращивания в термостате при температуре 37° С в течение 24-36 часов. Дифференциацию микроорганизмов проводили по биолого-морфологическим признакам и по числу колоний – кокки, неподвижные и подвижные палочки, извитые формы. [2]. Всех пациентов разделили на 3 группы. Первую группу составили 187 пациентов, болеющих ИЗСД и находящихся на инсулинотерапии, вторую группу – 163 пациента, у которых выявлен первичный (латентный) ИЗСД на стоматологическом приеме, третью группу – 144 пациента без ИЗСД, гигиенические исследования провели у всех отмеченных групп пациентов, микробиологические исследования соответственно по группам у 92, 87 и 117 пациентов, – среди последних 74 пациента были с ВЗП, 43 пациента – без ВЗП. При статистической обработке результатов использовали критерий Стьюдента и критерий χ^2.

Таблица 1

Показатели гигиенического статуса среди пациентов с разными формами ИЗСД и без него

Частота индексов гигиенического статуса, %							
Индекс гигиены				Пародонтальный индекс			
Баллы	Группы пациентов			Баллы	Группы пациентов		
	1-я	2-я	3-я		1-я	2-я	3-я
1,2-2,0	8,0±1,9	28,8±3,6	44,8±4,2	<0,1	2,7±1,2	15,3±2,8	36,1±4,0
2,1-2,5	20,3±2,9	28,8±3,6	38,2±4,1	0,1-1,0	10,2±2,2	23,9±3,4	32,6±3,9
2,6-3,4	34,8±3,5	23,3±3,3	9,0±2,3	1,5-4,0	28,3±3,3	36,2±3,8	25,7±3,7
3,5-5,0	36,9±3,5	19,0±3,1	2,1±1,2	4,5-8,0	58,8±3,6	24,5±3,4	5,6±1,9

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Происходящие при ИЗСД нарушения микрогемостаза в организме и в пародонте отражены в наших исследованиях. Так, если индекс кровоточивости в норме был у 43,1±4,1% пациентов 3-й группы, то среди пациентов 2-й группы он снижается до 18,4±3,0% (t=4,86; p<0,001) и среди пациентов 1-й группы составляет всего 3,7±1,4% (t=4,44; p<0,001). При этом 3-я степень кровоточивости, когда она происходит самостоятельно без каких-либо механических контактов, в 1-й группе наблюдалась у 57,1±3,6% пациентов, во 2-й группе – у 28,2±3,5% пациентов (t=5,76; p<0,001) и в 3-й группе – лишь у 8,3±2,3% пациентов (t=3,75; p<0,001). Столь же неравнозначны в разных группах пациентов показатели индекса гигиены и пародонтального индекса (Таблица 1).

При значениях индекса гигиены менее 2 баллов состояние гигиены полости рта можно считать удовлетворительным. Подобных случаев в 1-й группе пациентов было всего 8,0±1,9, во 2-й группе их число было больше – 28,8±3,6% (t=5,11; p<0,001) и достигает 44,8±4,2% случаев в 3-й группе пациентов (t=2,89; p<0,01). В то же время в 1-й группе пациентов превалировали случаи со значениями индекса гигиены в пределах 2,6-3,4 и 3,5-5,0 баллов, классифицируемых как очень плохое состояние гигиены полости рта – соответственно 34,8±3,9 и 36,9±3,5% (t=0,42; p>0,05).

Значения пародонтального индекса менее 0,1 баллов характеризует наличие здоровой десны и менее всего случаев с этими значениями индекса выявлены в 1-й группе – 2,7±1,2, их больше во 2-й группе – 15,3±2,8% (t=4,13; P<0,001) и особенно в 3-й группе пациентов – 36,1±4,0% (t=4,26; P<0,001). Одновременно с этим в 1-й группе у большинства пациентов пародонтальный индекс был в пределах 4,5-8,0 баллов, что свидетельствует о тяжелом развитии воспалительного процесса в пародонте.

Таблица 2

Состав и структура микрофлоры полости рта среди пациентов с разными формами ИЗСД и без него

Биолого-морфологические группы микроорганизмов	Частота высеваемости микроорганизмов, %			
	1-я группа	2-я группа	3-я группа	
			с ВЗП	без ВЗП
Кокки	9,8±3,1	21,8±4,1	37,8±5,7	60,5±7,5
Неподвижные палочки	6,5±2,6	10,3±3,3	8,1±3,2	9,3±4,5
Подвижные палочки	5,4±2,4	10,3±3,3	10,8±3,6	7,0±3,9
Извитые формы	8,7±3,0	13,8±3,7	13,5±4,0	9,3±4,5
Грибы	37,7±4,9	20,7±4,4	5,4±2,7	7,0±3,9
Ассоциации	35,9±5,0	23,0±4,5	24,3±2,1	7,0±3,9

Как видно, на фоне ИЗСД происходит более интенсивное ухудшение гигиены полости рта, хотя стартовые условия для всех групп пациентов были идентичными. В частности, согласно расспросам, значительная часть пациентов во всех группах проводили однократную в день чистку зубов, что недостаточно для поддержания гигиены полости рта в удовлетворительном состоянии – от 41,0±4,1 до 46,6±3,9 (t=0,99; p>0,05). В то же время меньшая их часть проводили наиболее эффективную в гигиеническом отношении 2-кратную в день чистку зубов – от 25,8±3,4 до 31,3±3,4% (t=1,06; p>0,05). Гигиену полости рта ухудшают, обычно, микроорганизмы и поэтому более худшие гигиенические показатели были среди пациентов 1-й

группы. При единых стартовых условиях для всех пациентов можно объяснить специфичные изменения в пародонте, обусловленные ИЗСД. Эти изменения приводят к перестройке нормальной микрофлоры полости рта, активизируют жизнедеятельность и рост патогенных микробных ассоциаций (Таблица 2).

В нормальной микрофлоре полости рта, как известно, превалируют кокки, что подтверждается и данными пациентов 3-й группы, не имеющих ВЗП, у которых частота высеваемости этих микробов составляет 60,5±7,5%. У пациентов этой же группы, имеющих ВЗП, высеваемость кокков намного уменьшается и составляет 37,8±5,7% (χ^2=5,80; p<0,02). Еще больше уменьшается их высеваемость среди пациентов 2-й группы – 21,8±4,4% (χ^2=4,95; p<0,05), а среди пациентов 1-й группы составляет всего 9,8±3,1 (χ^2=4,93; p<0,05). Параллельно с этим происходит последовательное возрастание высеваемости ассоциации микроорганизмов, представленных неподвижными и подвижными палочками, извитыми формами и некоторыми представителями патогенных кокков (стрептококки, стафилококки). Если, в 3-й группе пациентов без ВЗП высеваемость ассоциаций микроорганизмов составляет всего 7,0±3,9%, то в остальных группах она заметно возрастает и варьирует от 23,0±4,5% (χ^2=5,07; p<0,05) до 35,9±5,0% (χ^2=3,56; p<0,05). Т.е. в этиологии ВЗП во всех наблюдаемых группах ведущую роль играет вышеназванная ассоциация микроорганизмов.

Однако из данных таблицы четко видна одна особенность, неравнозначная для разных групп пациентов, это высеваемость грибов рода Candida. В обеих подгруппах пациентов 3-й группы высеваемость грибов низкая и одинаковая – соответственно 5,4±2,7 и 7,0±3,9 (t=0,34; p>0,05), а количественные показатели роста колоний составляют в среднем 248,5±17,6 и 211,9±15,3 КОЕ/тампон (t=1,14; p>0,05). В связи с этим в развитии ВЗП грибы, скорее всего, участия не принимают. Однако уже на ранних стадиях ИЗСД, когда в пародонте происходят деструктивные изменения, создаются условия, стимулирующие активизацию их роста и жизнедеятельности. Именно этим можно объяснить более высокую частоту высеваемости грибов из полости рта пациентов 2-й группы – 20,7±4,4% (t=2,33; p<0,05), а их количественный показатель возрастает до 806,4±23,3 КОЕ/тампон (t=19,11; p<0,001). А максимальные значения этих параметров кандидомин в 1-й группе пациентов убеждают в высказанном мнении – 37,7±4,9% (t=10,19; P<0,001). Принимая во внимание, что среди больных ИЗСД не только ухудшается заболеваемость ВЗП, но она протекает, как правило, в более тяжелых формах и трудно поддается консервативному лечению, то, скорее всего, оно обусловлено активным вовлечением грибов в воспалительный процесс.

Таким образом, являясь системным заболеванием организма, ИЗСД оказывает многокомпонентное воздействие на пародонт, прежде всего, ослабляя его защитные функции и нарушая тканевое кровоснабжение. В результате этого происходит глубокая денормализация гигиены полости рта, активизируются патогенные ассоциации микроорганизмов. Вовлечение грибов рода Candida в воспалительный процесс еще больше отягчает течение ВЗП и осложняет их лечение. В связи с этим, консервативное лечение ВЗП среди больных ИЗСД должно предусматривать меры по коррекции гигиены полости рта, защитных функций и гемостаза пародонта, а антибактериальное лечение необходимо сочетать с антимикотическими средствами.

ЛИТЕРАТУРА

1.Bədəlov R., Səlimxanova X. Şəkərli diabet zamanı dişlərin və parodont toxumaların zədələnməsi // Qafqazın stomatoloci yenilikləri, 2000, № 2, s. 49-50.

2.Ашман А. Клиническая стоматология.- М., 2003, 115 с.

3.Балин В.Н., Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. Практическая периодонтология.- СПб., 2004, 272 с.

4.Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н. Терапевтическая стоматология.- М., 1998, 736 с.

5.Ибрагимов Т.И. Стоматологическая реабилитация больных при нарушениях метаболизма и регионального кровотока, обусловленных соматическими заболеваниями. // Российский стоматологический журнал, 2002, №1, с.12-14.

6.Мингазов Г.Г., Файзуллина Д.Б., Аминова Э.Т. Состояние системы гемостаза при пародонтите у больных инсулинзависимым сахарным диабетом как критерий тяжести течения заболевания и эффективности лечения. // Стоматология, 2001, № 1, с. 77-79.

7. Орехова Л.Ю., Левин М.Я. Динамика иммунологических показателей ротовой полости при лечении воспалительных заболеваний пародонта у больных инсулинзависимым сахарным диабетом. // Стоматология, 2001, № 1. с. 42-46
8. Цепов Л.М., Николаев А.И. Диагностика и лечение заболев. пародонта.- Смоленск, 2003, 170 с.
9. Fiske I. Diabetes mellitus and oral care // Dent. Update., 2004, v. 31, № 4, p. 109-198
10. Pinducciu G., Micheletti L., Pigas V. Periondontal disease, oral, microbial flora and salivary antibacterial factors in diabetes mellitus type 1 patients. // Eur. I.Epidemiol., 2003, v.12, № 6, p. 631-636
11. Syrjala A., Ylostalo P. Niskanen M., Knuuttila M. Relation of different measures of psychological characteristics to oral health habits, diabetes adherence and related clinical variables among diabetic patients. // Eur. J. Oral. Sci, 2004, v.112, № 2, p. 109-114

SUMMARY

CONDITION OF HYGIENIC AND MICROBIOLOGICAL STATUSES IN AN ORAL CAVITY AMONG PATIENTS WITH DIFFERENT FORMS OF INSULINDEPENDENT DIABETES

K.B.Shahbazov

The purpose of research**.** To study a condition of hygienic and microbiological statuses of an oral cavity among patients with different forms of insulindependent diabetes (IDD).

Boffinery carried out among 494 patients in the age of from 15 till 72 years. With the help of glucometer "One Touch Profile" at all patients determined a level of sugar in blood. For an estimation of the hygienic status of an oral cavity used the standardized and standard methods – an index of gingival hemorrhage, an index of hygiene and periodontium index. Microbiological researches carried out by means of a bacterial deposit of the collected saliva or taken by sterile paper strips on an agar and cultivation in thermostat at temperature 37°C within 24-36 hours.

Received results show, that IDD renders multicomponent influence on parodentium, weakening its protective function and breaking fabric blood supply. Hereat deep denormalization of hygiene of an oral cavity, pathogenic associations of microorganisms become more active. Candida fungus involving in inflammatory process makes heavier current of inflammatory periodontium diseases (IPD) even more and complicates their treatment. In this connection conservative treatment of IPD among patients with IDD should provide measures on correction of hygiene of an oral cavity, protective functions and a hemostasis of periodontium, and antibacterial treatment is necessary for combining with antimicobacterial agent.

Daxil olub: 26.10.2008

RESPUBLİKAMIZDA TOPDANSATIŞ TİCARƏTLƏ MƏŞĞUL OLAN ƏCZAÇILIQ MÜƏSSİSƏLƏRİNDƏ AUDİT XİDMƏTİNİN MÜASİR VƏZİYYƏTİ

A.H.Əliyeva
Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Dərman preparatlarının və digər tibbi təyinatlı malların bir hissəsinin respublikamızda istehsal olunmasına baxmayaraq, əksər hissəsini xarici ölkələrdən idxal edilən məhsullar təşkil edir (Cədvəl 1) [2,4,5].

Cədvəl 1
2001-2006-ci illərdə respublikamızda əczaçılıq məhsullarının idxal və ixracının strukturu

İllər	İdxal (min ABŞ dolları)	İxrac (min ABŞ dolları)
2001-ci il	23173,6	432,4
2002-ci il	22422,4	3585,1
2003-cü il	31266,4	1251,0
2004-cü il	27600,4	2162,2
2005-ci il	31520,8	573,7
2006-cı il	48287,4	575,2

Cədvəldən gördüyümüz kimi son 2006-cı ildə idxalın həcmi nisbətən artmış, ixracın

həcmi isə əvvəlki illərlə müqayisədə azalmışdır. İdxal olunan həmin əczaçılıq məhsullarının xarici dövlətlər üzrə miqdar və məbləğ bölgüsü aşağıdakı kimidir:

1. Rusiya – 4399,3 ton – 3243,9 min ABŞ dolları
2. Hindistan – 1096,1 ton – 6361,7 min ABŞ dolları
3. Ukrayna – 814,9 ton – 1054,7 min ABŞ dolları
4. Bolqarıstan – 561,1 ton – 1021,5 min ABŞ dolları
5. Türkiyə – 476,9 ton – 2550,7 min ABŞ dolları
6. Almaniya – 258,5 ton – 2134,2 min ABŞ dolları
7. İran – 242,1 ton – 640,4 min ABŞ dolları
8. Belarus – 211,2 ton – 500,3 min ABŞ dolları
9. Polşa – 105,8 ton – 714,1 min ABŞ dolları
10. Digər ölkələr – 1376,6 ton – 23868,3 min ABŞ dolları

Respublikamıza idxal olunan əczaçılıq məhsulları ticarətlə məşğul olan əczaçılıq müəssisələri tərəfindən realizasiya edilir. Bu müəssisələr 2 qrupa bölünür: topdansatışla məşğul olan əczaçılıq müəssisələri; pərakəndə satışla məşğul olan əczaçılıq müəssisələri.

Bu tədqiqat işinin MƏQSƏDİ topdansatış əczaçılıq müəssisələrində audit xidmətinin vəziyyətini öyrənməkdir. Bu məqsədə nail olmaq üçün aşağıdakı vəzifələri yerinə yetirdik: respublikamızda fəaliyyət göstərən topdansatış müəssisələri haqqında məlumatlar topladıq; bu müəssisələrdən bir neçəsində audit xidmətinin vəziyyətini öyrəndik; aparılmış audit xidmətlərindən auditin hansı növünün üstünlük təşkil etdiyini araşdırdıq.

Cədvəl 2

Azəri-Med MMC-də audit xidmətinin vəziyyəti

№	Yoxlama aparan təşkilatın və ya sərbəst auditorun adı	Qərarın (müqavilənin №-si və tarixi)	Yoxlamanı əhatə edən dövr	Auditin növu
1.	Bakı ş. Vergilər Departamenti «Audit idarəsi»	07.06.2006-cı il tarixli VN 117506 saylı qərar	21.07.2004-01.06.2006	məcburi
2.	Bakı ş. Vergilər Departamenti «Audit idarəsi»	03.07.2007-ci il tarixli 07000100127195 saylı qərar	01.06.2006-01.06.2007	məcburi

Cədvəl 3

Biomed MMC-də audit xidmətinin vəziyyəti

№	Yoxlama aparan təşkilatın və ya sərbəst auditorun adı	Qərarın (müqavilənin №-si və tarixi)	Yoxlamanı əhatə edən dövr	Auditin növu
1.	Nərimanov rayon Vergilər İdarəsi	05.06.2002-ci il ta-rixli 009969 saylı qərar	03.05.2001-01.05.2002	məcburi
2.	Bakı ş. Vergilər Departamenti «Audit idarəsi»	23.05.2003-cü il ta-rixli 102437 saylı qərar	01.05.2002-01.04.2003	məcburi
3.	Bakı ş. Vergilər Departamenti «Audit idarəsi»	12.05.2004-cü il ta-rixli 106983 saylı qərar	01.04.2003-01.04.2004	məcburi
4.	Bakı ş. Vergilər Departamenti «Audit idarəsi»	21.06.2005-ci il ta-rixli 111324 saylı qərar	01.04.2004-01.06.2005	məcburi
5.	Bakı ş. Vergilər Departamenti «Audit idarəsi»	21.08.2006-ci il ta-rixli 118785 saylı qərar	01.06.2005-01.07.2006	məcburi
6.	Bakı ş. Vergilər Departamenti «Audit idarəsi»	18.08.2007-ci il ta-rixli 071703008812500 saylı qərar	01.07.2006-01.07.2007	məcburi

TƏDQİQATIN MATERİAL VƏ METODLARI. Statistik məlumatlara əsaslanaraq deyə bilərik ki, respublika üzrə fəaliyyət göstərən topdansatışla məşğul olan əczaçılıq müəssisələrinin sayı hazırda 113-dür. Bu müəssisələr həm xarici ölkələrdən idxal edilmiş, həm də yerli istehsalımız olan əczaçılıq mallarının topdan satışını həyata keçirirlər.

Topdansatış əczaçılıq müəssisələrində audit xidmətinin vəziyyətini öyrənmək məqsədi ilə biz aşağıdakı müəssisələrdə tədqiqatlar apardıq: 1.«Azəri-Med» MMC; 2.«Biomed» MMC; 3.«İmpuls – M.V.» MMC; 4.«ULU Farm» MMC; 5.«Planeta» istehsal kommersiya şirkəti;m 6.«Tetrada» MMC; 7.«Odlar Yurdu – 95» kiçik müəsssəsi; 8.«HBKo LTD» MMC

«Azəri-Med» MMC 2004-cü ildən fəaliyyətə başlamışdır. Əsas fəaliyyəti Britaniyanın «Loreks», Türkiyənin «Santafarma İlac Sənaye» istehsalat müəssisələrindən, həmçinin Ukrayna, Ruminiya, Macarıstan, Rusiya, Danimarka, Bolqarıstan, Gürcüstan respublikalarından idxal olunmuş və yerli istehsal olan əczaçılıq məhsullarının topdan satışını təşkil etməkdir. Hazırda 100-ə yaxın pərakəndə satış və 10-a yaxın topdansatış müəssisəsi ilə müqavilə əsasında 3000-ə yaxın dərman preparatının topdan satışını həyata keçirir. Həmin müəssisədə audit xidmətinin vəziyyəti 2 saylı cədvəldə verilmişdir.

«Biomed» MMC 03.05.2001-ci il tarixdən fəaliyyət göstərir. Əsas fəaliyyəti İtaliyadan 15 adda, Belçikadan 2 adda, Kipirdən 23 adda, Hindistandan 13 adda dərmn preparatını idxal etmək, eləcə də digər firmaların idxal etdiyi və respublikamızda istehsal olunan əczaçılıq məhsullarının topdan satışını təşkil etməkdir. Biomed MMC-də audit xidmətinin təşkili aşağıdakı kimidir (Cədvəl 3).

3. «İmpuls – M.V.» MMC 23 aprel 2004-cü ildən fəaliyyətə başlamışdır. Argentinadan və Hindistandan idxal etdiyi 55 adda dərman preparatının topdan satışı ilə məşğul olur. Həmin müəssisədə audit xidmətinin vəziyyəti belədir (Cədvəl 4).

Cədvəl 4
İmpuls – M.V. MMC-də audit xidmətinin vəziyyəti

№	Yoxlama aparan təşkilatın və ya sərbəst auditorun adı	Qərarın (müqavilənin №-si və tarixi)	Yoxlamanı əhatə edən dövr	Auditin növu
1.	Bakı ş. Vergilər Departamenti «Audit idarəsi»	03.03.2005-ci il ta-rixli VN 110378 saylı qərar	26.02.2004-01.02.2005	məcburi
2.	Bakı ş. Vergilər Departamenti «Audit idarəsi»	14.03.2006-ci il ta-rixli VN 116278 saylı qərar	01.02.2005-01.03.2006	məcburi
3.	Bakı ş. Vergilər Departamenti «Audit idarəsi»	06.03.2007-ci il ta-rixli VN 120867 saylı qərar	01.03.2006-01.03.2007	məcburi

4.«ULU Farm» MMC öz fəaliyyətinə 2004-cü ildən başlamışdır. Makedoniyadan 30 adda, Hindistandan 6 adda dərman preparatının idxalı və tondan satışı, həmçinin digər yerli firmaların, yerli istehsal preparatlarının topdan satışı ilə məşğuldur. 60-a yaxın pərakəndə satış və 20-yə yaxın topdan satış müəssisələri ilə müqavilə əsasında fəaliyyət göstərir. Bu müəssisədə cəmi 1 dəfə audit yoxlaması aparılmışdır (Cədvəl 5).

Cədvəl 5
«ULU Farm» MMC-də audit xidmətinin vəziyyəti

№	Yoxlama aparan təşkilatın və ya sərbəst auditorun adı	Qərarın (müqavilənin №-si və tarixi)	Yoxlamanı əhatə edən dövr	Auditin növu
1.	Bakı ş. Vergilər Departamenti «Audit idarəsi»	28.12.2005-ci il tarixli 011544 saylı və 10.02.2006-cı il tarixli 102135 saylı qərarlar	23.04.2004-01.06.2006	məcburi

4. «Planeta» istehsal kommersiya şirkəti 1998-ci ildən fəaliyyətə başlayaraq, Almaniyanın «Heel» firmasından 180 adda, «SymbioPharm GmbH» firmasından 5 adda, «DyjkerHoffpharma» firmasından 51 adda, «Sanum Kehlbejk» firmasından 85 adda,

italiyanın «S.İ.F.İ.» firmasından 5 adda, «Rottofarm» firmasından 2 adda dərman preparatının idxalını və topdan satışını həyata keçirir. Hazırda 60-a yaxın pərakəndə və 15-ə yaxın topdan satış müəssisəsi ilə tijarət müqavilələri əsasında fəaliyyət göstərir. Bu müəssisədə audit xidmətinin vəziyyəti 6 saylı cədvəldə öz əksini tapmışdır.

Cədvəl 6
«Planeta» İKŞ-də audit xidmətinin vəziyyəti

№	Yoxlama aparan təşkilatın və ya sərbəst auditorun adı	Qərarın (müqavilənin №-si və tarixi)	Yoxlamanı əhatə edən dövr	Auditin növu
1.	Bakı ş. Vergilər Departamenti «Audit idarəsi»	09.01.2004-cü il ta-rixli VN 195356 saylı qərar	01.01.2003-01.01.2004	məcburi
2.	Bakı ş. Vergilər Departamenti «Audit idarəsi»	18.01.2005-ci il ta-rixli VN 109915 saylı qərar	01.01.2004-01.01.2005	məcburi
3.	Bakı ş. Vergilər Departamenti «Audit idarəsi»	13.01.2006-cı il tarixli VN 115120 saylı qərar	01.01.2005-01.01.2006	məcburi

6. «Tetrada» MMC 2001-ci ilin dekabr ayından fəaliyyətə başlamışdır. Hazırda Rusiyadan, İrandan, Hindistandan, Ukraynadan, Almaniyadan təxminən 200 adda dərman preparatının idxalı və topdansatışı, həmçinin digər firmaların idxal etdiyi, yerli istehsal olan dərman preparatlarının topdan satışı ilə məşğuldur. «Tetrada» MMC-də tədqiqat apararkən bizə məlum oldu ki, bu topdansatış müəssisəsində yuxarıda adları çəkilən müəssisələrdən fərqli olaraq həm məcburi, həm də könüllü audit xidməti təşkil edilmişdir (Cədvəl 7).

Cədvəl 7
«Tetrada» MMC-də audit xidmətinin vəziyyəti

№	Yoxlama aparan təşkilatın və ya sərbəst auditorun adı	Qərarın (müqavilənin №-si və tarixi)	Yoxlamanı əhatə edən dövr	Auditin növu
1.	«Xəzər audit» MMM-nin auditoru Musayev Adıgözəl Maqsud oğlu	25.02.2002-ci il tarixli AP 002789 saylı müqavilə	20.08.2001-01.01.2002	könüllü
2.	«Xəzər audit» MMM-nin auditoru Musayev Adıgözəl Maqsud oğlu	25.02.2002-ci il tarixli AP 002789 saylı müqavilə	01.01.2002-01.01.2003	könüllü
3.	Sumqayıt ş. 2 saylı ərazi Vergilər İdarəsi	06.02.2004-cü il ta-rixli VN 103342 saylı qərar	01.09.2001-01.01.2004	məcburi
4.	Sumqayıt ş. 2 saylı ərazi Vergilər İdarəsi	27.05.2005-ci il tarixli VN 110472 saylı qərar	01.01.2004-01.01.2005	məcburi
5.	Sumqayıt ş. 2 saylı ərazi Vergilər İdarəsi	01.08.2006-cı il tarixli VN 111882 saylı qərar	01.01.2005-01.01.2006	məcburi

Cədvəl 8
«Odlar Yurdu – 95» KM-də audit xidmətinin vəziyyəti

№	Yoxlama aparan təşkilatın və ya sərbəst auditorun adı	Qərarın (müqavilənin №-si və tarixi)	Yoxlamanı əhatə edən dövr	Auditin növu
1.	Azərbaycan Respublikası Vergilər Nazirliyi	23.05.2003-cü il ta-rixli 102513 saylı qərar	01.01.2002-11.04.2003	məcburi
2.	Azərbaycan Respublikası Vergilər Nazirliyi	26.04.2004-cü il ta-rixli 105550 saylı qərar	01.04.2003-01.04.2004	məcburi
3.	Azərbaycan Respublikası Vergilər Nazirliyi	06.04.2005-ci il tarixli 110633 saylı qərar	01.04.2004-01.04.2005	məcburi
4.	Azərbaycan Respublikası Vergilər Nazirliyi	22.03.2006-cı il tarixli 116330 saylı qərar	01.04.2005-01.04.2006	məcburi
5.	Azərbaycan Respublikası Vergilər Nazirliyi	14.03.2007-ci il tarixli 121426 saylı qərar	01.04.2006-01.04.2007	məcburi

7. «Odlar Yurdu – 95» kiçik müəsssəsi 1997-ci ildən fəaliyyət göstərir. Hindistan, Yunanıstan, Fransa, İtaliya, İspaniya, Koreya və Belçikadan idxal etdiyi 105 adda dərman preparatının, eləcə də respublikamızda istehsal olunan preparatların 600-dən yuxarı pərakəndə satış müəssisəsinə ticarət müqaviləsi əsasında topdansatışını təşkil edir. Bu müəssisədə də fəaliyyətə başladığı gündən hazırki dövrə qədər yalnız məcburi audit növü həyata keçirilmişdir (Cədvəl 8).

8. «HB Ko LTD» MMC 1997-ci ildən fəaliyyətə başlayaraq əvvəllər təkcə Hindistanın, hazırda isə Hindistanın, İtaliyanın, İngiltərənin, Pakistanın, Malayziyanın və Argentinanın əməkdaşlıq etdiyi 18 istehsal müəssisəsindən idxal etdiyi 300-ə yaxın əjzaçılıq məhsullarının marketinqini və topdansatışını həyata keçirir. Həmin müəssisədə audit xidmətinin təşkili 9 saylı cədvəldə verilmişdir.

Cədvəl 9

«HB Ko LTD» MMC-də audit xidmətinin vəziyyəti

№	Yoxlama aparan təşkilatın və ya sərbəst auditorun adı	Qərarın (müqavilənin №-si və tarixi)	Yoxlamanı əhatə edən dövr	Auditin növu
1.	Nəsimi rayonu üzrə Vergilər İdarəsi	11.06.2001-ci il tarixli VN 003199 saylı qərar	01.01.2000-01.01.2001	məcburi
2.	Bakı ş. Vergilər Departamenti «Audit idarəsi»	28.10.2003-cü il ta-rixli VN 104552 saylı qərar	01.01.2001-01.10.2003	məcburi
3.	Bakı ş. Vergilər Departamenti «Audit idarəsi»	20.10.2004-cü il ta-rixli VN 108859 saylı qərar	01.10.2003-01.10.2004	məcburi
4.	Bakı ş. Vergilər Departamenti «Audit idarəsi»	14.12.2005-ci il tarixli VN 114649 saylı qərar	01.10.2004-01.01.2006	məcburi
5.	Bakı ş. Vergilər Departamenti «Audit idarəsi»	10.01.2007-ci il tarixli VN 120209 saylı qərar	01.01.2006-01.01.2007	məcburi
6.	Sərbəst auditor Əkbərov Mübariz Əkbər oğlu	22.01.2007-ci il tarixli 020815 saylı müqavilə	01.01.2006-31.12.2006	könüllü

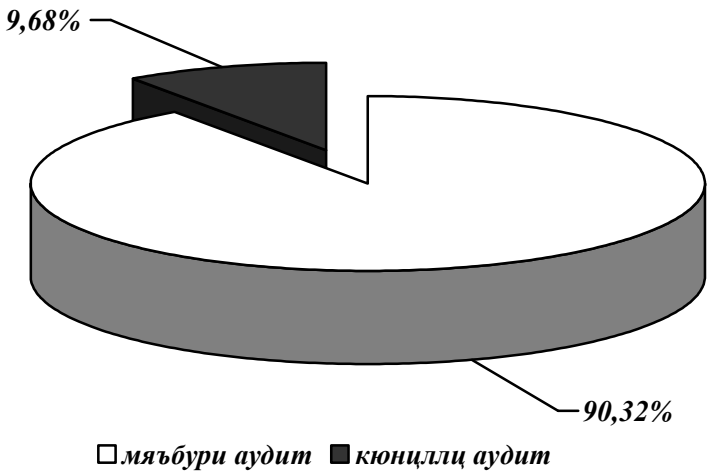
Cədvəllərdən göründüyü kimi tədqiqat apardığımız müəssisələrdə həm məcburi, həm də könüllü audit xidməti aparılmışdır. Yuxarıda qeyd etdiymiz cədvəlləri ümumiləşdirərək hər bir müəssisə üçün ayrı-ayrılıqda könüllü və məcburi auditin miqdarını 10 saylı cədvəldə əks etdiririk.

Cədvəl 10

Topdansatış əczaçılıq müəsisələrində audit xidmətinin növlər üzrə vəziyyəti

№	Müəssisələrin adı	Auditin növü	
		könülü	məcburi
1.	«Azəri-Med» MMC	-	2
2.	«Biomed» MMC	-	6
3.	«İmpuls – M.V.» MMC	-	3
4.	«ULU Farm» MMC	-	1
5.	«Planeta» istehsal kommersiya şirkəti	-	3
6.	«Tetrada» MMC	2	3
7.	«Odlar Yurdu – 95» kiçik müəsssəsi	-	5
8.	«HBKo LTD» MMC	1	5

Cədvəldən göründüyü kimi topdansatışla məşğul olan əczaçılıq müəssisələrində məcburi audit xidməti üstünlük təşkil edir. Bunu orta hesabla faizlə həcmini diaqram şəklində göstərə bilərik.



Şək.1. Topdansatış ticarətlə məşğul olan əczaçılıq müəssisələrində məcburi və könüllü auditin həcmi

NƏTİCƏLƏR. Diaqrama əsaslanaraq deyə bilərik ki, respublikamızda fəaliyyət göstərən topdansatışla məşğul olan əczaçılıq müəssisələrində məcburi audit xidmətinin həcmi 90,32%, könüllü auditin həcmi isə 9,68% təşkil edir. Qeyd etmək lazımdır ki, məcburi audit yoxlaması bilavasitə qanunvericiliklə müəyyənləşdirilmiş hallarda və ya dövlət orqanlarının tapşırığı ilə aparılır. Könüllü audit yoxlaması isə iqtisadi subyektin öz qərarı ilə auditor və ya auditor firması ilə müqavilə əsasında həyata keçirilir [1,3,6].

Baxmayaraq ki, qanunvericilik tələblərinə görə bu audit xidmətləri müxtəlif növlərə aid edilir, lakin informasiyaların istifadəçilərinə görə hər ikisi kənar auditə aiddir. Daxili audit isə müəssisə tərkibində müstəqil struktur bölməsi və ştat vahidi kimi fəaliyyət göstərir, daxili nəzarət orqanı olmaqla müəssisənin rəhbərinə tabedir. Daxili auditorlar müəssisədə daxili nəzarətin təkmilləşdirilməsi kimi əsas vəzifələri ilə yanaşı, eyni zamanda müəssisə rəhbərinin xüsusi tapşırıqlarını da yerinə yetirə bilərlər [1,7,8].

Tədqiqat apardığımız topdansatış əczaçılıq müəssisələrinin heç birində daxili audit növünə rast gəlinmədi.

ƏDƏBİYYAT

1. Azərbaycanda maliyyə nəzarəti və audit. / Elmi-praktik konfransın materialları.- Bakı: Azərnəşr, 1999, 190 s.
2. Cəlilova K.İ. Azərbaycanda dərman vasitələrinə olan tələbatın göstəricilərinin dinamik dəyişməsi // Azərbaycan Əczaçılıq jurnalı, 2005, №2, s.64
3. Novruzov V., Yaqubov Ş. Azərbaycan auditi.- Bakı, 2004, 140 s.
4. Vəliyeva M.N., Quliyeva E.A., Mehralıyeva S.J. Əczaçılıq fəaliyyətinin müasir xüsusiyyətlərinə dair // Azərbaycan Əczaçılıq jurnalı, 2003, №2
5. Vəliyeva M.N., Əliyeva A.H. Azərbaycan Respublikasında əczaçılıq sisteminin inkişaf problemləri // İqtisadiyyat və audit elmi-praktiki jurnal, 2007, № 8, s. 27-29
6. Ерофеева В.А., Пискинов В.А., Битюкова Т.А. Аудит. Москва, «Высшее образование» 2005
7. Соколова Я.В. Основы аудита.- М., 2000
8. Шеремет А.Д., Суйц В.П. Аудит.- М.: Инфра, 2005

SUMMARY

THE MODERN CONDITION OF AUDIT SERVICE IN PHARMACY DEPARTMENT WHICH DIAL UP WHOLESALE OF IN OUR REPUBLIC

A.H. Aliyeva

Though that the part of drug preparations and other medical things are produced in republic. We get the majority of these preparations from foreign ountries. Though that according on demand of legislation the audit services are divided to different parts but for users of information each of them belong to out audit. But the inside audit besides of improvement of inside control can fulfill the task head of departments

Daxil olub: 30.09.2008

NAXÇIVAN MR-DA YENI DOĞULMUŞLARDA VƏ ÜÇ AYLIĞA QƏDƏR UŞAQLARDA BÖYRƏK ANOMALIYALARININ YAYILMASI

E.İ. Rzayev
Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Uşaq həyatının neonatal dövründə orqanizmin, daxili orqanların, sistemləri morfoloji və funksional cəhətdən hələ tam yetişmiş olmadığına görə ümumiyyətlə bütün xəstəliklər xüsusi ilə böyrək patologiyaları özünə məxsus gediş xüsusiyytlərinə malikdirlər [1,2].

Yeni doğulmuş və südəmər uşaqlarda orqanizmin bu xüsusiyyətlərinə görə patoloji proses tez proqressivləşərək böyrək toxumasında nekrotik və sklerotik dəyişikliklər baş verir. Eyni zamanda bir çox alimlərin [3,4] fikirincə yeni doğulmuş uşaq orqanizmi yüksək plastikliyə malikdir.

Tədqiqatın MƏQSƏDI ultrasəs müayinəsi ilə kütləvi müayinə zamanı böyrək patologiyalarını daha tez üzə çıxartmaqdan ibarətdir.

Ona görə erkən vaxt diaqnozun düzgün müəyyənləşməsi və məqsədyönlü müalicənin aparılması xoşa gəlməz nəticələrin qarşısını alır. Əlbəttə, bu zaman genetic determinə olunmuş faktorlar nəzərdən qaçmamalıdır [5,6].

Qeyd etmək lazımdır ki, böyük uşaqlarda və ümumiyyətlə böyüklərdə təsadüf olunan bir çox böyrək xəstəliklıri öz başlanğıcını ana bətnində və yeni doğulma dövründə götürür [7].

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Kütləvi müayinənin aparılmasının zəruriliyini əsas tutaraq yeni doğulmuş və həyatının üç ayına qədər 1100 uşaqda ultrasəs skrininqi aparmışıq. Uşaqlar kənd ərazisində (450) və Naxçıvan şəhərində (650) yaşayırlar. Onlardan 550 oğlan, 550 qız idi. Sidik ifraz edici üzvlər tərəfdən valideyinlərinin heç bir şikayəti yox idi. Klinik və anamnestik də heç bir əlamət yox idi. Ultrasəs müayinəsindən əvvəl sidiyin laborator təhlili aparılmayıb.

Müayinə olunanların içərisində böyrək patologiyası 245 uşaqda təsadüf olunaraq yayılması 22,7% təşkil etdi. Onlardan 127-si oğlan (23,8), 118-i qız (21,4%) idi. Deməli üç aylığa qədər uşaqlar arasında qızlara nisbətən oğlanlarda böyrəklərin anadangəlmə patologiyası çox təsadüf edilir (23,8 və 21,4% müvafiq olaraq).

Böyrəklərin anadangəlmə izolə olunmuş qüsuru 51 uşaqda təsadüf olunaraq yayılması 46,4% idi. Bu qüsurun oğlanlarda yayılması qızlara nisbətən 60,0 və 34,5% çox idi ($p<0,05$). Kənddə yaşayan uşaqlarda da şəhərdə yaşayan uşaqlara nisbətən qüsurun yayılması çoxluq təşkil edir (51,1 və 43,8).

Böyrəklərin anadangəlmə qüsuru və kiçik inkişaf anomaliyasının müştərəkliyi 15 uşaqda diaqnozlaşdırılmışdı. Kənd yerlərnəd yaşayan uşaqlarda kombinə olunmuş patologiyanın yayılması 19,5%, şəhər ərazisində 12,3% idi ($p<0,05$).

NƏTİCƏLƏR VƏ MÜZAKİRƏLƏR. Naxçıvan MR-nın ümumi uşaq populyasiyasında böyrəklərin anadan gəlmə qüsurunun yayılması uşaq həyatının ilk üç ayında 41,4% olaraq oğlanlarda qızlara nisbətən çoxluq (50,1% və 34,4 % müvafiq). Bizim aldığımız məlumat ümumiyyətlə ədəbiyyat göstəriciləri ilə uzlaşır.

Böyrəklərin kiçik inkişaf anomaliyalarının körpələrdə yayılması 18,8% təşkil edərək oğlanlarda (16,7%) qızlardan çox idi (15,8%). Patologiyanın yayılmasında kənd yerlərində yaşayanlarla şəhərdə yaşayanlar arasında fərqmüəyyən edilmədi.

Qeyd etmək lazımdır ki, kistoz sisplazya kənd ərazisində yaşayan uşaqlarda müşahidə olundu. Bu böyrək parenximasında bir və ya bir neçə sahədə hipoplaziyanın olmasıdır. Məlum olduğu kimi patologiyanın klinik əlamətləri əsasən 4-12 yaşından başlayır. Ona görə qüsurun uşağın kiçik vaxtında erkənn aydınlaşdırılması, uşağın dispanser hesabatına götürülərək nəzarətdə saxlanması erkən vaxtında müalicə olunmasına köməklik göstərir.

Böyrəklərin inkişaf qüsurlarının ayrı-ayrı nazoloji vahidlərinin Muxtar Respublikanın uşaq populyasiyasında yayılmasını təhlil etdikdə aydınlaşdı ki, yeni doğulmuş uşaqlarda ən çox rast gəlilnən qüsur böyrəyin ikiləşməsidir. Uşaqlar arasında bu qüsur 1:52 nisbətində təsadüf olunaraq yayılması 19,8% təşkil edir. Cinsiyyət fərqi olmur. Yeni doğulmuşların müayinəsində böyrəyin anadangəlmə qüsurları içərisində ikinci yeri hidronefo\roz tutur, onun yayılması 16,3% və ya 1:61-dir. Oğlanlarda qızlara nisbətən bu patologiya çox (21,8 və 18,9% müvafiq) çox yayılmışdır.

Ultrasəs skrininqi zamanı yeni doğulmuş uşaqlarda çox təsadüf edilən böyrəyin

analabənzər variantı idi. Bu 10 uşaqda (9% və ya 1:22) yayılmışdı.

Ageneziya, distopiya və hipoplaziya yeni doğulmuşlarda eyni səviyyədə (3,6% və ya 1:175) idi. Ageneziya oğlanlarda qızlara nisbətən çox müşahidə olunduğu hakda (5,4% və 1,8% müvafiq). Distopiya və hipoplaziyanın cinsi fərqi qeyd olunmadı. Kistoz displaziya ancaq kənddə yaşayanlarda müşahidə olunaraq yayılması 4,4% təşkil edir.

Ayrı-ayrı nazoloji vahidlərin yaşayış ərazilərində yayılmasını təhlil etdikdə müəyyənləşdi ki, kənddə yaşayan uşaqlarda yüksək dürüslüklədaha çox təsadüf olunan ageneziya 6.6%, qarşılıqlı birləşmə 11,1%, distopiya 6,6%, hidronefroz 22,2% oldu. Uşaq həyatının üç ayına qədər şəhər yerlərində isə böyrəyin ikiləşməsi 23% təşkil edirdi. Deməli böyrəyin anadan gəlməqüsurları daha çox kənddə yaşayan uşaqlarda təsadüf edilir.

Yeni doğulmuşların və üç aylığa qədər olan uşaqlarda böyrəklərin kiçik inkiçaf anomaliyaları pieloektaziya, rotasiya, kasa-ləyəncik sisteminin şaxələnməsi kimi təzahür edir.

Pieloektaziya 118 uşaqda təsadüf olunaraq yayılması 10,7% təşkil etdi. Oğlanlar arasında yayılması 11,0 %, qızlarda 10,3% təşkil edərək cins fərqi o qədər də çox deyildi.

Böyrəklərin kiçik inkişaf anomaliyaları arasında yayılmasına görə ikinci yerdə kasa-ləyəncik sisteminin Berten sütuncuğunun şaxələnməsi diqqəti cəlb etdi (38,1%).

Böyrəyin rotasiyası uşaq həyatının ilk üç ayında cins fərqi olmadan yayılması 25,4 5 idi. Böyrəklərin kiçik inkişaf anomaliyalarının yaşayış ərazisindən asılılığını təhlil etdikdə müəyyənləşdi ki, pieloektaziya çox vaxt şəhərdə yaşayan uşaqlarda müşahidə olunur 12,3%, rotasiya isə daha çox kənddə yaşayanlarda 33,5% (şəhərdəkilərdə 20%) təsadüf olunur ($p<0,05$).

Tədqiqatın nəticə və müzakirəsi. Beləliklə, Naxçıvan MR-da uşaq doğulan gündən üç aylığına qədər "sağlam" hesab olunan körpələri ultrasəs skrininqindən küçirəndə müəyyənləşdir: 1. Böyrəklərin anadangəlmə bu və ya digər qüsurları rast gəlinir; 2. Böyrəyin anadangəlmə qüsurları kənddə yaşayan körpələr arasında daha çox təsadüf edilir; 3.Böyrəklərin anadangəlmə ağır qüsurları da kənd uşaqlarında çox müşahidə olunur; 4.Pieloektaziya isə şəhər uşaqları arasında daha çox müşahidə olunur.

Yeni doğuımuşlar və uşaq həyatının üç aylığına qədər dövrdə böyrəyn anadangəlmə anomaliyasının yayılması, təsadüflərinin çoxluğu və körpələrin yaşadığı ərazidən asılı olaraq, qüsurun struktur müxtəlifliyini nəzərə alaraq bu yaşda olan uşaqlara dinamik müşahidə aparılması zəruridir. Bu yaşda olan uşaqlar arasında hal-hazırda mütəxəssislərin apardığı dispanserizasiyaya aid müvcud əmrlərə yenidən baxılaraq konkret göstərişlər, məsləhətlər, tövsiyələr verilməlidir. Bu, sidik sistemi xəstəliklərinə yüksək riskli, uşaqların həyatının ilk aylarında müəyyənləşdirib vaxtında, fəsadlaşmamış məqsədyönlü müalicə etməyə köməklik edər.

Beləliklə, körpələrdə sidik sisteminin patologiyalarını erkən vaxtdan, xüsusiilə neonatal dövrdən müayinə üdib müəyyənləşdirmək çox böyük praktiki əhəmiyyət kəsb edir. Bu bir tərəfdən patologiyanı korreksiya etməyə, digər tərəfdən isə uşaqlarda xəstələnmənin azlamasına, erkən əlilliyin qarşısını almağa və uşaq ölümünün azalmasına imkan yaradır.

ƏDƏBİYYAT

1. Tağıyev N.Ə. Neonatologiya.- Б., 2007, с 30-32
2. Антонов О.В. Педиатрия.- 2007, с 56-66
3. Воеводина Н.И и соав – Аномалии мочевой системы у детей раннего возраста / III Конгресса.Тезис док. России.- 2003, с. 98
4. Игнатова М.С. и соав Решенные и нерешенные проблемы эконефрологии детского возраста // Педиатрия, 1997, №6, с 54-58
5. Кириллова Е.А и др. Мониторинг врожденнхы пороков развития у новорожденных // Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2000, №1, с.18.
6. Перепелкина Н.Ю.- Нефрологическая заболеваемосты и инвалидносты детей Оренбурского области // Педиатрия, 2003, №4, с. 63-67
7. Чугунова О.Л. Заболевания органов мочевой системы у новорожденных // Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2006, №2, с 18-24

SUMMARY
SPREADING OF LIVER ANOMALIES ON INFANTS AND THREE MONTHS CHILDREN IN NAKHCHIVAN AR
E.I. Rzayev

We carried out popular Ultrasound skrining in neonatal and first 3 monthis of life living village and city. Congenital defects, variation of developmental defects, high risk groups are found among children. Kidney pathology are most found in children which living village .Hidronephritis meets most often in children which lives in village. It is practical signification to identify congenital defects in time specially neonatal period. This prevent morbidity and mortality of the children.

Daxil olub: 27.12.2008

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ БЕДРА

Н.А. Гаджиев
Центральный военный клинический госпиталь, г.Баку

По локализации повреждения преобладают ранения сосудов конечностей в 86% случаев [1,3,4]. Это объясняется тем, что при этих локализациях травм возможна надежная временная остановка кровотечения, позволяющая сохранить жизнь пострадавшему и доставить его в лечебное учреждение [2,4,5].

По нашим наблюдениям повреждение магистральных сосудов бедра было у 76 (32,5 %) раненых. При этом только в 6 (7,9%) случаях мы наблюдали повреждение общей бедренной артерии. В остальных 70 (92,1%) случаях имело место повреждение поверхностной бедренной артерии. Комбинированное поражение глубоких вен бедра имелось в 32 (42,1%) случаях. Сочетанное поражение костей наблюдали у 8 (10,5%) пострадавших, а сочетанное поражение нервных стволов - у 12 (16,7%) пострадавших.

Характер повреждения магистральных сосудов бедра представлен на рис. 1. При выполнении реконструктивных операций на артериях нижних конечностей мы стремились к максимальному сокращению времени пережатия сосудов, а, следовательно, ишемии конечности [2,3,6]. Особое внимание этому факту уделяли при повреждении сосудов, прекращение кровотока по которым в короткий промежуток времени ведет к развитию критической ишемии конечности, в частности, общей бедренной артерии [2,6]. С ЦЕЛЬЮ уменьшения времени пережатия сосудов до ревизии места повреждения нами обязательно производили выделение и мобилизацию проксимальных и дистальных отделов поврежденных сосудов, при этом их брали на турникеты. Только после этого открывалась собственно область ранения и имелась возможность ее ревизии.

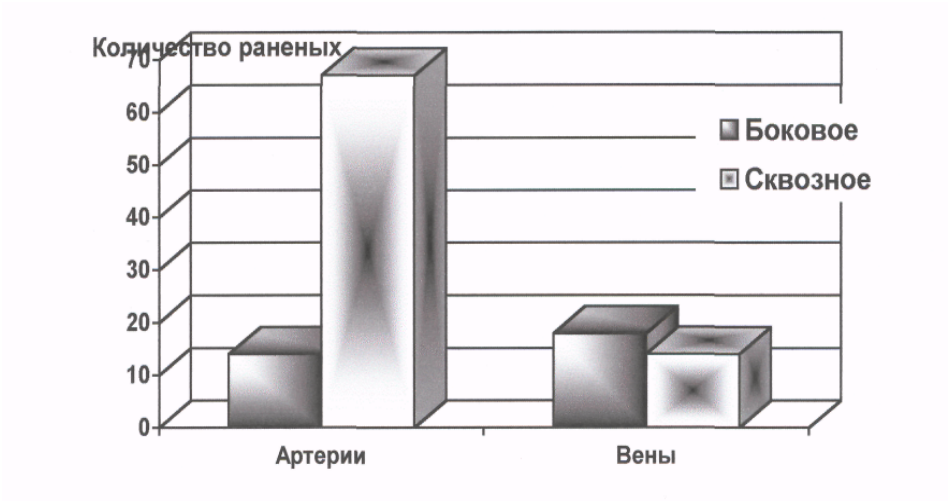


Рис. 1. Характер повреждения магистральных сосудов бедра.

Хирургическая тактика при ранениях общей бедренной артерии, также как и при повреждении других крупных сосудов, зависит от характера ранения [1,2,4,5]. Боковое повреждение общей бедренной артерии имело место у 2 раненых. При этом боковой сосудистый шов был наложен одному из них и второму была осуществлена пластика бокового дефекта артерии с помощью аутовенозной заплаты.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Сквозное ранение общей бедренной артерии было у 4 пострадавших. Циркулярный шов удалось наложить только одному из них. Следует подчеркнуть, что в целом ряде случаев выполнение циркулярного шва при полном пересечении сосуда вызывало значительные затруднения, что было связано с трудностью мобилизации сосуда на большом протяжении и высокой вероятностью натяжения линии шва.

Последнему пострадавшему для восстановления кровоснабжения в нижней конечности, в связи с дефектом общей бедренной артерии 3,5 см пришлось осуществить подвздошно-бедренное шунтирование синтетическим протезом. Для проведения протеза вне зоны травмированных тканей мы использовали мышечную лакуну.

При комбинированных ранениях бедренных вен имели место как боковые повреждения их стенок, так и сквозные ранения. При боковых повреждениях восстановление целостности было осуществлено путем наложения бокового шва в поперечном (8 раненых) или продольном (10 раненых) направлении. В 4 случаях при наличии сквозного повреждения удалось выполнить экономную резекцию общей бедренной вены и восстановить ее целостность путем наложения циркулярного анастомоза конец в конец.

С повреждением поверхностной бедренной артерии поступили 70(92,1 %) человек. У 10 из них повреждение ПБА сочеталось с ранением венозной магистрали. В 45 (64,3%) случаях к моменту оказания специализированной помощи поврежденный сосуд был тромбирован.

Наиболее оптимальным методом восстановления поверхностной бедренной артерии являлась прямая реконструкция сосуда с наложением циркулярного и бокового швов. Эти операции показаны при отсутствии инфицирования раны, а также при боковых повреждениях сосудов (2,3). Боковой шов артерии был выполнен у 5 человек. Еще у 7 раненых удалось выполнить анастомоз по типу конец в конец. Обязательным условием выполнения его являлось отсутствие натяжения линии швов. Эти операции, на наш взгляд, являются оптимальными как в отношении соответствия диаметров и восстановления нормальных гемодинамических характеристик, так и в отношении устойчивости к инфекции.

Для поверхностной бедренной артерии, в связи с ее протяженностью, удавалось без особого натяжения соединить концы после резекции травмированного участка даже при диастазе 2,5 см. для этого мобилизовывали артерию на большем протяжении, чем обычно, когда нам нужен был участок сосуда только для наложения сосудистого зажима.

При угрозе натяжения линии анастомоза, что встречается при необходимости резекции краев сосуда на большом протяжении, отдаем предпочтение аутовенозному протезированию пораженного участка. У 47 (61,8 %) пострадавших с этой целью был использован реверсированный фрагмент большой подкожной вены.

В тех случаях, когда необходимо было выполнить восстановительные операции при наличии признаков нагноения в ране, методом выбора считаем экстраанатомическое аутовенозное шунтирование (4 раненых) вне зоны инфекции и травмированных участков мягких тканей. Для этого аутовенозный трансплантат, как правило, забирали с неповрежденной конечности. Однако в том случае, если было изолированное повреждение артерии без нарушения целостности венозного русла, допускали возможность использования большой подкожной вены пораженной конечности. Анастомозы аутовенозного трансплантата с артерией накладывали по схеме конец вены в бок артерии вне зоны нагноения, с последующей перевязкой пораженной артерии в гнойной ране.

У 10 пострадавших отмечено сочетанное поражение венозных магистралей. Как и при вышеописанных ситуациях, наиболее оптимальными являлись прямые реконструктивные вмешательства. С учетом вида раны выполняли боковой (5) или циркулярный (3) сосудистые швы. Несмотря на относительно большой диаметр вены, для предотвращения сужения калибра и нарушения гемодинамики боковой шов стремились выполнять в поперечном направлении. В

случае выполнения циркулярного шва его накладывали с помощью отдельных узловых швов, поскольку в противном случае может возникнуть деформация линии шва при завязывании нитей [2,3]. Одному раненому нами было выполнено аутовенозное протезирование бедренной вены. В качестве пластического материала был использован фрагмент большой подкожной вены. Из-за наличия нагноения в ране в одном случае бедренная вена была лигирована. В послеоперационном периоде были отмечены явления венозной недостаточности, которые были относительно компенсированы с помощью консервативных методов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белов Ю.В. Руководство по сосудистой хирургии (сатласомопер. тех.).- М., 2000.
2 Гаджиев Н.А. Организация лечения пострадавших с ранениями магистральных сосудов на этапах эвакуации // Хирургия, 2003, №6.
3 Зырянов Б.Н., Поярков В.Д. Аутовенозная трансплантация при окклюзионных поражениях бедренных и подколенных артерий // Клин. Хир., 1980, № 7.
4 Петровский Б.В. Прогресс современной ангиохирургии // Хирургия, 1991, № 1.
5 Якубович Д.Ю. Тактика и организация лечения пострадавших с травмами магистральных сосудов конечностей: Дисс...канд.мед.наук.- 1999.
6 Nguyen Khanh Du. Surgery of the great vessels. - Hanoi, 1979.

SUMMARY
DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT WONDER OF THIGH MAGISTRAL VESSELS.
N.A.Hadjiev

Authors have 76 (32,5%) wounded with injuries of thigh magistral vessels.Also 6 wounded had injuries of common femoris artery, 70 had injuries of artery femoralis superficialis.

The optimal method of reconsnstruction artery femoralis superficialis is circular or side seam. When have threat stretch line of anastomosis after cutting edge of vessels, the author prefer use autovein for reconstruction. For 47 (61,8%) wounded they used fragment of safena magna vein.

Daxil olub: 13.10.2008

VERTEBROBAZILYAR ÇATMAMAZLIQ FONUNDA QEYRI-PSIXOTIK AFFEKTIV HALLARIN KLOMIPRAMINLƏ MONOTERAPIYASI (NEYROPSIXOLOJI VƏ DOPPLEROQRAFIK MÜAYINƏ)

F.T.Cəfərov
Lənkəran şəhər sağlamlıq mərkəzi.

Son zamanlar həyəcan və depressiya ilə müşahidə olunan serebrovaskulyar xəstəliklə olan xəstələrin sayının proqressiv artması qeyd olunur [1,2,3,9]. Müəyyən olunmuşdur ki, serebrovaskulyar xəstəlikdə qeyri-psixotik affektiv hallar 20% və daha artıq təsadüflərdə rast gəlinir [2,5,11].

Beyin qan dövarnı pozulmalarının 25%-dən 30 %-ə qədərini vertebrobasilyar arteriyal sistemdə dissirkulyator pozulmalar təşkil edir ki, buların 70%-ə qədəri tranzitor pozulmalardır. Vertebrobasilar sistemdə dissirkulyator ağırlaşmalardan vertebrobasilar sistemdə baş verən insultlardır ki, buda işemik insultların 7-11% -i təşkil edir və bunlardan 40%-i letal sonluqla nəticələnir [4].

Bu iki patologiya resiprok əlaqədə olaraq biri digərinin gedişini ağırlaşdırır. Vertebrobazilyar çatmamazlıq sindromunda serebral hemodinamikanın arteriyal və venoz seqmentlərinin vəziyyəti, hiper- və hipokapnik sınaqların tətbiqi ilə ultrasəs dopleroqrafiyası vasitəsi ilə öyrənilmişdir. Müəyyən olunmuşdur ki,vertebrobazilyar çatmamazlıq sindromunun

patogenezində ekstra- və intrakaranial arteriyaların stenozu rol oynayırsa, sindromun başlanğıc formasının əmələ gəlməsində vazomator reaktivlik əsas patogenetik həlqədir [4].

Hazır ki, tədqiqatın məqsədi vertebrobazilyar çatmamazlıq fonunda qeyri-psoxotik affektiv halların neyropsixoloji və doppleroqrafik xarakteristikasını verməkdir.

TƏDQİQATIN MATERIAL VA METODLARI. 30 (kişi 4,qadın 26) vertebrobazilyar çatmamazlıq fonunda qeyri-psoxotik affektiv halları olan xəstə müayinə olunmuşdur.Xəstələr iki qrupa tədqiq olunmuşlar.

Müayinə qrupunda 15(kişi 3, qadın 12) xəstədən ibarət vertebrobazilyar çatmamazlıq fonunda qeyri-psoxotik affektiv halları olan xəstələrin 25 mq sutkalıq dozada klomipraminlə monoterapiyada müalicə aparılmışdır.

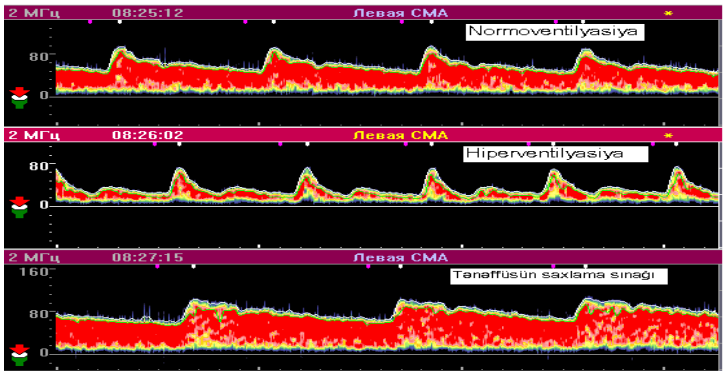
Kontrol qrup 15 (kişi 1, qadın 14) xəstədən ibarət vertebrobazilyar çatmamazlıq fonunda qeyri-psoxotik affektiv halları olan xəstələr neyrometabolik və vazoaktiv preparatlarla müalicə almışlar.

Müayinə qrupunda xəstələrin orta yaş həddi 31.2±1.5 il,kontrol qrupda 32.3±1.5 il olmuşdur.Xəstəliyin orta davametmə müddəti 2.4 il olmuşdur.

Affektiv sferanı qiymətləndirmək üçün Hamilton və Montqomeri-Asberq şkalalarından istifadə olunmuşdur.

Hamilton şkalası 17 bəntdən ibarətdir.Hər bənd öz növbəsində aid olduğu əlaməti müəyyən edən yarımbəntdən ibarətdir. 14-17 bal arası yüngül depressiya,18-25 arası orta depressiya,25 baldan yuxarı ağır depressiya kimi qiymətləndirilir.

Digər neyropsixoloji şkala Montqomeri-Asberq şkalasıdır. Montqomeri-Asberq şkalasında bəndlərin sayı 10 –dur. Summar ball 0 dan 60 qədərdir[9].0 dan 15 qədər depressiya inkar olunur, 16-25 kiçik depressiv epizod,26-30 mülayim depressiv epizod,30 dan yuxarı böyük depressiv epizoda uyğundur.



Şək. 1. Orta beyin arteriyasında normoventilyasiya və funksional sınaqlar fonunda spektral quruluş

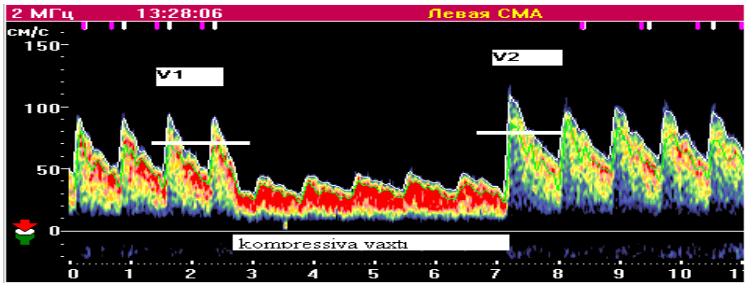
Doppleroqrafik müayinə Sonomed 325 aparat proqram kompleksində həyata keçirilmişdir.Onurğa arteriyalarının ekstrakranial(V3), intrakranial(V4) seqmentləri, bazilyar arteriya,arxa beyin arteriyaları lokasiya olunmuşdur[6].Sol orta beyin arteriyası lokasiyasında vazomator reaktivlik indeksi, hiperventilyasiyaya qarşı reaktivlik indeksi və overşut əmsalı hesablanmışdır.Şəkil 1-də orta beyin arteriyası lokasiyasında normoventilyasiya, hiperventilyasiya və hiperkapniya sınaqları zamanı spektral quruluşda olan dəyişmələr öz əksini tapmışdır. VMR indeksi aşagıdakı düstur vasitəsi ilə hesablanmışdır[8]:

Vav1-Vav2/Vav*100

V0 sakit vaxtı orta maksimal xətti sürət;

V+ hiperkapnik sınaq zamanı orta maksimal xətti sürət;

V- hipokapnik sınaq zamanı orta maksimal xətti sürət;



Şək. 2. Overşut əmsalını təyin edən zaman orta beyin arteriyasında spektral quruluşu

Periferik arteriyalarda reaktivlik, modifikasiya olunmuş postokuluzion reaktiv hiperemiya sınağı vasitəsi ilə qiymətləndirilmişdir.Bazu arteriyasında qan dövranı 8 Mqh datsik vasitəsi ilə həyata keçirilmişdir.Hiperemiyadan sonra sistolik xətti sürətin dəyişməsi və sistolik xətti sürətin maksimal göstəricisindən 50% azalmasına sərf olunan zaman intervalı(T1/2) müəyyən olunmuşdur.

Overşut əmsalı aşağıda düstur vasitasi ilə hesablanır:

OƏ=V2/V1

MÜZAKIRƏLƏR. Müayinə qrupunda klomipramin 25 mg dozada 42 gün müddətində monoterapiyada tətbiq olunmuşdur. Kontrol qrupda 42 gün müddətində Trental 600 mg/sutka və Aktovegin 2 ml/sutka təyin olunmuşdur.Psixometrik şkalalar üzrə orta balların dinamikası şəkil 3 də öz əksini tapmışdır.

Şəkil 3-dən göründüyü kimi 42 günlük müalicə müddətində şkalalar üzrə orta balların dinamikası hər iki qrupda HDRS və MADRS şkalalarında kəskin fərqlənməmişlər.Müayinə qrupunda xəstələrdə psixopatoloji sindromun müxtəlif əlamətlərinin dinamikasına nəzər yetirdikdə, hər bir əlamətin müxtəlif sürətlə normallaşması nəzərə çarpır. HDRS şkalasının hər bir əlamətinin orta ballarını qiymətləndirdikdə depressiv əhval ruhiyyənin, somatik həyacan və yuxu pozğunluqlarının daha əhəmiyyətli dəyişmələri aşkarlanmışdır.

Şəkil 3-dən göründüyü kimi klomipraminin qəbulunun təsiri nəticəsində hər bir əlamətə uyğun orta ədədlərin ilk günlərində reduksiyası müşahidə olunmamışdır. Tədqiqatın G14 nöqtəsində hər bir əlamətə uyğun orta ədədlərin statistik əhəmiyyətli azalması baş vermişdir.Bununla yanaşı hər bir əlamətə uyğun orta ədədlərin G14 və G28 intervalında daha intensiv azalması müşahidə olunmuşdur ki, buda sürətli terapevtik effektin olmasını təstiqləyir.Sonrakı günlərdə hər bir əlamətə uyğun orta ədədlərin azalması müşahidə olunmuşdur və bir sıra xüsusiyyətlərlə özünü biruzə vermişdir.Bədən kütləsinin azalması şikayətləri artmasına baxmayaraq, somatik və psixi həyacanın eyni zamanda somatik şikayətlərin daha sürətlə azalması 14 gündən sonra baş vermişdir.

Klomipraminlə müalicə müddətində bütün göstəriciləri ifadə edən orta ballar 17.5±1.2 dən 5.7±0.4 qədər azalması VBÇ fonunda QPAH müalicəsində effektiv preparat olması təstiqlənmişdir.

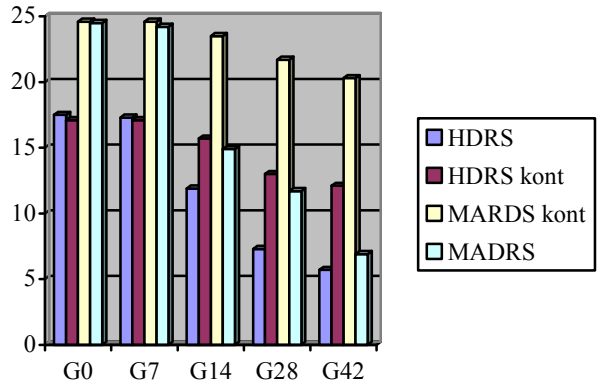
Klomipramin 25mq\sutka dozada monoterapiyanın effektivliyi MARDS şkalasındada öz təstiqini tapmışdır.

Kontrol qrupda 42 günlük müalicə kursunun effektiv olmaması HDRS və MADRS şkalaları təstiqləməsi şəkil 3-də öz əksini tapmışdır.

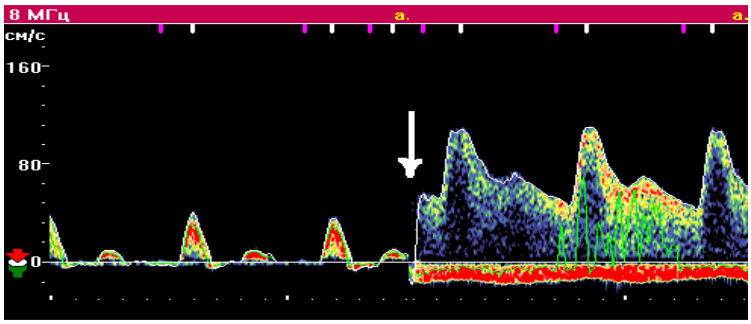
Doppleroqrafik olaraq VMR, K_, PORH və overşut indeksləri müalicədən əvvəl və sonra

qiymətləndirilmişdir.

Bazu arteriyasında PORH sınağında qan dövranının tipik reaksiyası şəkil 3-də öz əksini tapmışdır.



Şək. 3. Qruplar üzrə 42 günlük müalicə zamanı psixometrik şkalalarda orta balların dinamikası



Şək. 3. Ox işarəsi tanometrin manjetinin dekompressiyası anını göstərir

Cədvəl 2 analiz etdikdə damar reaktivlik indekslərinin müxtəlif dəyişmələri müəyyən olunmuşdur.VMR əmsalının hər iki qrupda müsbət dinamikası müşahidə olunmuşdur.Standart terapiya VMR indeksinə daha effektiv təsir göstərmişdir.Klomipraminlə monoterapiya qrupunda PORH sınağı zamanı bazu arteriyasında qan dövranının yarımbərpa dövrü 42,7±3,5 saniyədən 30,3±2,1 saniyəyə kimi azalmışdır.Bu fərq müayinə qrupunda 36,5±2,8 saniyədən 34,3±2,2 saniyəyə kimi olmuşdur.Hiperventilyasion sınağın orta qiyməti müayinə qrupunda 43,0±1,5 dən 61,2±1,5 kimi,kontrol qrupda 41,3±1,8 dən 54,1±0,9 kimi dəyişmişdir.Hər iki qrupda overşut indeksi əhəmiyyətli dəyişməmişdir.

Cədvəl 2

Qruplar üzrə reaktivlik əmsallarının müalicədən əvvəl və sonrakı göstəriciləri

	Müalicədən əvvəl		Müalicədən sonra	
	Müayinə qrupu	Kontrol qrup	Müayinə qrupu	Kontrol qrup
VMR	64,7±1,0	64,5±1,2	74,9±0,4	79,6±2,0
PORH	42,7±3,5	36,5±2,8	30,3±2,1	34,3±2,2
K_	43,0±1,5	41,3±1,8	61,2±1,5	54,1±0,9
Overşut	1,34±0,02	1,38±0,02	1,35±0,02	1,36±0,01

Nəticə: 1.Miqdari şkalaların tətbiqi ilə aparılan neyropsixoloji testləşmə metodu vertebrobazilyar çatmamazliq sindromunun diaqnostik alqoritmi üçün vacib əlavə olaraq, qeyri-psixotik affektiv halların ifadə dərəcəsini və müalicə taktikasını müayyən edir. 2.Neyrometabolik və vazoaktiv preparatlarla müalicə damar reaktivlik indekslərinə müsbət təsir etsədə, emosional sferada olan kənaraçıxmalara təsir etməmişdir. 3.Klomipraminlə monoterapiyada damar reaktivlik indekslərində müsbət təsir və emosional sferada miqdari şkalalarda müsbət dinamika baş vermişdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Вейн А.М.Неврологические и клинико-физиологические аспекты неврозов у человека / Неврозы в эксперименте и в клинике.- М., 1982, с.124-190.

2. Вейн А.М. Роль депрессии в неврологической практике // Науч.пр.шко.сем. Тез.- М., 2002, с1.

3. Верещагин Н.В., Бархатов Д.Ю., Джибладзе Д.Н. и др. Оценка цереброваскулярного резерва при атеросклеротическом поражении сонных артерий // Журн. невропатол. и псих., 1999, №2, с.. 57-64

4. Климов М.Е., Нестерова М.Е.,ЧертковА.К., Давыдов О.Д. Опыт лечения больных с аномалией киммерле.- Ангиодоп, 2004, с. 50-52.

5. Мосолов С.Н Тревога и депрессия :проблемы диагностики и терапии // Журн. психофарм.депрес., 2005, №4, с.1-17.

6. Никитин Ю.М.,Труханов А.И. Ультразвуковая доплеровская диагностика в клинике.- 2004, с.241-256

7. Bishop C.R.,Insall M.,Powell S.et al.Effect of internal carotid artery occlusion on middle cerebral artery blood flow at rest and respons to hypercapnia // The Lancet, 1986, V.29, p.710-713.

8. Lepine J.P.The epidemiology of axiety disoders- prevalence and societal costs // J.Clin.Psichiatry, 2002, v.63, p.4-8

9. Guelfi G.D. Levoluation clinique standardisee en psychiatrie, psychopathologie generale / Depression,axiete et anxiodepression.-1993.

10. Montgomery S.A.,Asberq M.A new depression scale designed to be sensitive to chang // Brit.J.Psychiat., 1979, v.134, p.382-389

11. Robinson RG, Bolduc P, Price T.R. A two year longitudinal study of post-stroke depression: diagnosis and outcome at one and two year follow-up // Stroke, 1987, v.18, p.837–843

SUMMARY

MONOTHERAPY OF NON-PSYCHOTIC AFFECTIVE SYNDROME IN THE BACKGROUND OF THE VERTEBROBASILAR INSUFFICIENCY WITH KLOMIPRAMINE. (NEUROPSYCHOLOGICAL AND DOPPLEROGRAFIK INVESTIGATION)

F.T. Jafarov

For the purpose of this study 30 patients with non-psychotic affective syndrome in the background of the vertebrobasilar insufficiency were keeping under observation. Patients have been distributed on 2 groups with 15 patients in each.During treatment of I group was applied Klomipramin 25 mg daily, II group was treated with standard way have been chosen as a control group. In both groups vessel reactivity and neuropsychologic evaluation has been investigated to the all patients.

Daxil olub: 13.10.2008

ОЦЕНКА УРОВНЯ ЗНАНИЙ И ПОВЕДЕНИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У КУРСАНТОВ ПОЛИЦЕЙСКОЙ АКАДЕМИИ

К.К. Кафаров
Госпиталь, МВД, г. Баку

Профилактика стоматологических заболеваний во многих странах мира, особенно в развитых государствах, осуществляется целенаправленно с учётом патогенетического механизма развития патологий зубов и тканей пародонта. Среди многочисленных вариантов организации профилактики наиболее доступной, эффективной и экономически целесообразной считается индивидуальная гигиена полости рта. Установлено, что при организации профессиональной гигиены полости рта существенно снижается темп развития кариеса и патологий пародонта [1,3,4,5,6]. Обращается внимание на важность таких факторов как знания, умения, мотивация в области профессионального ухода за полостью рта для повышения эффективности осуществляемых мероприятий [1,6]. Поэтому рекомендуется обучение населения методам чистки зубов, подходам выбора гигиенических средств. ВОЗ считает, что главная ответственность за поддержание здорового состояния зубов и полости рта ложится на каждого индивида [1]. Учитывая отмеченные для повышения степени участия курсантов полицейской академии (ПА) в охране собственного здоровья путём целенаправленного обучения методом и средствам оральной гигиены, мы сочли целесообразным изучение уровня их знаний по профилактике стоматологических заболеваний.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Исследование проводилось на базе полицейской академии МВД Азербайджанской Республики путём опроса курсантов с применением специальной анкеты. В анкете были представлены формализованные ответы на поставленные вопросы, что позволяет получить унифицированные сведения об уровнях их знаний. Выборка состояла из 350 курсантов, что охватывает преобладающее большинство генеральной совокупности и гарантирует репрезентативность полученных результатов. Статистическая обработка проводилась методами анализа качественных признаков [2].

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Распределение курсантов по условным градациям элементов гигиенического поведения и знаний профилактики стоматологических заболеваний приведено в таблице.

Важнейшим условием гигиены полости рта, несомненно, является регулярность чистки зубов. В странах Западной Европы и Канаде свыше 60 % детей в возрасте 11 лет чистят зубы ежедневно 2 раза и более. По нашим данным 2-х кратная чистка зубов в день была отмечена у 70 ± 2,5% курсантов, что свидетельствует о достаточно высоком уровне индивидуального ухода за зубами. Заметная доля (28,6 ± 2,4%) курсантов в основном 1 раз в день осуществляют чистки зубов с помощью зубной щётки. Курсанты, как высоко организованная социальная группа, могут быть более активно привлечены к процедурам индивидуального ухода за зубами и полостью рта. Поэтому, считаем, что необходимо создание условий для мотивации осуществления регулярной чистки зубов.

Главная роль механической чистки зубов – поддержание полости рта в хорошем гигиеническом состоянии достижима при правильном режиме её осуществления. По нашим данным утром после завтрака и вечером сразу после ужина чистят зубы небольшая часть курсантов (соответственно 8,6 ± 1,5 и 13,7 ± 1,8%). Преобладающее большинство чистят зубы перед завтраком (90 ± 1,6%) и вечером перед сном (56,3 ± 2,7%). Очевидно, что при таком режиме чистки зубов удовлетворительное гигиеническое состояние полости рта невозможно обеспечить.

Эффективность механической чистки зубов в значительной степени зависит от выбора паст с учётом индивидуальных особенностей состояния зубов и полости рта. В настоящее время специалисты рекомендуют дифференцированно следует выбирать средств оральной гигиены с учётом исходного стоматологического статуса. Опрос курсантов показал, что они в основном применяют лечебно-профилактические пасты (77,7 ± 2,2%). Случайный выбор паст был отмечен в ответах у 22,3 ± 2,2% курсантов. Привлекает внимание то, что молодые люди среди лечебно-профилактических паст выделяют такие группы, как с ионами кальция, противовоспалительные и комплексные. Это может быть рассмотрен как признак

информированности курсантов о механизме действия использованных ими зубных паст. Такой результат связан, видимо, широкой рекламой зубных паст как их производителями, так и поставщиками.

Таблица

Распределение курсантов по характеристики поведения и уровням знаний по профилактике стоматологических заболеваний (в скобке абсолютные даны) n=350

Показатели и их градация	Абсолютные и относительные данные	Показатели и их градация	Абсолютные и относительные данные
Частота чистки зубов в день: 2 раза	(245) 70 ± 2,5	Дополнительные средства ухода:	
1 раз от случая к случаю	(100) 28,6 ± 2,4	ополаскиватели	(25) 7,1 ± 1,4
	(5) 1,4 ± 0,6	зубные элексиры	(5) 1,4 ± 0,6
		зубочистки	(28) 8,0 ± 1,5
		флоссы	(1) 0,3 ± 0,3
		жевательные резинки	(350) 100,0
		прочие	(48) 13,7 ± 1,8
Режим чистки:		Уход за зубной щёткой:	
утром перед завтраком	(315) 90 ± 1,6	ополаскивает водой	
утром после завтрака	(30) 8,6 ± 1,5	намыливает	(258) 73,7 ± 2,4
вечером перед сном		не ухаживает	(10) 2,9 ± 0,9
сразу после ужина	(197) 56,3 ± 2,7		(82) 23,4 ± 2,3
	(48) 13,7 ± 1,8		
Выбор паст:		Информированность	
лечебно-профилактические:	(272) 77,7 ± 2,2	об интердентальной гигиене:	
с ионами кальция	(49) 14,0 ± 1,9	да	(42) 1,2 ± 1,7
комплексные	(134) 38,3 ± 2,6	нет	(308) 88 ± 1,7
противовоспали-тельные	(89) 25,4 ± 2,3		
случайные, без учёта назначения	(78) 22,3 ± 2,2		
Способ чистки:		Информированность	
вертикальное движение	(38) 10,9 ± 1,7	об основных факторах риска заболеваний зубов и полости рта:	
вращательные	(89) 25,4 ± 2,3		
горизонтальные	(28) 8,0 ± 1,5	плохая гигиена	(165) 47,1 ± 2,7
комбинированные	(195) 55,7 ± 2,7	нерациональное питание	(56) 16 ± 2,0
		недостаток фтора	
		сахар и другие сладости	(98) 28 ± 2,4
			(36) 10,3 ± 1,6
Замена зубной щётки:			
по мере изнашивания	(167) 47,7 ± 2,7		
1 раз в 4 и более месяца	(42) 12,0 ± 1,7		
1 раз в 2-4 месяца	(96) 27,4 ± 2,4		
1 раз до 2-х месяцев	(45) 12,9 ± 1,8		

Изучение способов чистки зубов показало, что большинство курсантов (55,5 ± 2,3%) применяют комбинированные способы, которые включают вертикальные, вращательные, скребущие и прочие варианты движения. Однообразное движение щётки при чистке зубов было отмечено: у 10,9 ± 1,7% - вертикальное движение, 8,0 ± 1,5% - горизонтальные, 25,4 ± 2,3% - вращательные движения. Очевидно, что существенная часть курсантов нуждаются в обучении стандартным методом чистки зубов.

Качество чистки зубов в определённой степени зависит от состояния зубной щётки. Заметная доля курсантов (47,7 ± 2,7%) заменяют зубные щётки по мере изнашивания.

Относительно часто (в течении менее чем 2-х месяцев один раз) меняют зубные щётки 12,9 ± 1,8% курсантов.

В настоящее время кроме механической чистки зубов широко практикуются дополнительные средства ухода. Практически все курсанты как дополнительный способ оральной гигиены пользуются жевательными резинками. Такие способы, как применение ополаскивателей для рта (7,1 ± 1,4%), зубных эликсиров (1,4 ± 0,6%), зубочистки (8,0 ± 1,5%), флосс (0,3 ± 0,3%), отмечены в ответах небольшой части курсантов. Прочие дополнительные средства оральной гигиены применяют 13,7 ± 1,8% опрошенных.

Изучение мнений респондентов об уходе за своими зубными щётками показало, что преобладающее большинство (73,7 ± 2,4%) ополаскивает их водой, а небольшая доля (2,9 ± 0,9%) курсантов их намыливает и тщательно промывает водой. Заметная доля курсантов (23,4 ± 2,3%) не промывает щётку перед нанесением на неё пасты.

Известно, что при помощи зубной щётки и пасты, даже в случаях их адекватного использования, не удаётся полноценная интердентальная гигиена. Наш опрос показал, что средства интердентальной гигиены (зубочистки, флоссы, зубная нить, лента и щётки для межзубных пространств, флоссеты , ершики и прочие) применяют небольшая часть курсантов. Это, в первую очередь, обусловлено недостаточным уровнем информированности их о необходимости интердентальной гигиены (88 ± 1,7%). Видимо, следует проводить среди курсантов образовательные меры для повышения их информированности о проблемах оральной гигиены.

Адекватное гигиеническое поведение индивида можно обеспечить также путём повышения информированности о факторах риска развития патологических процессов. Роль таких факторов, как плохая оральная гигиена, нерациональное питание, недостаток фтора, избыточное использование сладостей, в возникновении стоматологических заболеваний доказала давно. В тоже время, эти знания не стали доступными широким слоям населения. По нашим данным относительно малая часть курсантов информирована об основных, хорошо известных факторах риска заболеваний зубов и полости рта. О риске стоматологических заболеваний в связи с плохой оральной гигиеной информирован 47,1 ± 2,7% курсантов. Негативная роль нерационального питания и употребление сахара и других сладостей в развитие кариеса зубов известно соответственно 16 ± 2,0 и 10,3 ± 1,6% курсантам. Относительно больше курсантов (28 ± 2,4%) имеют сведения о вредной речи недостатка фтора. Если учесть, что полицейская академия находится в территории, являющаяся эндемической зоной избыточного содержания фтора в питьевой воде, информированность курсантов об этом факторе риска следует считать чрезмерно низкой.

Таким образом, курсанты полицейской академии, как важнейшая организованная социальная прослойка, имеют определённые поведенческие и информационные проблемы, которые могут негативно повлиять на состояние оральной гигиены и повышать риск развития стоматологических заболеваний. Полученная нами информация легла в основу планируемых профилактических мероприятий среди курсантов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мониторинг и оценка оздоровления полости рта. Доклад Комитета экспертов ВОЗ. – Женева, 1992., 73с.
2. Стентон Г. Медико-биологическая статистика.- М., 1999, 459с.
3. Улитковский С.Б. Прикладная гигиена полости рта // Новое в стоматологии, 2000, № 6, с.4-128
4. Улитковский С.Б. Профессиональная гигиена и зубные отложения // Новое в стоматологии, 1999, № 7, с.38-48
5. Axelsson P., Paulander J., Svardstrom G. et al. Integrated caries prevention: effect of a needs-related preventive program on dental caries in children // Caries Research., 1997, v.27 (suppl-1), p.83-94
6. Kuusela S., Honkala F., Kannas L., et al. Oral hygiene habits of 11-year-olds in 22 European countries and Canada in 1993/94 // J.Dent. Res., 1997, v.76, p. 1602-1609

SUMMARY
THE VALUE OF LEVEL OF KNOLEDGE AND BEHAVOUR IN PROPHILACTIC OF STOMATOLOGY PATIENTS OF CURSANTS FROM POLISE ACADEMY
K.G. Gafarov

There was studied the value of level of knoledge and behavour in prophilactic of stomatology patients of cursants from polise academy on special anklets of MIA. It was determined that there were the positive elements in there hygiene regime (70 ± 2,5% 2 times a day clean teeth, more of them used the treatment and prophilactic tooth pasta). There were non- adecvate featurse in rule, time and other prophilactic measures. It is insted that it is importent to study the cursants for treating about cleaning rule.

Daxil olub: 10.09.2008

ВЛИЯНИЕ ГАММАЛОНА НА ОБМЕН ГАМК В ЦНС ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ НЕИОНИЗИРУЮЩЕГО ДЕЦИМЕТРОВОГО ЭМИ ВЫСОКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ

Н.М.Джафарова
Институт физиологии им. А.И.Караева НАН Азербайджана, г. Баку

Наши предыдущие работы [2,9] показали, что увеличение содержания гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) в структурах головного мозга при экстремальных состояниях организма, вызванных неионизирующим дециметровым электромагнитным излучением (ЭМИ) различной интенсивности вызывает повышение компенсаторного приспособления нервных образований центральной нервной системы (ЦНС).

Учитывая вышеизложенное и функциональную роль ГАМК в ЦНС данной работе мы ставили перед собой цель изучить влияние экзогенного ГАМК, т.е. ее препарата – гаммалона на компоненты системы ГАМК (содержание ГАМК и активность ферментов ее обмена – глутаматдекарбоксилазы – ГДК; КФ 4.1.1.15 и аминобутират-аминотрансферазы – ГАМК-Т; КФ 2.6.1.19 и содержание свободной глутаминовой и аспарагиновой кислот (Глу и Асп) при воздействии неионизирующего дециметрового ЭМИ высокой интенсивности.

Опыты проводились на 80 головах 12-месячных (взрослых) крысах-самцах. Сразу после декапитации животных извлеченный мозг помещали в лед. Ткань мозга обрабатывали согласно метода Робертса и Френкеля [11] в модификации Н.Ф.Шатуновой и Сытинского [12]. Для разделения свободных медиаторных аминокислот (ГАМК, Глу и Асп) методом электрофореза на бумаге [10] применяли буферную смесь: вода – уксусная кислота – пиридин (44:8:1) при pH 3,5. Аминокислоты разделяли при напряжении 350 В и силе тока 12,5 мА в течение 4 часов.

Об активности фермента ГДК в нервной ткани судили по увеличению содержания ГАМК при инкубации с глутаминовой кислотой в течение 30 минут при 37^0С в атмосфере азота [13]. Активность фермента выражали в мкмолях ГАМК, образовавшейся на 1 г свежей ткани за 1 ч. Активность фермента ГАМК-Т определяли по методу Н.С.Ниловой [8] и выражали мкмолях, Глу, образовавшейся на 1 г свежей ткани за 1 ч.

Животные подвергались облучению неионизирующим дециметровым излучением (460 МГц) на аппарате «Волна-2» при высокой интенсивности облучения. Контрольная группа содержалась без облучения. При облучении высокой интенсивности (вых.мощн. – 60 Вт) плотность потока энергии в камере составляла 30 мкВт/см^2.

Полученные данные обрабатывали статистически по Фишеру Стьюденту, а также применялся непараметрический U-критерий Вилкоксона-Манна-Уитни [6].

Гаммалон крысам вводился орально в дозе 0,025 на 200 г массы животного 3 р в день в течение 30 дней. Компоненты системы ГАМК и содержание свободных Глу и Асп определялись как в норме, так и после 30 дневного введения гаммалона, а также после воздействия ЭМИ высокой интенсивности в течение 20 минут на фоне 30 дневного введения гаммалона. Прежде чем определить биохимические показатели, мы во всех сериях опытов следили за поведенческими реакциями подопытных взрослых (12 месячных) крыс-самцов.

Известно, что существуют половые различия у животных проявления агрессивности.

Так, самцы крысы более агрессивны, чем самки.

Наши опыты показали, что изложенные животные по сравнению с контрольными раньше падали на бок, после 20 минутного воздействия ЭМИ. Заранее получавшие гаммалон оживали раньше, чем интактные. По сравнению с интактными, животные, получавшие гаммалон проявляют большую двигательную активность. Далее мы решили проверить влияние гаммалона на двигательную активность животных при одновременном воздействии гаммалона и ЭМИ высокой интенсивности.

В камере (для ЭМИ) изучали 20 взрослых крыс-самцов, не получавших гаммалон (контрольные опыты). Через день 10 крысам вводили гаммалон в вышеуказанной дозе, а остальные 10 крыс оставляли контрольными (интактными). Результаты этих серий опытов показали, что крысы, получавшие гаммалон в течение 30 дней и на этом фоне воздействие ЭМИ высокой интенсивности проявляют большую двигательную активность, чем условно-взятые контрольные. Усиление двигательной активности отличалось при присутствии самок. Это еще раз подтверждает, что увеличение содержания ГАМК в нервных структурах ЦНС способствует повышению компенсаторной способности нервных образований и всего организма.

Таблица 1

Содержание ГАМК и свободных Глу и Асп (мкмоль/г) в структурах ЦНС взрослых (12-месячных) крыс при 3-разовом ежедневном введении гаммалона (0,025 г/200 г) в течение 30 дней и при действии ЭМИ высокой интенсивности до и после 30-дневного введения гаммалона (M±m; n=10)

Структуры мозга	Контроль			После воздействия гаммалона
	ГАМК	Глу	Асп	ГАМК
Кора больших полушарий	1,42±0,08	5,08±0,07	204±0,05	1,68±0,02
				P<0,05
	100%	100	100	118
Мозжечок	1,02±0,12	5,62±0,04	4,03±0,28	1,33±0,02
				P <0,01
	100%	100	100	131
Ствол мозга	0.79±0.04	2,30±0,08	1,34±0,07	0,90±0,04
				P <0,02
	100%	100	100	114
Гипоталамус	1,25±0,06	2,99±0,04	1,52±0,08	1,65±,02
				P <0,02
	100%	100	100	132

Далее наши опыты показали, что после ежедневной дачи гаммалона в дозе 0,025 г на 200 г живой массы животного 3 раза в день в течение 30 дней компоненты системы ГАМК и содержание свободных Глу и Асп в гомогенатах (тканях) коры больших полушарий мозга, мозжечка, ствола мозга и гипоталамуса претерпевают большие изменения (Таблица 1,2). Также можно отметить, что после воздействия ЭМИ высокой интенсивности на фоне гаммалона происходит прогрессивное увеличение концентрации ГАМК, однако, в сравнительном аспекте компонентов системы ГАМК при воздействии ЭМИ, наблюдаемые изменения компонентов системы ГАМК более выражены, чем при воздействии только гаммалона или же гаммалона в сочетании с ЭМИ высокой интенсивности.

Таблица 2

Содержание ГАМК и свободных Глу и Асп (мкмоль/г) в структурах ЦНС взрослых (12-месячных) крыс при 3-разовом ежедневном введении гаммалона (0,025 г/200 г) в течение 30 дней и при действии ЭМИ высокой интенсивности до и после 30-дневного введения гаммалона (M±m; n=10)

Структуры мозга	После воздействия ЭМИ высокой интенсивности			После воздействия гаммалона и ЭМИ высокой интенсивности		
	ГАМК	Глу	Асп	ГАМК	Глу	Асп
Кора больших полушарий	2,23±0,06	4,11±0,10	1,35±0,04	1,74±0,02	4,18±0,09	1,44±0,04
	<0,001	<0,001	<0,001	<0,02	<0,01	<0,01
	214	81	66	123	82	71
Мозжечок	2,54±0,18	3,29±0,68	3,14±0,34	1,81±0,04	3,66±0,10	3,31±0,06
	<0,001	<0,01	<0,02	<0,01	<0,01	<0,02
	249	59	78	177	65	82
Ствол мозга	0,99±0,08	2,01±0,10	1,16±0,08	0,95±0,02	2,01±0,03	1,24±0,08
	<0,01	<0,05	>0,1	<0,01	<0,05	<0,05
	125	87	87	120	87	93
Гипоталамус	2,83±0,06	2,46±0,16	1,22±0,04	2,35±0,02	2,49±0,04	1,20±0,02
	<0,001	<0,001	<0,02	<0,001	<0,02	<0,01
	226	82	80	191	83	79

Таблица 3

Ферментативная активность ГДК (мкмоль ГАМК/г·ч) и ГМАК-Т (мкмоль Глу/г·ч) в гомогенатах отделов мозга взрослых (12 месячных) крыс при 3-разовом ежедневном введении гаммалона в дозе 0,025 г на 200 г массы живого веса животного в течение 30 дней и при действии ЭМИ высокой интенсивности до и после 30-дневного введения гаммалона (M±m; n=10)

Структуры мозга	Контроль		После воздействия гаммалона	
	ГДК	ГАМК-Т	ГДК	ГАМК-Т
Кора больших полушарий	44,72±2,65	26,80±3,64	59,10±0,72	43,20±1,04
			P <0,01	<0,01
			132	161
Мозжечок	22,40±1,62	57,22±1,65	56,70±1,22	66,20±0,84
			P <0,001	<0,01
			253	116
Ствол мозга	17,82±0,57	46,32±2,12	20,14±0,32	35,62±0,92
			P >0,1	<0,01
			113	77
Гипоталамус	39,80±1,61	53,42±3,65	57,94±0,54	91,24±0,88
			P <0,001	<0,001
			146	171

Как видно из таблиц 1 и 2, содержание ГАМК у контрольных крыс-самцов более выражено в тканях коры больших полушарий головного мозга – 1,42 мкмоль/г, а затем в гипоталамусе – 1,25 мкмоль/г, мозжечке – 1,02 мкмоль/г и меньше всего в стволе мозга – 0,79 мкмоль/г. у интактных крыс содержание Глу больше всего определяется в мозжечке – 5,62 мкмоль/г, несколько меньше в коре больших полушарий мозга – 5,08 мкмоль/г, гипоталамусе – 2,99 мкмоль/г и меньше всего в стволе мозга – 2,30 мкмоль/г. При этом содержание свободной Асп больше всего определяется в тканях мозжечка – 4,03 мкмоль/г, а затем в коре больших полушарий = 2,04 мкмоль/г, в гипоталамусе – 1,52 мкмоль/г, и меньше всего – в стволе мозга – 1,34 мкмоль/г.

Таблица 4
Ферментативная активность ГДК (мкмоль ГАМК/г·ч) и ГМАК-Т (мкмоль Глу/г·ч) в гомогенатах отделов мозга взрослых (12 месячных) крыс при 3-разовом ежедневном введении гаммалона в дозе 0,025 г на 200 г массы живого веса животного в течение 30 дней и при действии ЭМИ высокой интенсивности до и после 30-дневного введения гаммалона (M±m; n=10)

Структуры мозга	После воздействия ЭМИ высокой интенсивности		После воздействия гаммалона и ЭМИ высокой интенсивности	
	ГДК	ГАМК-Т	ГДК	ГАМК-Т
Кора больших полушарий	71,20±0,72	72,18±6,60	65,42±0,64	54,62±0,88
	<0,001	<0,01	<0,001	<0,001
	159	269	146	204
Мозжечок	70,18±2,61	91,12±2,22	61,62±0,92	75,86±0,74
	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	313	159	275	133
Ствол мозга	22,62±0,58	12,66±1,18	19,14±0,58	40,12±0,62
	<0,05	<0,001	>0,1	<0,01
	127	27	107	87
Гипоталамус	84,66±2,38	114,12±4,44	70,14±0,62	99,42±0,84
	<0,001	<0,01	<0,001	<0,001
	213	214	176	186

Результаты этих исследований (Таблица 3,4) показали, что активность фермента у интактных крыс в ткани больших полушарий головного мозга составляет – 44,72 мкмоль ГАМК/г·ч, в гипоталамусе – 39,80 мкмоль ГАМК/г·ч, мозжечке – 22,40 мкмоль ГАМК/г·ч и меньше всего в стволе мозга – 17,82 мкмоль ГАМК/г·ч.

Активность фермента ГАМК-Т в тканях структур ЦНС у нормальных животных больше всего отмечается в мозжечке – 57,22 мкмоль Глу/г·ч, несколько меньше в гипоталамусе – 53,42 мкмоль Глу/г·ч, стволе мозга – 46,32 мкмоль Глу/г·ч и наименьшее – в коре больших полушарий головного мозга – на 26,80 мкмоль Глу/г·ч.

После воздействия гаммалона активность фермента ГДК в тканях исследуемых образований головного мозга повышается на 15-53%, активность фермента ГАМК-Т в коре больших полушарий мозга повышается на 61%, в гипоталамусе – 71%, мозжечке – 16%, а в стволе мозга, наоборот, уменьшается – на 23%.

Далее результаты проведенных исследований показали, что после воздействия на организм ЭМИ высокой интенсивности активность фермента ГДК в тканях изученных образований головного мозга по сравнению с контролем прогрессивно повышается. Самое максимальное повышение активности фермента ГДК отмечается в тканях мозжечка – 213%, несколько меньше в гипоталамусе – 113%, коре больших полушарий мозга – 59% и стволе мозга – 27%. При этом активность фермента ГАМК-Т повышается в тканях коры больших полушарий мозга – 169%, гипоталамусе – 114%, мозжечке – 59%, а в тканях ствола мозга в отличие от других структур мозга, наоборот, отмечается понижение активности данного фермента на 73%.

Далее наши опыты показали, что после воздействия ЭМИ высокой интенсивности на фоне гаммалона (после дачи 0,025 г в течение 30дней) активность фермента ГДК в тканях изучаемых образований головного мозга повышается на 7-175%, а активность фермента ГАМК-Т в тканях гипоталамуса повышается на 86%, мозжечке – 33%, коре больших полушарий мозга – 4%, а в тканях ствола мозга, наоборот, понижается на 17%.

Как видно из таблиц 1,2,3 и 4 после ежедневной дачи гаммалона в дозе 0,025 г три раза в день в течение 30 дней, компоненты системы ГАМК в основном в гомогенатах исследуемых образований головного мозга достоверно возрастает. Также можно отметить, что после

воздействия ЭМИ высокой интенсивности на фоне применения гаммалона происходит прогрессивное увеличение уровня этих компонентов. Однако, в сравнительном аспекте компоненты системы ГАМК при воздействии только ЭМИ, наблюдаемые изменения в компонентах системы ГАМК более наглядны, чем при воздействии только гаммалона или же гаммалона в сочетании с ЭМИ высокой интенсивности.

Результаты этих биохимических исследований еще раз подтверждают, что увеличение содержания ГАМК в гомогенатах нервных образований головного мозга при экстремальных условиях организма создают временную мобилизацию – «охранительное торможение» и временно создает возможность для восстановления нервных клеток различных нервных структур головного мозга.

Обобщая вышеприведенные результаты можно заключить, что как раздельное, так и совместное влияние ЭМИ и гаммалона приводит к увеличению содержания ГАМК в гомогенатах изучаемых нервных образований головного мозга. Здесь достаточно напомнить, что ГАМК образуется из глутамата в результате действия указанных веществ и физических факторов (гаммалона и ЭМИ) на ферментативную активность ГДК. Реализуя свой тормозной эффект, ГАМК разрушается другим ферментом – ГАМК-Т. В итоге этой последней реакции возникает (образуется) янтарный полуальдегид, который может либо превратиться в янтарную кислоту, используемую в цикле трикарбоновых кислот и таким образом уйти из ГАМКергической тормозной системы, либо под действием специального фермента – НАДФ·Н-зависимой дегидрогеназы (НАДФ- никотинамидадениндинуклеотидфосфат; НАДН – никотинамидадениндинуклеотид восстановленный) янтарного полуальдегида превращается в один из конечных тормозных метаболитов этой системы – гамма-оксимасляную кислоту (ГОМК). ГОМК, как известно, действует самостоятельно, а не через ГАМК. Она обладает прямым сильным тормозным действием и в больших дозах вызывает сон [1,3]. В отличие от ГАМК, ГОМК очень хорошо проникает через гематоэнцефалический барьер и на этой основе широко используется в анестезиологии и психиатрии. В плане нашего изложения важен не фармакологический аспект использования ГОМК, а возможность того, что при воздействии ЭМИ высокой интенсивности в организме активация ГАМК-ергической тормозной системы может привести к интенсивному образованию этого тормозного метаболита и таким образом своевременно ограничить стресс-реакцию, а может быть и предупредить стрессорные повреждения [3,4].

Таким образом после воздействия ЭМИ возникающее в головном мозге стрессорное торможение, путем использования α-кетоглутарата в цикле трикарбоновых кислот (ЦТК) создает усиленный приток глутамата в ГАМК-систему, а торможение использования янтарной кислоты, вероятно, предопределяет увеличенное образование из янтарного полуальдегида тормозного метаболита ГОМК, именно лимитирование определенных этапов цикла трикарбоновых кислот в сочетании с активацией ГАМК-системы создает при воздействии ЭМИ увеличенное образование в мозге тормозных метаболитов ГАМК и ГОМК, которые, действуя на уровне высших регуляторных центров могут ограничивать возбуждение реализующих стресс-систем [5].

Оценивая образование тормозных медиаторов в ЦНС, как защитную реакцию организма и прежде всего головного мозга, можно полагать, что усиленный транспорт глутамата из печени в мозг составляет существенную предпосылку реализации этого охранительного механизма [7].

На основании вышеизложенного, можно заключить, что ГАМК-ергическая система играет важную роль неспецифического тормозного механизма, ограничивающего стресс-синдром и предупреждающего стрессорные повреждения при воздействии на организм неионизирующего дециметрового ЭМИ различной интенсивности.

На основании всего вышесказанного и результатов экспериментальных данных мы можем рекомендовать препараты ГАМК (гаммалон или аминалон) в дозе 0,25 г и 0,5 г три раза в день после еды в течение 1-1,5 месяца с целью профилактики людей, имеющих контакт с ЭМИ, работающих на радиолокационной станции (РЛС) и других производственных учреждениях, связанных с электромагнитными полями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев Б.В., Игнатов Ю.Д., Никитина З.С., Сытинский И.А. Антистрессорная роль ГАМК-ергической системы мозга // Ж.высш.нервн. деят., 1982, вып.3, с.511-518.

2. Джафарова Н.М. Система гамма-аминомасляной кислоты в развивающемся мозге при воздействии электромагнитного поля: Автореф. дис. … канд.биол.наук.- Баку, 2008, 21 с.

3. Горошинская И.А., Шерстнев К.Б. Влияние хлоргилина на уровень гамма-аминомасляной кислоты при гипероксии // Бюлл.экспер.биол. и мед., 1986, №1,с.45-46

4. Игнатов Ю.Д., Андреев Б.В., Макарова Е.П. Никитина З.С. Система ГАМК в процессах адаптации к длительному аверсивному воздействию (поведенческие, соматические и биохимические корреляты) / Синапсы головного мозга. Сб.науч.тр. Ин-та мозга ВНЦПЗ АМН СССР, 1985, вып.14, с.139-142

5. Кричевская А.А., Бондаренко Т.И., Маклецова М.Г. Гомокарнозин - тормозной нейропептид в развивающемся мозге. Развивающийся мозг /Сб.науч.тр. Ин-та мозга ВНЦПЗ АМН СССР, 1984, №3, с.112-115

6. Лакин Г.Ф. Биометрия.- М.: Высшая школа,1990, 352 с.

7. Меерсон Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика. -М.: Наука, 1981, 278 с.

8. Нилова Н.С. Аммиак и ГАМК-трансаминазная активность ткани головного мозга // Доклады АН СССР, 1966, 166, № 2, с.483-486

9. Сафарова Н.М. Обмен гамма-аминомасляной кислоты в развивающемся мозге при воздействии на организм дециметрового электромагнитного излучения // Изв. НАН Азербайджана (сер.биол.наук) 2004, № 1-2, с.125-137.

10. Dose K. Die Anwendung der hochspannungspherographie dei der guantitativen totalaniyse von protein hydrolysaten, Mitteiling // Biochem., 1957, v. 329, №2, p.416-419.

11. Roberts S., Frankel S. Gamma-aminobutyric acid in brain it formation from glutamic acid // J. Biol., Chem., 1950, v.187, №1, p.55-61

12. Shatunova N.F., Sytinsky I.A. On the intracellular localization of glutamate decarboxylase and γ-aminobutyric acid in mammalian brain // J.Neurochem., 1964, v.11, p.701-708.

13. Sytinsky I.A., Priyatkina T.N. Effect of certain drugs on gamma-aminobutyric acid system of central nervous system // Biochem. Pharmacol., 1966, v.115, №1, p.49-57.

SUMMARY

THE EFFECT OF GAMMALONE ON GABA-METABOLISM IN THE CNS WHEN EXPOSED TO UNIONIZED DECIMETER EMI

N.M. Jafarova

It has been revealed that high-voltage a considerable increase in gamma-aminobutyric acid (GABA) activity in the tissues of some brain structures (cerebral cortex, cerebellum, brain stem and hypothalamus) of the CNS of the 12-month-old rats compared to the control value, while the free asparagine acid (Asp) and glutamine acid (Glu) levels and GABA-transferase (GABA-T) activity decreased in the tissues of the studied brain structures.

Only after administration of gammalone (at the dose of 0.025 g/200g) for 30 days in the tissues of the studied brain structures GABA level and GDC activity in the tissues of these structures increased a little hen compared to the control value, but Glu and Asp levels and GABA-T activity remained almost without change.

The rats who were given gammalone at the dose studied above for 30 days exposed then to the impact of high-voltage EMI showed a further increased level of GABA and GDC activity in the tissues of the studied brain structures, but such increase was come what lower than in rats who were only affected by EMI.

One can conclude that gammalone given to rats before and after the impact of EMI increasing the functional role of function of nervous cells during extreme conditions.

Daxil olub: 10.09.2008

ABDOMİNAL CƏRRAHİYYƏDƏ BİRMOMENTLİ MÜŞTƏRƏK ƏMƏLİYYATLARIN APARILMASINDA BİZİM TƏCRÜBƏMİZ

C.M. Quliyev
Təcili tibbi yardım xəstəxanası, Sumqayıt

Son zamanlar dövrü tibbi ədəbiyyatda etiopatogenezi və lokalizasiyası müxtəlif olan müştərək patologiyaların eyni vaxtda müalicəsi barədə məlumatlar artmaqdadır [1,9]. Xüsusilə qeyd etmək lazımdır ki, bəzi tədqiqatlarda müştərək şəkildə müşahidə olunan xəstəliklər arasında bəzi qanuna uyğunluqların olması ön plana çəkilir [6,4,7]. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının məlumatlarına görə, xəstələrdə müştərək patologiyalar 20-30% hallarda müşahidə olunur və əsasən təcili əməliyyatlar zamanı üzə çıxır [5,10]. Belə yüksək faiz heç də xəstəliklərin artması ilə birbaşa əlaqəli deyil, yeni diaqnostik vasitələrin yaranması və təkmilləşməsi, xəstəliklərin erkən aşkarlanması üçün göstərilən səylərin çoxalması ilə əlaqədardır [5].

Ədəbiyyatın təhlili göstərir ki, müştərək cərrahi patologiyaların eyni vaxtda, birgə müalicə olunması və alınan müsbət nəticələr haqda məlumatlar dünyanın bir çox aparıcı klinikalarında aparılan elmi işlərə əsaslanır [5,8,9,10]. Belə ki, Zaxarin adına Moskva şəhər xəstəxanasında (1200 çarpayılıq çoxprofilli xəstəxana) 1982 – 2001-ci illər ərzində 500-dən çox simultan əməliyyat icra edilmişdir ki, bunlardan 264-ü planlı qalanı isə təjili və təxirəsalınmaz əməliyyatlar şəklində icra edilmişdir. Birmomentli əməliyyatların sayı 2-10 arasında variasiya etmişdir [2], (dəqiq məlumat almaq üçün bax: Xirurqiə, 2001, №3, s.58-59) [sitat: mənbə 5]. Analoji əməliyyatların planlı şəkildə aparılması barədə bilgilər digər müəlliflərin tədqiqatlarında da öz əksini tapmışdır. R.M. Novruzovun məlumatına görə, o 2000-2006-cı illər ərzində 78 xəstədə 203 əməliyyat icra etmişdir və 1 xəstədə əməliyyatların sayı 2-6 arasında olmuşdur [1].

İki və daha artıq orqanlarda ayrı-ayrı patologiyaların eyni vaxtda ləğv edilməsinə yönəlmiş əməliyyatlar başqa sözlə simultan əməliyyatlar adlanır. Lakin bir patologiyanın cüt üzvlərdə müşahidə olması (aşağı ətraflardakı damar xəstəlikləri, bir neçə oynaqda müşahidə olunan degenerativ xəstəliklər, yumurtalıqların polikistozu, ikitərəfli varikosele və ya ovarosele, Fallop borularının və digər cüt üzvlərin eyni patologiyaları və s.) zamanı aparılan əməliyyatları da simultan əməliyyatlar hesab edənlər vardır [2,5,9,10]. Bu ideyanın tərəfdarları adı çəkilən patologiyanın həm bir tərəfli, həm də iki tərəfli ola bilməsinə əsaslanırlar və hər iki üzvdə eyni əməliyyatın aparılmasına təkrarlanan ayrı-ayrı əməliyyat hesab edirlər və onların simultan əməliyyat adlandırılmasında israrlıdırlar. Bu əməliyyatların hər birinin icrası, fəsadları, ağırlaşmaları ayrı - ayrı olur. Biz də etiologiyası, patogenezi, lokalizasiyası müxtəlif olan bir neçə cərrahi patologiya eyni vaxtda operativ müdaxilə ilə ləğv edilməsinin və bu əməliyyatların simultan əməliyyatlar adlandırılmasının tərəfdarıyıq.

Bəzi müəlliflərin məlumatlarına görə abdominal cərrahiyyədə cərrahi və ginekoloji patologiyaların birgə rastgəlmə tezliyi 18,5% təşkil edir [5]. Digər mənbələrdə isə bu göstərici 21,7-57,4% arasında olması israrlanır. Hər iki halda appendektomiya xüsusi çəkiyə malikdir və digər patologiyalarla müştərəkliyi 1,7-55,7% təşkil edir [4,6,7].

Planlı cərrahiyyədə kontingenti hərtərəfli müayinə etmək üçün kifayət qədər vaxtı olur. Müayinələr zamanı yanaşı xəstəliklərin aşkarlanması, diaqnozun təsdiqlənməsi, xəstələrin əməliyyata hazırlanması, operativ metodun seçilməsi və icrası çətinlik törətmir [3,7]. Lakin, təcili tibbi yardım xəstəxanalarında aparılan təcili əməliyyatlar zamanı bir sıra problemlər meydana çıxır [6,9]. Adı çəkilən problemlə bağlı azsaylı ədəbiyyatın təhlili göstərir ki, simultan əməliyatların aparılmasına münasibət diskussiyalıdır. Bunu xolisistektomiya və appendektomiyanın eyni vaxtda icrasına da şamil etmək olar. Ona görə də təcili cərrahi müdaxilələr zamanı müştərək əməliyyatların aparılmasında ümumi bir qanunauyğunluq olmalıdır ki, son nəticə daha qənaətbəxş alınsın. Problemin həllində bu patologiyalardan əziyyət çəkən xəstələrin müalicəsi zamanı ijra etdiyimiz birmomentli müştərək əməliyyatlar barədə məlumat verməklə, mülahizələrimizi bölüşmək istəyirik.

Tədqiqatın MƏQSƏDİ məqsədi təcili tibbi yardım xəstəxanalarına kəskin xolesistit diaqnozu ilə daxil olan və xroniki appendisitdən də əziyyət çəkən xəstələrin müalicəsi zamanı icra olunmuş birmomentli müştərək əməliyyatların aparılması xüsusiyyətlərini və onların nəticələrini göstərməkdən ibarətdir.

TƏDQİQAT MATERİALI VƏ METODLARI._Tədqiqat klinik xarakterdədir. Kontingent 1975 - 2007-cı illərdə Sumqayıt şəhər təcili tibbi yardım xəstəxanasının cərrahiyyə şöbəsində eyni vaxtda xolisistektomiya və appendektomiyaya icra olunmuş 145 xəstədən ibarətdir.

Bu illər ərzində şöbəmizdə kəskin appendisitə görə 11488, xroniki appendisitə görə isə 416 xəstə əməliyyat olunmuşdur. Ümumilikdə 11904 apendektomiya icra edilmişdir. Kəskin xolesistitə görə 3008 xəstədə, xroniki daşlı xolesistitə görə isə 1184 xəstə xolesistektomiya icra edilmişdir. Beləliklə, 4192(100%) xəstədə xolesistektomiya əməliyyatı icra olunmuşdur və onlardan 145(3,4%) xəstənin anamnezində xroniki appendisit üçün xarakterik şikayətlərin olmasını nəzərə alaraq eyni zamanda xolesistektomiya ilə yanaşı appendektomiya da icra edilmişdir.

Birmomentli müştərək əməliyyatların icrası üçün əsas şərtlərdən biri də əməliyyat riskinin düzgün qiymətləndirilməsidir. Biz öz təcrübəmizdə akademik N.N. Malinovskinin simultan əməliyyatlar üçün verdiyi təsnifatdan istifadə etmişik. Bu təsnifatdan gündəlik praktikada istifadə etmək çox asandır və 5 ağırlıq dərəcəsi mövcuddur. Bizim kontingent 2 və 3-cü risk qrupuna aid olan xəstələrdən ibarət olmuşdur.

86(59,3%) xəstənin vəziyyəti nəzərə alınaraq (əməliyyatın təcili icrası üçün əsas göstərişlərin mövcudluğu) qısa müddətli əməliyyatönü hazırlıq aparıldıqdan sonra əməliyyatlar təcili icra edilmişdir. Digər 59(40,7%) xəstə isə tam klinik – laborator və instrumental müayinələrdən keçmişdir və əməliyyatlar planlı şəkildə icra edilmişdir. Bu xəstələrdə ağrıları, qusmanı, ümumi zəflik və digər klinik əlamətləri qısa müddətdə konservativ vasitələrlə aradan götürmək mümkün olmamışdır. Əksər hallarda əməliyyatlar rəhbərlik etdiyim operasion briqada tərəfindən icra edilmişdir, bəzi hallarda isə xəstəxananın aparıjı mütəxəssisləri ilə məsləhətləşmələr aparılmış və onların iştirakı ilə müştərək əməliyyatlar aprılmışdır.

Planlı şəkildə müalicə olunan 59 (40,7%) xəstə təyin edilmiş yanaşı xəstələrin ağırlıq dərəjələrinə görə 3 qrupa bölünmüşdür.

I qrupa daxil olan 36(61,0%) xəstədə yanaşı xəstəlik kimi ÜİX və arterial hipertenziya aşkarlanmışdır. Bu xəstələr kardioloqla və terapevtlərlə məsləhətləşdirilmiş və müvafiq konservativ müalicə kursu aldıqdan sonra hemodinamik göstəricilər normallaşmış, təkrarı EKQ-də isə kifayət qədər müsbət dinamika göründükdən sonra əməliyyatlar icra olunmuşdur.

II qrupa daxil olan 13 (22,0%) xəstədə əsas xəstəliklərlə yanaşı kəskin pankreatit aşkarlanmışdır. Bir xəstədə diastaza 1152 ED olmuşdur. Bu xəstələrin hamısına konsilium təşkil edilmiş və adekvat konservativ müalicə kursu aparılmışdır. Bu qəbuldən olan xəstələr ümumi qəbul olunmuş bütün qaydalara uyğun olaraq müalijə olunmuşlar. Müalicə zamanı protiolitik fermentlərdən, o jümlədən santostatindən, geniş spektrli antibiotiklərdən, antioksidantlardan, spazmolitiklərdən və dekompressiyaediji vasitələrdən istifadə edilmişdir.

III qrupa daxil olan 10(17,0%) xəstədə yanaşı xəstəlik kimi şəkərli diabet, diabetik nefropatiya aşkarlanmışdır. Bu xəstələr də müvafiq mütəxəsislərlə məsləhətləşdirilmiş, adekvat konservativ müalijədən sonra planlı şəkildə müştərək əməliyyat olunmuşlar.

Cədvəl 1
Xəstələrin yaş qruplarına bölünməsi

S/№	Yaş qrupları	Sayı	Faizlə (%)
1	20-29	11	7,6%
2	30-39	26	17,9%
3	40-49	52	35,9%
4	50-59	47	32,4%
5	59-dan yuxarı	9	6,2%
Yekun		Cəm: 145	100%

Yanaşı müşahidə olunan cərrahi xəstəliklərin bir qismini təşkil edən bəzi patologiyaların (uroloji, endokrin, onkoloji və s.) operativ müalicəsi şöbəmizdə aparılmadığı üçün onlar tədqiqata daxil edilməmişdir. Simultan əməliyyatların aparılması üçün vacib olan bütün göstərişlər və əks-göstərişlər nəzərə alınmışdır. Xəstələrin həyatı üçün təhlükə yarada bilən əməliyyatlar ayrı - ayrı vaxtlarda icra edilmişdir.

Xəstələrin yaş diapazonu 20-68 arasında olmuşdur. Xəstəliyin ayrı-ayrı yaş intervalında rastgəlmə tezliyi aşağıdakı kimi olmuşdur (Cədvəl 1).

145 xəstə üzərində 290 əməliyyat aparmış və bir xəstəyə düşən simultan əməliyyatların sayı 2-yə bərabərdir. Xəstələrin hamısında əməliyyatları bir operasion briqada icra etmişdir bütün əməliyyatlar kombinə olunmuş intubasion anesteziya ilə icra edilmişdir.Kontingent 131 (90,3%) qadından, 14 (9,7%) kişidən ibarətdir.

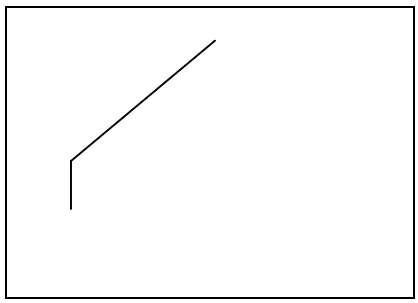
Xəstələrin illər üzrə rastgəlmə tezliyi aşağıdakı kimi olmuşdur (Cədvəl 2).

Cədvəl 2
Xəstələrin illər üzrə qruplaşması

İllər	Xəstələrin sayı	İllər	Xəstələrin sayı
1975-1980	31	1991-1995	20
1981-1985	30	1996-2000	24
1986-1990	7	2001-2007	33

Əməliyyatlar 86(59,3%) xəstədə təcili, 59 (40,7%) xəstədə isə planlı şəkildə icra edilmişdir. Hər iki halda xəstələr anamnezində dəfələrlə appendikulyar sancının olmasını qeyd etmişlər.

Əməliyyatlar zamanı əksər hallarda(122; 84,1%) sağ qabırğa qövsünə paralel kəsiklə (Feodorov kəsiyi) lararatomiya edilib. Adekvat həcmdə əməliyyat sahəsi yaratmaq üçün laparatom kəsik kaudal küncündən ön-üst qalça tini istiqamətində 3-4sm ölçüdə uzadılmışdır. Bütün hallarda əvvəl xolisistektomiya, sonra isə appendektomiya icra edilmişdir. Aşağıdakı şəkildə laparatom kəsiyin xətti təsviri verilmişdir (Şək.1)



Şək. 1. Laparatom kəsiyin xətti təsviri

28(15,9%) xəstədə isə sağ tərəfli transrektal kəsikdən istifadə edilib. Zəruri hallarda laparatom kəsiyi kranial və ya kaudal istiqamətdə böyütməklə geniş əməliyyat sahəsi yaradılmışdır.

Hər ilə orta hesabla 4,5 xəstə düşür. Əməliyyatlar 1,5-2 saat müddətində icra edilmişdir. Hemodinamik pozulmalarla nəticələnən hemoragiyalar müşahidə olunmamışdır. Xəstələrin xəstəxanada orta yatma müddəti 11,8 gün olmuş, bunun da təxminən 3 günü əməliyyata hazırlıq üçün sərf edilmişdir. Müalicə müddətində ağırlaşma və ölüm halları olmamışdır.

NƏTİCƏ. Planlı şəkildə müalicə olunan xəstələrdə əsas patologiya ilə yanaşı müşahidə olunan digər xəstəliklərin aşkarlanması, diaqnozun təsdiqlənməsi, xəstələrin əməliyyata hazırlanması, operativ metodun seçilməsi çətinlik törətmir. Bu da, aparılan müştərək əməliyyatların son nəticələrinə müsbət təsir etmişdir.

Birmomentli müştərək əməliyyatlar zamanı xəstələrdə bir neçə patalogiya eyni vaxtda müalicə olunduğu üçün iqtisadi səmərə ilə yanaşı, onların təkrari əməliyyatlara məruz qalma riski xeyli azalır və keçirəjəkləri həyacanlara son qoyulur. Ona görə də, etiopatogenezi və

lokalizasiyası müxtəlif olan bir neçə cərrahi patologiyanın eyni vaxtda müştərək əməliyyatlarla ləğv edilməsinin tərəfdarıyıq.

ƏDƏBİYYAT

1. Novruzov R.M. Kiçik çanaq üzvlərinin sallanması və yanaşı müşahidə olunan cərrahi xəstəliklər zamanı simultan əməliyyatların aparılması // Sağlamlıq, 2007, №6, s.19-25

2. Баулина Н.В., Баулина Е.А. Симультанные операции в хирургии и гинекологии // Вестник хирурги, 2004, № 2, с.87-92

3. Бугаев А.И. Сочетанные операции в плановой абдоминальной хирургии // Вестник хирургии 1997, № 1, с. 126

4. Буянов В.М., Маховский В.З. Сочетанные хирургические операции в брюшной полости и забрюшинном пространстве // Хирургия, 1990, №7 с.81-86

5. Малиновский Н.Н. и др. Сочетанные оперативные вмешательства в хирургической практике // Хирургия, 1983, №12 с.63-68

6. Маховский В.З. Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии.- Ставрополь, 2006, 240 с.

7. Маховский В.З. и др. Одномоментные сочетанные операции в хирургии и гинекологии // Хирургия, 2008, №9 с.41-45

8. Федоров В.Д. Внедрение одномоментных сочетанных операции в хирургическую практику //Анналы хирургии, 2001, №4, с. 33-38

9. Федоров В.Д. Одномоментные сочетанные операции – прогрессивное направление хирургии / Тезисы докл. Республиканской конф. «Сочетанные одномоментные операции» .-Бухара, 1992, с. 10-11

10.Stevens M.L., Hubert B.C., Weuzel F.J.Combined gynecologic surgical procedures and cholecystectomy // Amer. J. Obtest., Gynec, 1984, v. 149, № 3, p. 350-354

SUMMARY

OUR EXPERIENCE ON one moment COMBINED OPERATIONS IN ABDOMINAL SURGERY

C.M.Guliyev

The purpose to the results and features of one moment combined operations in abdominal surgery on patients who received to urgent hospitals. The research has clinical character. The contingent were 145 patients who received to Sumgait urgent medical care hospital during 1975-2997.During these years there were 11488 about appendices, 416 chronic appendices. It was operated on apendektomy 11904 patients, cholesistectomy 4192 (100%). During one moment combined operations some pathology were treated in the same moment on patients. That's why the risk of several operations were reduced.

Daxil olub: 27.11.2008

PENSİYA YAŞLI ƏHALİ ARASINDA STOMATOLOJİ XƏSTƏLƏNMƏNİN VƏ DİŞ PROTEZLƏNMƏSİNƏ EHTİYACIN SƏVİYYƏSİ

Ə.N. Niyazov

Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Stomatologiyanın mühüm problemlərindən biri pensiya yaşlı əhaliyə ortopedik stomatoloci yardımın həyata keçirilməsidir. Bu problem dünya əhalisinin ümumi qocalması prosesinin getməsi ilə xüsusi aktuallıq kəsb edir. İkinci minilliyn sonunda 60 yaşlıların dünya əhalisinin 22%-ni təşkil edəcəyi mülahizəsi gerçəkləşmişdir (United Nation, 1980). Məsələn, Rusiyada son illər ərzində 75 və daha çox yaşlı əhalinin sayı 2,6 dəfə artmışdır [2,4]. Bununla yanaşı bir çox ahıl adamların ictimai statusunun kəskin pisləşməsi qeyd olunur.

Müasir zamanda stomatoloji xidmətdə aparılan reformalar, tibbi sığortaya keçid, bazar iqtisadiyyatı münasibətlərinin tətbiq edilməsi səhiyyənin mühüm məsələlərindən birinin – əhalinin ictimai müstəqil təbəqəsi olan pensiya yaşlıların ortopedik stomatoloji yardımının təkmilləşdirilməsinin həllini tələb edir.

Əhalinin, o cümlədən pensiya yaşlıların, stomatoloji yardıma ehtiyacı və təmin olunması birbaşa əsas stomatoloci xəstəliklər sayılan kariyes və parodont xəstəliklərinin yayılması və gedişi ilə əlaqəlidir.

Azərbaycan Respublikasında kariyesin və parodont xəstəliklərinin yayılması və gedişi bir sıra elmi-tədqiqat işlərində kifayət qədər tam öyrənilmişdir [1,3,5,6,7]. Lakin bu işlərdə, birincisi, bu xəstəliklərin pensiya yaşlı əhali arasında tezliyi və gedişinin xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi məsələsi qoyulmamışdır, ikincisi isə pensiya yaşlıların diş-protez yardımına ehtiyacı və təminatı problemi işıqlandırılmamışdır.

Azərbaycan Respublikasında bu cür tədqiqat işlərinin olmaması hazırki tədqiqatın aparılmasına zəmin olmuşdur. Bu məqsədə nail olmaq üçün aşağıdakı məsələlər həll olunmalıdır: dişlərdə kariyesin və parodont xəstəliklərinin gedişinin tezliyinin və intensivliyinin öyrənilməsi; bu xəstəliklərin ikincili qismən adentiyanın inkişafına təsirinin müəyyənləşdirilməsi; pensiya yaşlı şəxslərin ortopedik stomatoloji yardıma ehtiyacının və təminatının müəyyənləşdirilməsi.

TƏDQİQATIN MATERİAL VƏ METODLAR. Kliniki və epidemioloji tədqiqatlar Azərbaycan Respublikasının qərb regionunun 3 şəhərində yaşayan 861 pensionerdə aparılmışdır: Gəncə şəhəri – 354 nəfər (190 qadın və 164 kişi); Göy-Göl şəhəri – 268 nəfər (152 qadın və 116 kişi) və Samux şəhəri – 239 nəfər (135 qadın və 104 kişi). Bütün müayinə edilmiş pensionerlər 3 yaş qrupuna bölünmüşdür: I yaş qrupu – 55-64 yaş; II yaş qrupu – 65-74 yaş və III yaş qrupu – 75-89 və daha çox yaş. Öyrənilən xəstəlikləri xarakterizə edən bir sıra göstəriciləri müqayisə etmək məqsədi ilə I pensiya yaş qrupuna yaxın 40-49 yaşlı 85 nəfərdən ibarət nəzarət qrupu təşkil edilmişdir.

Stomatoloji müayinələr, müqayisə aparmaq məqsədilə, hər 3 şəhərdə ayrı-ayrılıqda aparılmış və sonda hər bir tədqiq olunan region üzrə orta göstəricilər hesablanmışdır.

Dişlərdə kariyesi öyrənərkən, xəstəliyin yayılmasına (%) və gedişinin intensivliyinə (KPÇ indeksi) diqqət yetirilmişdir. KPÇ indeksinin tərkibinə diqqət yetirilmişdir: «K» – müalicəyə ehtiyacı olan ağırlaşmamış kariyes; «Kr» – müalicəyə ehtiyacı olan ağırlaşmış kariyes; «Kx» – çəkilməyə ehtiyacı olan ağırlaşmış kariyes; «P» - plomblanmış dişlər; «Ç» - çəkilmiş dişlər.

Parodont xəstəlikləri: gingivitlər, parodontitlər, parodontoz – ağırlıq dərəcələrinə görə bölünmüşlər. PMA və CPITN kimi indeks göstəriciləri və Şiller-Pisarev sınağı vasitəsilə parodont xəstəliklərinin ağırlığını və müalicə xüsusiyyətlərini xarakterizə edirlər.

Diş sırasının defekti Kennedi klassifikasiyası, diş sırasının defektinin uzunluğu isə itirilmiş dişlərin sayı üzrə aparılırdı. Ağız boşluğundakı mövcud diş protezləri çıxarılan və çıxarılmayan konstruksiyalara aid edilirdi. Hər bir qrup pensionerlərdə mövcud olan protezlərə eyni metodika üzrə ekspert qiymətləndirilməsi aparılırdı. Kariyesin və parodont xəstəliklərinin yayılması və intensivlik göstəriciləri əsasında, KPÇ indeksi göstəriciləri, itirilmiş dişlərin və istifadəyə yararsız protezlərin sayına görə hər bir müayinə olunan yaşayış məntəqəsində və ümumilikdə Azərbaycan Respublikasının Qərb bölgəsi üzrə diş protezləşdirilməsinə olan tələbat müəyyən edilirdi.

ALINMIŞ NƏTİCƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ. Şəhərlər üzrə müayinə aparılan bütün pensionerlər arasında kariyesin yayılması 100% təşkil etmişdir. Dişlərin kariyeslə zədələnməsinin tezliyi və intensivliyi cədvəl 1-də gks edilmişdir.

Cədvəl 1
Dişlərdə kariyesin yayılması və intensivliyi göstəriciləri

Müayinə yeri	Müayinə olunanlar	% kariyes	KPÇ indeksi
Gəncə ş.	354	100	27,46±4,2
Göy-Göl ş.	268	100	27,62±2,7
Samux ş.	239	100	27,75±2,8
Cəmi	861	100	27,61±1,5
Nəzarət qrupu	85	100	14,50±1,2

Cədvəl 1-dən göründüyü kimi, müxtəlif şəhərlərdə yaşayan müayinə olunmuş pensionerlərin KPÇ indeksi arasındakı fərq statistik dürüst deyildir ($p>0,05$). Pensionerlərin KPÇ indeksinin orta qiyməti – 27,61±1,5 olduğu halda, bu göstərici nəzarət qrupunda, 40-49 yaşlılar arasında, 14,50±1,2 təşkil edir. Göstəricilər arasındakı fərq statistik dürüstdür ($p<0,001$). Bunu da qeyd edək ki, bütün şəhərlər üzrə müayinə olunmuşların KPÇ indeksi göstəriciləri nəzarət qrupundakı göstəriciyə nisbətən statistik dürüst fərqlənmişdir ($p<0,001$).

Qeyd edək ki, apardığımız tədqiqatlarda kariyesin intensivliyinin yaşdan asılı olduğunu da aşkar etmişik. Belə ki, I yaş qrupunda (55-64 yaş) KPÇ indeksinin göstəricisi 25,72±2,1 oluduğu halda, II qrupda (65-74 yaş) bu göstərici 27,34±2,2, III qrupda (75-85 və daha çox

yaş) isə 29,76±2,5 bərabər olmuşdur. Buna uyğun olaraq KPÇ indeksinin ayrı-ayrı komponentləri də yaşdan asılı olaraq dəyişmişlər. Hər üç yaş qrupunda KPÇ indeksinin «Ç» (çəkilmiş dişlər) və «Kx» (çəkilməyə ehtiyacı olan ağırlaşmış kariyes) elementlərinin göstəriciləri ən yüksək olmuşdur. Məsələn, III yaş qrupunda bu göstəricilər uyğun olaraq 17,76 və 8,43±1,6 kimi qiymətləndirilmişdir. «Ç» və «Kx» indekslərinin orta qiymətləri birlikdə – 14,30±2,1 + 8,43±1,6 nəzərə çarpacaq dərəcədə böyük cöstərici təşkil edir – 22,73±2,2. Müqayisə üçün qeyd edək ki, pensiyaçılar arasında öyrənilmiş «P» - plomblanmış dişlər göstəricisi 0,20 civarında olmuşdur. Nəzarət qrupunda isə KPÇ indeksinin göstərilən elementləri aşığıdakı kimi dəyişmişdir: «K» - 1,63, «Ç» - 10,13 və «P» - 2,73 vahid. Beləliklə, müalicə-profilaktik yardımın tamamilə olmaması fonunda pensionerlər arasında kariyesin yayılmasının tezliyi və intensivliyi bu kontingentdə ikincili qismən adentiyanın inkişafının əsas etioloci faktoruna çevrilir.

Müayinə olunmuş pensionerlər arasında parodont xəstəliklərinin rastgəlmə tezliyi də maksimal olmuşdur – 100%. Belə ki, müayinə olunmuşlar arasında gingivitin orta rastgəlmə tezliyi 32,33±2,5% olduğu halda, parodontitə – 60,31±1,6% və parodontoza isə 3,73±0,6% hallarda rast gəlinmişdir.

Kliniki baxımdan pensionerlər arasında parodontitin yayılmasının öyrənilməsi xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Belə ki, müayinə olunmuşlar arasında yüngül dərəcəli parodontitə 10,10±1,0%, orta dərəcəli parodontitə – 33,79±1,6% və ağır dərəcəli parodontitə isə 16,26±1,2% hallarda rast gəlinmişdir. Bu da parodontitlərə gingivitə nisbətən 1,6 dəfə daha çox hallarda rast gəlinməsini göstərir ($p<0,001$). Ağır dərəcəli parodontitə daha az hallarda rast gəlinməsi parodontitin bu cür formalarında dişlərin çəkilməsi ilə birbaşa əlaqədardır. Ümumilikdə parodont xəstəliklərinin yayılması və xüsusiyyətləri ikincili tam və qismən adentiyanın inkişafının əsas etioloci faktoru kimi qiymətləndirilir.

Pensionerlər arasında ağzında 3-ə qədər dişi olmayanlara – 2,34±0,51%, 4-dən 6-ya qədər dişi olmayanlara – 8,65±0,95%, 6-dan 10-a qədər dişi olmayanlara – 17,72±1,30%, 10-20 dişi olmayanlara – 25,98±1,49%, 21-31 dişi olmayanlara isə 25,79±1,49% hallarda rast gəlinmişdir. 19,48±1,34% pensionerlərdə isə ağızda dişlərin tamamilə olmaması qeydə alınmışdır. İkincili qismən adentiyanın topoqrafiyasına nəzər saldıqda görürük ki, I sinif defeklərə 19,63±1,35%, II sinfə – 16,82±1,27%, III sinfə – 29,32±1,55% və IV sinfə – 14,72±1,20% pensionerlərdə rast gəlinir.

Diş protezlərinin çıxarılmayan növündən 27,52±1,52% pensioner istifadə edir. Bu növ protezlər bütün protezlərin 37,32±1,91% -ni təşkil edir. Çıxarıla bilən protezlərə 46,22±1,69% pensionerdə rast gəlinmişdir ki, bu da 62,67±1,91% təşkil edir. Qeyd etmək lazımdır ki, çıxarılmayan protezlərin 75% və çıxarıla bilən protezlərin 90%-dən çoxu tələb olunan kliniki normativlərə cavab vermədiklərindən digərləri ilə əvəz olunmalıdırlar. Ümumiyyətlə 100% pensionerlərin müxtəlif növ ortopedik yardıma ehtiyacları var. Hər 1000 nəfərə hesabda pensiya yaşlıların müxtəlif növ diş protezlərinə ehtiyacı aşağıdakı kimidir. Diş sırasının defektinin çıxarılmayan protezlər vasitəsilə bərpa olunmasına hər 1000 pensionerdən 912-nin ehtiyacı olduğu müəyyən edilmişdir. Bu kontingent müayinə olunanların qeyri-qənaətbəxş diş protezlərinin dəyişdirilməsi onların texniki keyfiyyətindən və istifadə müddətindən irəli gəlirdi. Hər 1000 pensionerdən 437-si ayrı-ayrı koronkaların hazırlanmasına və dişlərin səthinin düzləndirilməsinə ehtiyac duyurdu. Hər 1000 pensionerdən 475-i isə diş sıralarına daxil olmuş kiçik və orta defektlərinin körpüvari protezlərlə aradan qaldırılmasına ehtiyac duyurdu.

Müayinə edilmiş pensionerlərin hər 1000 nəfərinə diş sıralarının defektlərinin aradan qaldırılması məqsədilə 1666 çıxarıla bilən protezin hazırlanmasına ehtiyac var. Bunlardan, hər 1000 nəfərə 927-ni qismən çıxarıla bilən lövhəvari protez, 739-u isə tamam çıxarıla bilən protez təşkil edir.

Ümumiyyətlə pensionerlərin 78,39±1,40 %-nin (675 nəfər) çıxarıla bilən və çıxarılmayan diş protezləri ilə kombinə olunmuş ortopedik müalicəyə ehtiyacı olduğu müəyyən edilmişdir. Aparılmış tədqiqatların nəticəsində alınmış və təhlil edilmiş verilənlərdən məlum olur ki, hər bir pensionerin 2,58 protezin hazırlanmasına ehtiyacı vardır ki, bu da hər 1000 nəfərə 2580 protez təşkil edir.

ƏDƏBİYYAT

1. Алиева Р.К. Отработка оптимальной модели развития стоматологической службы детскому населению Азербайджанской Республики: Автореф. дис. … докт.мед.наук.- М., 43 с.

2. Алимский А.В. Геронтостоматология: настоящее и перспективы // Стоматология для всех, 1999, №1, с. 29-31.

3. Ахмедов А.А. Медико-географические особенности кариеса зубов в Азербайдъанской ССР: Автореф. дис. … докт.мед.наук.- М., 1968, 39с.

4. Безруков В.М., Леонтьев В.К., Алимский А.В. Вопросы геронтостоматологии в эпоху рыночных отношений. Сб.тезисов и докл. III Междунар. семинара по вопросам пожилых «Самарские лекции».- Самара1998, с. 118-119.

5. Везиров Т.Р. Клинико-эпидемиологические особенности и лечение воспалительных заболеваний пародонта у мигрантов и вынужденных переселенцев в г.Баку: Автореф. дис. … канд. мед.наук.- Баку, 2005, 20 с.

6. Кафаров К.К. Эпидемиологические особенности и этиологическая структура воспалительных заболеваний пародонта, рационализация их консервативного лечения и профилактика в г.Баку: Автореф. дис. … канд.мед.наук.- Баку, 2004, 20с.

7. Керимов Э.Э. Патогенез болезней пародонта при патологии щитовидной ъелезы и особенности их профилактики в очагах зобной эпидемии Азербайджанской Республики: Автореф. дис. …докт.мед.наук.- Киев, 1989, 46с.

8. United Nation. Problems of the elderly and the ages. Draft program and arrangement for the World As. on the Elderly // Report of the Secretary-General.- New York. 1980, 72 p.

SUMMARY

STOMATOLOGICAL DESEASE AND NEEDS IN DENTAL PROSTHETICS OF PERSONS OF THE PENSION AGE

A.N.Niyazov

The stomatological clinical and epidemiological researches of the oral cavity which has been carried out for 861 persons of the pension age, living in the Western region of the Azerbaijan Republic, have shown 100 % spoiled teeth caries and with diseases of the parodonts.

On the average intensity of the caries among pensioners has consist 27,61+1,5 teeth; disease parodonts had an average and heavy degree of current that promoted high loss of the teeth and development secondary partial adenitis.

The population of a pension age of
region had 100 % needs in dental prosthetics.

More than 75 % of fixed and 90 % of demountable kinds of the artificial limbs which have been found out are recognized in pensioners not suitable to use.

Counting upon 1000 population of the pension age the requirement for manufacturing fixed artificial limbs has consist 912, and demountable 1666.

Daxil olub: 10.09.2008

SƏHIYYƏNIN PLANLAŞDIRILMASINDA REGIONLARDA DOĞUM DINAMIKASININ ROLU

Ş.B.Bağırova

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət həkimləri təkmilləşdirmə institutu, Bakı

Tibbi – demoqrafik situasiyanın vacib göstəricisi olan doğum əmsalı səhiyyənin cari və perspektiv planlaşdırılması üçün mühüm informasiya mənbəyi hesab olunur. Doğumun səviyyəsi və dinamikası ilk növbədə mama – ginekologiya xidməti şəbəkəsinin fəaliyyətinin planlaşdırılmasında istifadə oluna bilər. Digər tərəfdən doğumun dinamikası səhiyyənin resurs təminatının prioritetlərini təyin etmək üçün yararlı ola bilər. Ona görə də doğumun dinamikası səhiyyə təşkilatlarının tədqiqatlarında xüsusi yer tutur. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının məlumatlarına görə Şərqi Avropada, o cümlədən Azərbaycanda doğumun azalması "Əhalinin əvəz olunması" üçün təhlükə yarada bilən səviyyəyə yaxınlaşır [2]. Bununla bağlı əksər ölkələrdə

əhalinin "qocalması" problemi dərinləşir. Nəticədə əhali arasında xroniki xəstəliklərin çoxalması ücün zəmin yaranır və ölüm riski artır [1,2]. Tatarstanda doğumun monitorinqi göstərir ki, ölkənin neft istehsalı ilə məşğul olan regionlarında 1996 – 2005 – ci illərdə doğum əmsalının azalma tempi daha intensivdir [3]. Həştərxan vilayətində doğum dinamikasının 1986 – 1998 – ci illərdə azalma, 1999 – 2005 – ci illərdə isə artma tempi ilə səciyyələnməsi göstə-ricinin regional aspektlərinin fərqli olmasını nümayiş etdirir [7]. Rusiyanın Tomsk vilayətində ölüm və doğum əmsallarının nisbəti 2 – 3 arasında dəyişir [4]. Leninqrad vilayətində doğumun qısa müddətli artması 2005 – ci ildə təkrarı azalma ilə əvəz olunmuşdur [5]. Göründüyü kimi doğumun dinamikasında regional fərqlər çoxdur. Bizim ölkəmizdə doğumun regional xüsusiyyətləri geniş təhlil olunmamışdır. Ona görə də tədqiqatımızda Azərbaycanın Aran iqtisadi rayonunda doğumun regional xüsusiyyətlərinin səhiyyənin planlaşdırılmasında rolunu qiymətləndirməyi qarşımıza MƏQSƏD qoyduq.

TƏDQIQATIN MATERIALLARI VƏ METODLARI. İlkin material kimi rəsmi statistika mənbələri istifadə olunmuşdur. Təhlil üçün 1987 – 2007 – ci illərin müvafiq məlumatları seçilmişdir. Aran iqtisadi rayonuna daxil olan 18 inzibati vahidlər üzrə doğumun dinamikası araşdırılmışdır. Ən kiçik kvadratlar metodu ilə doğum əmsallarının dinamikası qiymətləndirilmişdir. Statistik işləmədə keyfiyyət əlamətlərinin və dinamik cərgələrin təhlili metodlarından istifadə olunmuşdur [6].

Cədvəl 1
Aran iqtisadi rayonun inzibati ərazilərindən 1987 və 2007-ci illərdə doğum əmsalının səviyyəsinə görə ranqları

İnzibati ərazilər	Ranq		İnzibati ərazilər	Ranq	
	1987	2007		1987	2007
Ağcabədi	7	4	Neftçala	12	12
Ağdaş	10	7	Saatlı	3	9
Beyləqan	8	11	Sabirabad	6	5
Bərdə	11	10	Salyan	16	16
Biləsuvar	1	3	Ucar	4	13
Göyçay	13	15	Zərdab	5	2
Hacıqabul	9	1	Şirvan	15	17
İmişli	14	14	Mingəçevir	18	18
Kürdəmir	2	8	Yevlax	17	11

Qeyd: ranq korrelyasiya əmsalı (ρ)-0,6; n = 18; t = 3,0; p ∠ 0,05.

ALINMIŞ NƏTICƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKIRƏSI. Aran iqtisadi rayonunun bütün inzibati ərazilərində doğum əmsalının səviyyəsi 1987 – ci ıdə (müşahidənin şərti başlanğıc dövrü) kifayət qədər yüksək olmuş və 25,9 ‰ (Mingəçevir şəhəri) ilə 34,6 ‰ (Biləsuvar rayonu) arasında tərəddüd etmişdir. Bu dövrdə doğum əmsalı rayonlarda ümumrespublika səviyyəsindən 0,96 – 1,28 dəfə fərqlənmişdir. 2007 – ci ildə ölkədə olduğu kimi Aran iqtisadi rayonunda da doğum xeyli azalmışdır. Ayrı – ayrı inzibati ərazilər üzrə doğum göstəricisi 12,1 ‰ (Mingəçevir şəhərində) ilə 22,7 ‰ (Zərdab rayonunda) arasında olmuş və ümumrespublika səviyyəsindən (17,2 ‰) 0,70 – 1,32 dəfə fərqlənmişdir. Göründüyü kimi inzibati ərazilər üzrə dinamika fərqli olmuş və ümumrespublika səciyyəsinə tam uyğun deyildir. Müqayisə aparılan müddətdə (1987 – 2007 – ci illər) doğum əmsalı ölkə miqyasında 1,6 dəfə azalmışdır (azalma tempi 36,3 %). Aran iqtisadi rayonunun inzibati ərazilərində doğum əmsalının azalması 1,3 – 2,1 dəfə arasında tərəddüd edir (azalma tempinin intervalı: 25,6% - 53,3%). Beləliklə, Aran iqtisadi rayonunun inzibati ərazilərində son 20 il müddətində doğumun azalma səviyyəsi və tempi biri – birindən və ümumrespublika səciy-yəsindən fərqlənir. Bu fərq həmin ərazilərin 1987 və 2007 – ci il-lərdəki doğum səviyyəsinə görə ranqlarının müqayisəsi ilə daha əyani özünü biruzə verir (cədvəl 1). Göründüyü kimi, bir sıra rayonların ranqları dəyişməmişdir (İmişli, Nefçala, Salyan, Mingəçevir). Bəzi rayonlarda ranqın dəyişməsi böyük deyil (Ağcabədi, Ağdaş, Beyləqan, Bərdə, Biləsuvar, Göyçay, Sabirabad, Zərdab, Şirvan). Ranqın kəskin dəyişməsi Hacıqabulda (9 – dan 1 – ci yerə), Kürdəmirdə (2 – dən 8 – ci yerə), Saatlıda (3-dən 9-cu yerə), Ucarda (4-dən 13-cü yerə) və Yevlaxda (17-dən 11-ci yerə) müşahidə olunmuşdur.

Yevlax istisna olmaqla bu rayonların hamısında doğum əmsalının ranqı yüksəlmişdir. 1987-2007-ci illərdə doğum əmsalına görə rayonların ranqları arasında orta dərəcəli korrelyasiya əlaqəsi aşkar edilmişdir (ρ = 0,6; n = 18; t = 3,0; p $\angle$ 0,05). Bu məlumatları nəzərə alsaq qeyd etmək lazımdır ki, Aran iqtisadi rayonunun inzibati ərazilərində doğum dinamikası ümumi qanunauyğunluğa malikdir.

Cədvəl 2

Aran iqtisadi rayonun inzibati vahidləri üzrə doğumun dinamikası

İnzibati vahidlər	Azalma dövrü, 1987-2001			Artma dövrü, 2001-2008		
	Başlanğıc səviyyəsi ‰	Son səviyyə,‰	y = a± bx	Başlanğıc səviyyə,‰	Son səviyyə,‰	y = a ± bx
Ağcabədi	31,7	13,9	21,6-1,972x	13,9	20,2	16,5+1,05x
Ağdaş	30,5	15,5	23,8-1,875x	15,5	18,9	16,2+0,92x
Beyləqan	31,2	11,8	22,5-1328x	11,8	18,1	13,9+1,22x
Bərdə	30,2	14,5	23,3-1,257x	14,5	18,3	15,4+1,02x
Biləsuvar	34,6	17,4	27,4-1,415x	17,4	20,7	18,1+0,87x
Göyçay	29,9	14,6	23,4-1,09x	14,6	17,3	15,5+0,32x
Hacıqabul	31,1	15,3	24,2-1,12x	15,3	22,7	18,1+1,41x
İmişli	29,8	13,2	22,4-1,31x	13,2	17,6	14,5+0,68x
Kürdəmir	33,5	17,7	26,6-1,23x	17,7	18,9	17,2+0,20x
Neftçala	30,1	14,5	23,3-1,18x	14,5	18,0	15,3+0,45x
Saatlı	33,3	12,7	24,1-1,36x	12,7	18,9	14,8+1,31x
Sabirabad	32,0	11,6	22,8-1,49x	11,6	19,8	14,7+1,58x
Salyan	27,5	11,9	20,8-1,18x	11,9	17,2	13,6+1,15x
Ucar	33,1	14,6	24,9-1,22x	14,6	17,9	15,3+0,75x
Zərdab	32,4	17,2	25,8-1,16x	17,2	20,9	18,5+0,46x
Şirvan	28,0	11,6	20,6-1,29x	11,6	13,9	13,2+0,43x
Mingəçevir	25,9	10,5	19,2-1,05x	10,5	12,1	11,0+0,26x
Yevlax	26,2	12,4	20,4-0,98x	12,4	19,5	14,2+1,21x
Azərbaycan Respublikası	27,0	13,8	21,4-0,94x	13,8	17,2	14,8+0,54x

1987-2007- ci illərdə ölkədə olduğu kimi ayrı-ayrı rayon və şəhərlərdə doğum əmsalının dəyişməsində iki istiqamət ayırd etmək olur: 1987-2001-ci illər arasında göstəricinin səviyyəsi azalma, 2001-2007-ci illərdə isə artma ilə səciyyələnir. Qeyd olunan intervallarda doğumun dinamikası 2-ci cədvəldə verilmişdir. 1987-2001-ci illərdə inzibatı ərazilərin doğum əmsalına görə ranqı dəyişmişdir, amma ranqlar arasında yüksək dərəcəli korrelyasiya (ρ = 0,67; n = 18; t = 3,0 p $\angle$ 0,05) əlaqəsi saxlanılır. Bu göstərir ki, inzibati rayonlarda doğum əmsalı mütənasib azalmışdır. Azalma dinamikası düzxətli olduğuna görə onu a+bx (x-illərin ardıcıllıq nömrəsi; a və b reqressiya əmsalları) formulu ilə səciyyələndirmək olar. Aldığımız reqressiya əmsalları 2 – ci cədvəldə verilmişdir. Doğum əmsalının başlanğıc (1987) və son (2001) faktiki səviyyələri onların reqressiya tənliyi ilə hesablanmış səviyyələri ilə düz mütənasibdir və yüksək dərəcədə korrelyasiya əlaqəsinə malikdir (ρ = 1,0; p $\angle$ 0,05). Ölkə miqyasında olduğu kimi ayrı-ayrı rayon və şəhərlərdə 2001 – ci ildən başlayaraq doğum əmsalı çoxalmışdır. Artma tempi ölkədə 2007-ci ildə 24,6%, Aran iqtisadi rayonunun inzibati ərazilərində 6,8% (Kürdəmir rayonunda) ilə 70,6% (Sabirabad) arasında olmuşdur. Əksər rayonlarda artma tempi ümumrespublika səviyyəsinə (24,6%) yaxındır (Ağdaş, Bərdə, Biləsuvar, Göyçay, İmişli, Neftçala, Ucar, Zərdab, Şirvan və Mingəçevir). Yüksək artma tempi (40%-dən çox) Ağcabədi (45,3%), Beyləqan (53,4%), Hacıqabul (48,4%), Saatlı (48,8%), Sabirabad(70,6%), Salyan(44,5%) və Yevlax(57,3%) ratonlarında qeydə alınmışdır. 2001-2007-ci illərdə doğum əmsalının başlanğıc və son səviyyələrinə görə inzibati ərazilərin reytinqi stabil olmamışdır. Reytinqin ən çox dəyişdiyi rayonlara Göyçay (7-ci yerdən 15-ci yerə), Ağcabədi (10-cu yerdən 4-cü yerə), Yevlax (13-cü yerdən 6-cı yerə), Ucar(6-cı yerdən 13-cü yerə) və Kürdəmir (1-ci yerdən 7-ci yerə) rayonları aiddir.

Reytinq Mingəçevir və Şirvan şəhərlərində stabil olmuş, Bərdə, Biləsuvar və Zərdabda bir pillə dəyişmişdir.İnzibati ərazilərin doğum əmsalının səviyyəsinə görə 2001 və 2007- ci

illərdəki rey-tinqləri arasında korrelyasiya əlaqəsi ($\rho = 0,45$; $t = 2,0$; $p \angle 0,05$) dürüstdür ($p < 0,05$) və orta dərəcədədir. Bu əlaqənin düzxətli olması doğum əmsalının dinamikasını səciyyələndirən reqressiya tənliklərini əsaslandırmağa imkan verir. Aldığımız nəticələr 2 – ci cədvəldə əks olunmuşdur.

Beləliklə, ölkənin regionlarında doğumun dinamikası müəyyən qanunauyğunluqla səciyyələnir və bununla bağlı əhalinin tibb xidmətlərinə tələbatının dəyişilməsi üçün zərurət yaranır. Doğumun dinamikası əhalinin yaş tərkibinin dəyşilməsi ilə müşayət olunur. Qeyd olunmuş dinamikanın əsasında əhalinin tibb xidmətlərinə tələbatını proqnozlaşdırmaq və müvafiq olaraq səhiyyə resurslarının təminatını korreksiya etmək olar.

ƏDƏBİYYAT

1. Гасников В.К., Савельев В.Н., Стрелков Н.С. Особенности Российского демографического развития // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2008, № 2, с. 8-9
2. Здоровье населения в Европе. ВОЗ, 2000. 90с.
3. Иванов Г.Л., Тафеева Е.А. Особенности медико-демографической ситуации на территории нефтедобывающих районов республики Татарстан // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2008, № 5, с. 11-14
4. Кладов С.Ю., Новоселов В.П. Демографическая ситуация на среднеурбанизированной территории Западной Сибири // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2008, № 4, с. 12-15
5. Рожавский Л.А. Медико-демографические проблемы Ленинградской области // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2008, № 1, с. 5-7
6. Стентон Г. Медико-биологическая статистика.- М., 1999, 459 с.
7. Шендо Г.Л., Жданова И.Г., Рябинкин В.Р., Ярославцев А. С. Особенности демографических процессов в Астраханской области // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2007, № 4, с. 7-12.

SUMMARY

THE ROLE OF BIRTH DYNAMICS IN REGIONS FOR PLANNING THE PUBLIC HEALTH

Sh.B. Bagirova

Taking into consideration the variability of demand of population in medical assistance depending on birth rate, the aim is to value the regularity of its changing. The statistic materials are used during 1987-2007. The dynamic rows are compounded and the modern statistic methods of analyses are applied. It's stated that 2 periods are observed in dynamics of birth : the period of decrease (1987-2001) and the following increase (2001-2007).The changing of tempo is shown both of decrease and increase the coefficient of birth in different administrative regions by the growth of coefficient of birth in 1987 and 2007 is displayed, and it is evidence of availability of general regularity of reproduction of population. It's considered that ascertained regularities of birth dynamics can be used for prognostication and planning the resort securing of health service.

Daxil olub: 10.09.2008

SİLAHLI QÜVVƏLƏRDƏ KƏSKİN BAĞIRSAQ İNFEKSİYALARININ ÇOXİLLİK DİNAMİKASININ TƏHLİLİ

S.T. Məmmədov

Azərbaycan Respublikası Müdafiə Nazirliyi, sanitar-epidemioloji nəzarət mərkəzi, Bakı

Kəskin bağırsaq infeksiyaları (KBİ) infeksion xəstələnmənin strukturunda ön sıralardan birini tutaraq, hətta ayrı-ayrı illərdə qrip və kəskin respirator infeksiyalarını da arxada qoyur [5,8]. Onlar uşaq ölümü strukturunda 4-cü yeri, uşaq infeksion xəstəlikləri içərisində isə 2-ci yeri tutur [1]. Kəskin bağırsaq infeksiyaları nəinki təkcə xəstələnmə göstəricisinin, hadisələrin tezliyinin yüksək olması və yüksək letallıqla da xarakterizə olunur [6,11].

Kəskin bağırsaq infeksiyaları enterobakteriyalar, şərti patogen mikroflora və viruslar tərəfindən törədilir. KBİ-nin strukturunda ayrı-ayrı nozoloci formaların xüsusi çəkisinin

öyrənilməsi göstərmişdir ki, burada salmonelyoz, şigelyoz, eşerixioz əsas yer tutmaqla geniş şəkildə yayılır və bütün qitələrdə qeydə alınırlar [2,7]. Lakin bunlara nisbətən şigelyozlar aparıjı mövqedə durur [9,10].

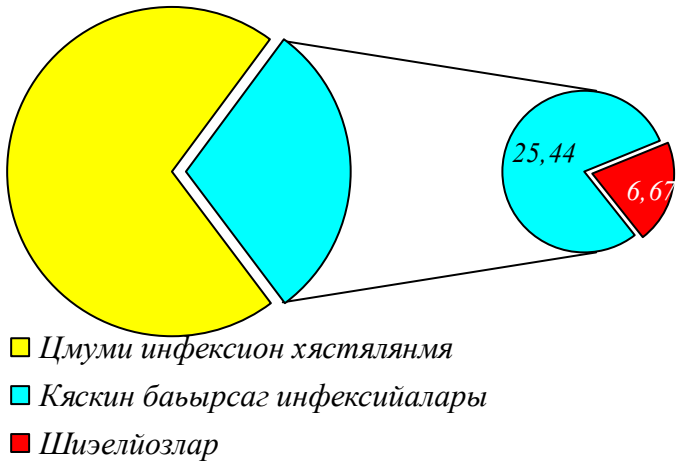
Hərbi hissələrdə də bağırsaq infeksiyalarının epidemioloji əhəmiyyəti müasir dövrdə artmışdır. Belə ki, hərbi hissələrdə bağırsaq infeksiyalarının əhəmiyyəti hərbi əməliyyatlar dövründə daha da aktuallaşır və şəxsi heyətin döyüş qabiliyyətinə nəzərə çarpacaq dərəcədə təsir göstərir [3,413].

KBİ qrupundan olan şigelyozlar təkcə mülki əhali arasında deyil, həmçinin silahlı qüvvələrdə geniş yayılmışdır. Belə ki, şigelyozlar ubikvitar yoluxucu xəstəliklər qrupuna daxil olub bir çox dövlətlərin hərbi kontingentinin döyüş qabiliyyətinin zəifləməsində böyük rol oynamışdır. Məsələn, ABŞ hərbi kontingentinin Yaxın Şərq, Jənub-Şərqi Asiya, Latın Amerikası və Afrikada yerləşən hissələrində 1990-2005-ci illər ərzində qeydə alınmış diareyalı xəstəliklərinin 38-45%-ni şigelyozlar təşkil etmişdir [12]. Həmçinin, İraqda hərbi əməliyyatlarda iştirak etmiş NATO hərbi qulluqçuları arasında da dizenteriyanın epidemik kükrəyişləri qeydə alınmışdır.

Respublikamızda da vəziyyət qənaətbəxş deyildir. Ölkəmizin müharibə vəziyyətində olması şigelyozlarla bağlı epidemioloci durumun xüsusilə gərginləşməsinə gətirib çıxarmışdır. Xəstəliyin inkişafında determinant şərtlərin çoxalması da epidemik prosesin gedişinə öz təsirini göstərmişdir. Bu baxımdan şigelyozlarda epidemik prosesin inkişaf tendensiyasının araşdırılması profilaktik və əksepidemik tədbirlərin həyata keçirilməsini elmi cəhətdən əsaslandırır və aparılan tədbirlərin keyfiyyətini yüksəldir.

Şigelyozların profilaktikası üzrə tədbirlərin təşkili, baş verdiyi hallarda isə epidemik ocağın təjili ləğv edilməsi dərin təhlil və xəstələnmənin müəyyən epidemioloji determinantlarının aşkar olunması nəticəsində həyata keçirilə bilər. Bunu nəzərə alaraq, biz 1993-2005-ci illərdə baş vermiş xəstələnmə hallarının retrospektiv epidemiolo;i analizinin aparılmasını məqsədəuyğun hesab etmişik.

TƏDQİQATIN MATERİAL VƏ METODLARI. Hazırkı tədqiqat işinin aparılmasında əsas məqsəd epidemik prosesin çoxillik dinamikada öyrənilməsi və onun dövri dəyişmələrini üzə çıxarmaq olmuşdur. Bunun üçün tədqiqat materialı kimi 1993-2005-ci illərdə şəxsi heyət arasında KBİ ilə xəstələnmə haqqında məlumatlar (forma №85) götürülmüş və statistik üsulla işlənmişdir.



Şək.1. Şəxsi heyət arasında KBİ-nin strukturu

NƏTİCƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ. Şigelyozlar zamanı epidemik prosesin inkişaf qanunauyğunluqlarını öyrənmək üçün çoxillik dinamikada KBİ-nin və şigelyozlarla xəstələnmənin strukturu və dövriliyi müəyyən edilmişdir.

Aşkar olmuşdur ki, 1993-2005-Ci illər ərzində şəxsi heyətin infeksion xəstələnməsinin strukturunda KBİ aparıcı yerlərdən birini tutmuş və ümumi infeksion xəstələnmənin 25,44%-ni (1161 hadisə) təşkil etmişdir. Hərbi qulluqçular arasında aktuallıq kəsb edən şigelyozlar isə

ümumi infeksion patologiyanın 6,67% (305 hadisə), kəskin bağırsaq infeksiyalarının isə 22,65%-ni (263 hadisə) təşkil etmişdir (Şək. 1).

Ayrı-ayrı illərdə şigelyozlarla xəstələnmənin ümumi infeksion patologiyada və KBİ-də paylanması da bu nisbətdə saxlanmışdır (Cədvəl).

Cədvəl

Şigelyozlarla xəstələnmənin xüsusi çəkisi

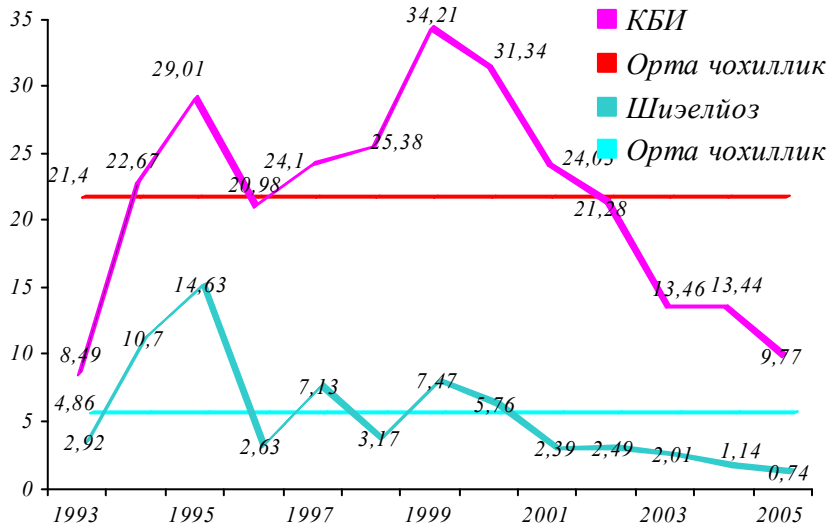
Xüsusi çəki, %	İllər					
	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Ümumi infeksion xəstələnmədə	16,5	22,1	10,6	2,2	7,8	4,1
KBİ-də	34,4	47,2	50,4	12,5	29,6	12,5

Xüsusi çəki, %	İllər						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ümumi infeksion xəstələnmədə	7,1	6,3	2,6	2,4	2,6	1,6	1,0
KBİ-də	18,4	18,4	10,0	11,7	14,9	8,5	7,3

Cədvəldən göründüyü kimi, 1993-cü ildə şigelyozlarla xəstələnmə il ərzində ümumi infeksion xəstələnmənin 16,47%, KBİ-nin isə 34,39%-ni təşkil etmiş və mövsümarası xəstələnmə 0,9, ilboyu xəstələnmənin illik göstəricisi isə 2,92 olmuşdur. 1994-jü ildə ilboyu xəstələnmənin illik göstəricisi 10,7, mövsümarası xəstələnmə 7,4%, mövsüm əlavəsi isə 92,6% olmuşdur, yəni müvəqqəti təsir göstərən faktorların aktivliyi hesabına 1994-cü ildə şigelyozların epidemik prosesi 1993-cü ilə nisbətən daha intensiv olmuşdur. 1995-ci ildə şigelyozlara görə epidemioloji vəziyyət qənaətbəxş olmamışdır. Belə ki, çoxiillik dinamikadan göründüyü kimi, tədqiq olunan illər arasında ən çox xəstələnmə halları bu ilin payına düşmüşdür. 1995-ci ildə ilboyu xəstələnmənin illik göstəricisi 10,7, mövsümlərarası xəstələnmə 6,1%, mövsüm əlavəsi isə 93,9% olmuşdur. Ümumi infeksion patologiya ilə müqayisədə şigelyozlarla xəstələnmə 1993-cü ilə nisbətən 1,6 dəfə, 1994-cü ilə nisbətən isə 2,1 dəfə azalmışdır. Bu ildə şigelyozlarla xəstələnmə hallarının çəkisi 1994-cü ilə nisbətən KBİ ilə müqayisədə 3,2%, 1993-cü illə müqayisədə isə 16,0% artmışdır. 1996-cı ildə şigelyozlarla xəstələnmə hallarının payı kəskin bağırsaq infeksiyalarına münasibətdə 1993-cü ilə nisbətən 21,86%, 1994-cü ilə nisbətən 34,66%, 1995-ci ilə nisbətən isə 37,9% azalmışdır, yəni həmin ildə şigelyozlar zamanı epidemik proses əvvəlki 3 ilə nisbətən zəifləmişdir. 1997-ji ildə isə şigelyozların epidemik prosesinin intensivliyi yenidən aktivləşmişdir. Qeyd olunan ildə dizenteriyanın ümumi infeksion patologiyada və KBİ-da payı müvafiq olaraq 7,79% və 29,59% təşkil etmişdir. Şigelyozların epidemik prosesinin aktivliyi 1998-ji ildə zəifləməyə doğru meyllənmiş və kəskin bağırsaq infeksiyaları içərisində payı 12,49% olmuşdur. 1999-cu ildə dizenteriyanın ümumi infeksion patologiyada payı 7,07%, kəskin bağırsaq infeksiyaları içrəsindəki payı isə 18,38% olmuşdur. 2000-ci ildə şigelyozların epidemik prosesinin aktivliyi nisbi stabil olmuş, 2001-ci ildə isə o, zəifləmişdir. 2002-ci ildə şigelyozların epidemik prosesinin intensivliyi yenidən yüksəlmişdir. 2003-ci ildə şigelyozlarla xəstələnmə səviyyəsinin azalmasına baxmayaraq, onun KBİ arasında xüsusi çəkisi artmışdır. 2004-ci ildə şigelyozlarla epidemik prosesi yenidən zəifləmişdir. 2005-ci ildə şigelyozlarla xəstələnmə halları bir sıra fərqlərin olmasına baxmayaraq, 2005-ci ildə şigelyozların ümumi infeksion patologiyada və kəskin bağırsaq infeksiyaları içərisindəki payı müvafiq olaraq 1,01% və 7,32% olmuşdur. 13 il ərzində KBİ və şigelyozlarla xəstələnmənin çoxillik dinamikasının izlənilməsindən görünür ki, qrafik əyrilər sinxronluqla dəyişir və yalnız fərq 1998-ci ildə müşahidə olunur (Şək.2).

Şəkildən 2-dən göründüyü kimi, şigelyozlarla xəstələnmənin dövri şəkildə artıb-azalması müşahidə olunur. Bu, KBİ zamanı da izlənir. Yəni hər iki halda 2-5 illik interval aydın nəzərə çarpır. Düzdür, 1998-ci ildə KBİ ilə xəstələnmə artdığı halda, şigelyozlarla xəstələnmə, əksinə, azalmışdır. Qalan illərdə isə qeyd olunan qanunauyğunluq öz əksini tapmışdır. Belə ki, xəstələnmə səviyyəsi 1993-cü ildən yüksəlməyə başlayır və 1994/95-ci illərdə də artım tendensiyası davam edir. 1996-jı ildə isə həm KBİ, həm də şigelyozlarla xəstələnmə azalır. KBİ ilə xəstələnmə 1997-ci ildən, şigelyozlarla xəstələnmə isə 1998-ci ildən artıq yeni səviyyədən başlayaraq yüksəlir. 2000-ci ildən etibarən KBİ və şigelyozlarla xəstələnmənin tendesiyası azalmağa başlayır və öyrənilən sonuncu - 2005-ci ilə qədər

davam edərək bu ildə minimum səviyyəyə çatır. Onu da qeyd edək ki, şigelyozlarla xəstələnmənin maksimum səviyyəsi 1995-ci ildə müşahidə olunmuşdur. Belə ki, 13 il ərzində şigelyozlarla xəstələnmənin 23,6%-i məhz bu ilin payına düşmüşdür.



Şək.2. KBİ və şigelyozlarla xəstələnmənin çoxillik dinamikası

Biz epidemik prosesin inkişaf qanunauyğunluqları baxımından 1993-2005-ci illər ərzində qeydə alınmış KBİ və şigelyozların çoxillik orta aylıq dinamikasının müqayisəli araşdırılmasını da məqsədəuyğun saymışıq. Çoxillik dinamikada olduğu kimi, həm KBİ, həm də şigelyozlarla xəstələnmənin çoxillik orta aylıq dinamikası da, demək olar ki, eyni sinxronluqla dəyişmişdir. Hər iki qrafik əyrisinin öyrənilməsi zamanı məlum olur ki, Azərbaycan şəraitində iqlimin istiləşməsi mövsümi amillərin aktivləşməsinə səbəb olur və bunun hesabına xəstələnmə hallarının artımı əsasən may ayından başlayır. Yüksəlməkdə davam edən xəstələnmə hadisələri iyun ayında orta aylıq səviyyəni aşır, mövsüm amillərinin optimal təsir göstərməsi üçün əlverişli şərait yaranır və mövsümilik başlayır. Şəkildən göründüyü kimi, şigelyozlarda maksimum xəstələnmə səviyyəsi iyul ayında pik səviyyəsinə çatmış və növbəti aylarda azalaraq oktyabrda çoxillik orta aylıq səviyyədən az olmuş, sonrakı 2 ayda isə minimal olmuşdur.

Beləliklə, şigelyozların çoxillik dinamikasının təhlili nəticəsində aşkar edilmişdir ki, xəstələnmə səviyyəsi 1999-cu ilə qədər artmağa meylli olmaqla, 2 ilə bərabər dövrilik müşahidə olunmuşdur. 2000-2005-ci illərdə isə o, azalmağa doğru meyllənmiş və dövriliyin bu qanunauyğunluğunun pozulması və dövriliyin 2-5 ildən bir nəzərə çarpması qeyd olunmuşdur. Mövsümilik isə həm KBİ, həm də şigelyozlarda iyunda başlamış və sentyabrda sona yetmişdir, yəni mösümiliyin davametmə müddəti 4 ay olmuşdur.

ƏDƏBİYYAT

1. Александрова О.К., Дубова Л.В., Тетенкова А.А. и др. Клинико-эпидемиологические особенности течения шигеллёза зонне 2g у детей / Юбилейная научная конференция, посвященная 80-летию кафедры микробиологии Военно-медицинской академии и 300-летию основания Санкт-Петербурга. СПб, 2003, с.10.

2. Андрушенко Н.П., Ботушанская В.К. Заболеваемость кишечными инфекциями в Тирасполе и задачи по его снижению / Проблемы эпидемиологии, эпидемиологии и паразитологии. Кишинев, 1987, с.85-86

3. Беляков В.Д. Военная эпидемиология. Л., 1976, 284с.

4. Ершов В.И., Рахманов Р.С. К вопросу о современном состоянии профилактики дизентерии в войсках / Профилактика актуальных инфекционных заболеваний и дизадаптационных расстройств у военнослужащих в современных социально-экономических условиях. Материалы научно-практической конференции. Нижний Новгород, 2000, с.18

5. Изучение и контроль инфекционных болезней. Дизентерия и другие острые кишечные

диарейные заболевания. Указания по диагностике, лечению и профилактике в Вооруженных Силах Российской Федерации. Министерство обороны Российской Федерации. Главное военно-медицинское управление. Москва, 1999.

6. Наркевич М.И., Тымчаковская И.М. Инфекционная заболеваемость в России // Журнал микробиологии, 1997, №3, с.48-52

7. Наркевич М.И., Онищенко Г.Г., Солодовников Ю.П. Состояние заболеваемости и профилактики острых кишечных инфекций в стране // Журнал микробиологии, 1997, №4, с.120-123.

8. Неверова Известия Науки. Здоровье, 2005, №11 О. Бактерия шигелла против человеческого фактора //, с.5-7.

9. Тагизаде Т.А., Кулиева Э.М., Усаковская Л.М. Эпидемиологический надзор кишечными инфекциями в Азербайджанской ССР / Тематический сборник работ санитарно-гигиенического факультета АМУ. Баку, 1990, с.181-184.

10. Ahmed F., Clemens J., Rao M. Epidemiology of shigellosis among children exposed to cases of shigella dysentery: a multivariate assessment // American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 1997, v.56, No 3, p.258-264.

11. Cho S., Kim J., Kim J. et al. Surveillance of bacterial pathogens associated with acute diarrheal disease in the Republic of Korea during one year, 2003 // J. Microbiol., 2006, v. 44, No 3, p.327-335.

12. Ranallo R., Thakkar S., Chen Q., Venkatesan M. Immunogenicity and characterization of WRSF2G11: A second generation live attenuated Shigella flexneri 2a vaccine strain // Vaccine, 2007, v. 25, No 12, p.2269-22678.

13. Schwartz B., Harris J., Khan A. et al. Diarrheal epidemics in Dhaka, Bangladesh, during three consecutive floods: 1988, 1998, and 2004 // Am. J. Trop. Med. Hyg., 2006, v. 74, No 6, p.1067-1073

SUMMARY

THE ANALYSIS A LOT OF YEARS DYNAMICS OF SHARP INTESTINAL INFECTIONS IN ARMED FORCES

S.T.Mamedov

For studying law of development of epidemic process at shigellosis in long-term dynamics the structure of diseases and seasonal prevalence acute intestinal infections (AII) and shigellosis is certain. It has been revealed, that for 1993-2005 in structure infectious morbidity staff AII borrows one of leading places and makes 25,44 % from the common infectious diseases, 22,65 % of sharp intestinal infections. For 13 years a lot of years dynamics of diseases AII and shigellosis varies synchronously and difference appearance only per 1998. As a result of long-term dynamics shigellosis was revealed, that the level of diseases up to 1999 tended to increase and periodicity was equaled 2 years. For 2000-2005 the tendency of decrease in diseases is again revealed and periodicity in 2-5 years is noted.

Daxil olub: 18.10.2008

HIPERBILIRUBINEMIYASI OLAN YENIDOĞULMUŞLARDA BAĞIRSAQ DISFUNKSIYALARI ZAMANI KLINIK IMMUNOLOJI GÖSTƏRICILƏRIN DINAMIKASI VƏ PROBIOTIKOTERAPIYANIN SƏMƏRƏLILIYININ QIYMƏTLƏNDIRILNƏSI

N.A. Hüseynova

K.Y.Fərəcova adına elmi- tədqiqat pediatriya institutu, Bakı

Məlumdur ki, bağırsaq florası orqanizmdə bir sıra vacib funksiyaları, o cümlədən, kolonizasion rezistentliyin və immun tənzimlənmənin təmin olunmasında mühüm rol oynayır [2,3]. Bağırsaq florası həmçinin infeksiyaya qarşı immun cavabı stimullaşdırır. Bağırsağın selikli qişası bütün immunsəlahiyyətli hüceyrələr yerləşən ən böyük immun orqan olmaqla potensial təhlükəli antigenlərin, mikroorqanizmlərin və patogen faktorların immunoloji eliminasiyasında iştirak edir [4,5,6].

Bağırsaq florası yağ və piy mübadiləsində iştirak edir.Mikrofloranın təsiri altında yoğun

bağırsaqda düz bilirubin urobilinogenə çevrilir.Bağırsaq mikroflorasının kəmiyyət və keyfiyyət pozğunluqları zamanı düz bilirubin bağırsaq divarında betta qlükuronidazanın təsiri altında toksik qeyri düz bilirubinə keçir və sarılığın intoksikasion potensialını artırır.Normal bağırsaq florası xolin,öd və yağ turşusu mübadiləsində iştirak edərək dezoksixol turşusu,koprosterin və digər mübadilə məhsulları əmələ gətirir.Əmələ gələn bakterial fermentasiya məhsulları maddələr mübadiləsinə,kalsiuimun,dəmirin və D vitamininin utilizasiyasına müsbət təsir edir. [1]

Bağırsaq mikroflorasının kəmiyyət və keyfiyyət tərkibinin dəyişilməsi bağırsaq mikroekologiyasının disfunksiyası orqanizmdə kompensator-müdafiə mexanizmlərini pozur [7]. Bu səbəb-nəticə kompleksi bir çox patoloji prosesslərin, o cümlədən, infeksion-iltihabi xəstəliklərin inkişafına əlverişli-zəmin yaradır. Perinatal patologiyası olan yenidoğulmuşlarda bu məsələnin dinamik təhlili xüsusi maraq doğurur.

Tədqiqatın MƏQSƏDI hiperbilirubinemiyası olan yenidoğulmuşlarda bağırsaq florasının pozulması zamanı immun sistemdə baş verən dəyişikliklərin öyrənilməsi və probiotikoyerapiyanın səmərəliliyinin qiymətləndirilməsindən ibarət olmuşdur.

TƏDQİQATIN MATERİAL VƏ METODLARI. Qarşıya qoyulmuş məqsədi həyata keçirmək üçün hiperbilirubinemiyası olan 38 uşaq müayinə olunmuşdur.Müayinələr Elmi Tədqiqat Pediatriya İnstitunun bazasında aparılmışdır.

Müayinə üçün seçilmiş yenidoğulmuşlar 2 yarımqrupa bölünmüşdür: 1-ci qrupa disbiozu olan analardan doğulmuş, yenidoğulmuş hemolitik xəstəliyi olan 22 uşaq, 2-ci qrupa isə disbiozu olmayan analardan doğulmuş yenidoğulmuş hemolitik xəstəliyi olan 16 uşaq aid edilmişdir. Fərdi təhlillər zamanı müəyyən edilmişdir ki, anada disbiozun dərəcəsi nə qədər çoxdursa, uşaqda immun göstəricilərin təşəkkülü o qədər ləng baş verir. Bu ləngimə və immun sistemdə olan disbalans yenidoğulmuşların bağırsaq florasının vəziyyətindən asılı olaraq dəyişir.

Biz yenidoğulmuşlarda disbiozun dərəcəsindən asılı olaraq immun göstəricilərdə baş verən dəyişiklikləri təhlil etdik. Alınan nəticələr Cədvəl 1-də təqdim edilmişdir.

Cədvəldən göründüyü kimi istər hüceyrə, istərsə humoral immunitetin göstəriciləri disbiozun ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq dəyişilir. Bu dəyişikliklər T-limfositlərin, T-helperlərin miqdarının və Jq konsentrasiyasının azalması, Jq M və Jq A konsentrasiyaların artması ilə təzahür etmişdir. Daha qabarıq dəyişikliklər 3-cü dərəcə disbiozu olan yenidoğulmuşlarda həm hüceyrə, həm də humoral immunitet göstəricilərində baş vermişdir. Patoloji prosesin xarakterindən asılı olaraq immun göstəricilərdə baş verən dəyişikliklər bir-birindən dürüst seçilmiş və dizbiozun dərəcəsindən asılı olaraq fərqlənmişlər.

Yenidoğulmuşların hemolitik xəstəliyi olan uşaqlarda humoral immunitet göstəricilərlə müşahidə edilən dəyişikliklərin daha qabarıq olması, çox güman ki, patoloji prosesin immun genezli olması ilə əlaqədardır. Jq G dölün qanına ciftdən selektiv transport yolu ilə keçir.Bu qrup yenidoğulanlarda Jq M və Jq A nın artması (Cədvəl 1.) immun sistemin antigen stimulyasiyasının nəticəsi kimi qəbul edilməlidir.

Beləliklə, hiperbilirubinemiyası olan yenidoğulmuşlarda immun göstəricilərin neonatal dövrün dinamikasında təhlili göstərir ki,nəticələr yenidoğulmuşların və analarının bağırsaq florasının vəziyyətindən asılı olaraq dəyişir. Hiperbilirubinemiya zamanı humoral və hüceyrə immunitetinin göstəricilərində baş verən dəyişikliklər disbiozun ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq təzahür edir.

Hiperbilirubinemiya fonunda inkişaf etmiş bağırsaq dizbakteriozu müdafiə bakteriyalarının defisiti və şərti patogen floranın üstünlüyü ilə müşahidə olunur.

Hiperbilirubinemiyası olan yenidoğulmuşlarda bağırsaq mikroflorası pozğunluqlarının probiotiklərlə korreksiyasının klinik-mikrobioloji və immunoloji əsaslandırılmaq üçün seçilmiş yenidoğulmuşlar 3 qrupa bölünmüşlər:

1-ci qrupa laktobakterin (5doza gündə 3 dəfə) almış yenidoğulanlar (uşaq), 2-ci qrupa asidofilus alan yenidoğulmuşlar (12 uşaq), 3-cü qrupa antibiotikoterapiya fonunda asidofilus almış yenidoğulmuşlar (10 uşaq) aid edilmişdir.

Probiotikoterapiyanın kliniki səmərəliliyinin meyarları kimi uşaqların ümumi vəziyyəti, disfunksional pozğunluqların dinamikası və nəcisin xarakteri qiymətləndirilmişdir.

Hiperbilirubinemiyası olan yenidoğulmuşlarda bağırsaq dizbakteriozunun probiotiklərlə müalicəsi zamanı mikroflora bakteriyalarının miqdarı şəkil-1 də verilmişdir.

Şəkildən göründüyü kimi hiperbilirubinemiya fonunda inkişaf etmiş bağırsaq dizbakteriozu müdafiə bakteriyalarının defisiti və şərti patogen floranın üstünlüyü ilə müşahidə olunur.

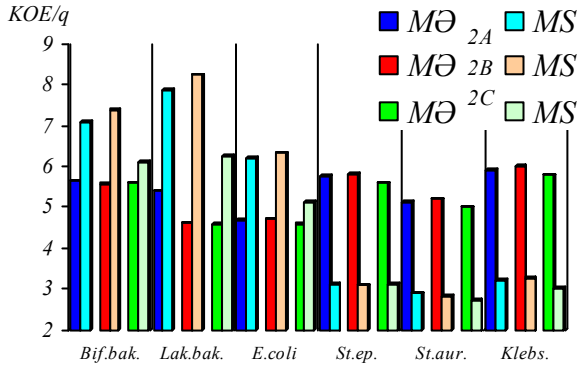
Aerob biosenozun bütün müayinə olunan yenidoğulmuşlarda pozulması – şərti patogen floranın (Klebsiella, St. epider., St. aureus) yüksək səviyyədə olması qeyd olunmuşdur. Qeyd etmək lazımdır ki, bu floranın həm miqdarı (KOE/q), həm də aşkaredilmə tezliyi hər 3 yarımqrupda yüksək səviyyədə olmuşdur.

Cədvəl 1

Hiperbilirubinemiyası olan yenidoğulmuşlarda immun göstəricilərin disbiozun ağırlıq dərəcəsindən asılı olaraq vəziyyəti

Qruplar	İmmun göstəricilər	Disbiozun dərəcəsi		
1		|	||	|||
	T-Limfosit	51,6 (45-56)	49,0 (42-54)	48,2 (42-52)
(n=22)	T-helper	36,8 (31-40)	35,0 (30-39)	34,0 (30-39)
	T-supressor	14,8 (11-18)	14,0 (10-19)	14,2 (10-20)
	İTƏ	2,48	2,50	2,39
	B-Limfosit	14,0 (10-20)	13,6 (10-19)	13,2 (10-19)
	Ig G	3,56 (2,89-4,41)	3,42(2,76-4,22)	3,16 (2,51-3,96)^
	Ig M	0,38 (0,24-0,42)	0,46 (0,35-0,51)^^	0,42 (0,34-0,50)
	Ig A	0,32 (0,21-0,39)	0,32(0,21-0,38)	0,37 (0,28-0,44)
2	T-Limfosit	51,8 (46-58)	49,5 (45-54)	48,8 (44-52)
	T-helper	37,4 (32-42)	35,6 (30-40)	35,0 (31-39)
(n=16)	T-supressor	14,4 (10-19)	13,8 (10-19)	13,0 (10-18)
	İTƏ	2,59	2,57	2,69
	B-Limfosit	15,0 (11-20)	14,6 (10-19)	14,0 (10-18)
	Ig G	3,72 (2,91-4,10)	3,58 (2,70-3,90)	3,32 (2,46-3,70)^
	Ig M	0,50 (0,32-0,46)	0,58 (0,35-0,68)	0,54 (0,38-0,62)
	Ig A	0,39 (0,21-0,46)	0,44 (0,28-0,56)	0,49 (0,28-0,58)^^

Qeyd:Fərqin statistik dürüstlüyü: ^-p_0 <0,05; ^^- p_0 <0,01; ^^^- p_0 <0,001 –1-3 günün göstəricilərilə müqayisədə



Şək.1. Hiperbilirubinemiyası olan yenidoğulmuşlarda bağırsaq dizbakteriozunun probiotiklərlə müalicəsi zamanı mikroflora bakteriyalarının miqdarı

Probiotikoterapiya fonunda aparılmış təkrar müayinənin müqayisəli təhlili zamanı bağırsaq mikroflorasında normallaşma müalicənin 10-cu günü qabarıq müşahidə edilmişdir. Belə ki, floranın anaerob komponentində - xüsusi ilə laktobakteriyaların miqdarı və rastgəlmə tezliyində bu fərq daha qabarıq nəzərə çarpmışdır (Lg 8,25±0,29 KOE/q, 91,6%). Görünür, belə müsbət təsir asidofillus preparatının kompleks laktobacillus komponentlərinə malik olması ilə əlaqədardır. Lakin antibiotiklər almış uşaqlarda (3-cü qrup) bu səviyyə xeyli aşağı olmuşdur (Lq6,26±0,32 KOE/q; 60%) ki, bu, görünür, antibiotiklərin bağırsaq florasına "öldürücü" təsir etməsi ilə əlaqədardır.

Qeyd etmək lazımdır ki, antibakterial terapiya almış uşaqlarda bağırsaq florasının formalaşması xeyli ləngimiş, probiotikoterapiya kursundan sonra normobiosenoz heç bir uşaqda müşahidə edilməmişdir, onlarda stabil kliniki səmərə qeyd olunmamışdır.

Asidofilus almış yenidoğulmuşlarda şərti patogen floranın hər 2 yarımqrupda (2və3-cü qrup) eyni səviyyədə olması antibakterial preparatlardan istifadə etməyin heç bir əsası olmadığını bir daha sübut edir. Bununla yanaşı antibiotikoterapiya almış uşaqlarda bifidoflorada baş verən defisit uşaqların asidofilus preparatı almasına baxmayaraq, yenidoğulma dövrünün sonuna kimi (28-30-cu gün) davam etmişdir (Lg 6,10±0,35 KOE/q, 50,0%).Bu qrup uşaqlarda həmçinin kliniki statusda qeyri stabillik müşahidə edilmişdir. Qeyd olunanlar, çox güman ki, bağırsaq dizbakteriozu zamanı immun sistemdə gedən dəyişikliklə əlaqədardır.

Probiotikoterapiyadan sonra 3-cü dərəcə disbioz müşahidə edilməmiş, 2-ci dərəcə disbioz isə Laktobakterinlə müalicədən sonra 2,1 dəfə, asidofilusla müalicədən sonra sonra 4 dəfə azalmışdır.

Probiotik təyin edilənə qədər- bağırsaq disfunksiyaları əlamətləri (diareya, metiorizm**,** qaytarma, qusma, kəskin narahatlıq) qeyd olunmuş, nəcisin yaşılımtıl olması, selikli,tərkibində həzmolunmamış qida qarışıqlarının olması müşahidə edilmişdir.

Məlumdur ki, bifidobakteriyalar patogen və şərti patogen bakteriyalara qarşı antoqonist təsir göstərir və bağırsaq mikroflorasını normallaşdırır.

Normobiosenozun bərpa olması asidofilus ilə müalicədən sonra 62,5% uşaqda müşahidə edilmişdir ki, bu orqanizmin qeyri-spesifik rezistentliyinin artmasına səbəb olmuş vəziyyət kimi qəbul edilməlidir.

Laktobakterin və asidofilusun müqayisəli öyrənilməsi zamanı müəyyən edildi ki, bağırsaq disbiozunu korreksiya etmək məqsədi ilə istifadə olunan probiotiklər əsasən əvəzedici təsir göstərir, bağırsaqda kolonizasiya prosesini yaxşılaşdırır, şərti patogen floranın inkişafını ləngidir.

Beləliklə, hiperbilirubinemiyası olan yenidoğulmuşlarda probiotikoterapiyadan sonra bağırsaqda aşağıdakı kolonizasiya xüsusiyyətləri qeyd olundu: bifido. və laktobakteriyaların aşkaredilmə tezliyi və miqdarı tez artdı, adi eşerxiyaların populyasiya səviyyəsi normallaşdı və rastgəlmə tezliyi azaldı; bifidobakteriyaların olmaması və ya defisiti ilə əlaqədar yaranan bağırsağın disbiotik vəziyyəti kəskin azaldı.

Hiperbilirubinemiyası olan yenidoğulmuşlarda bağırsaq dizbakteriozunun probiotiklərlə müalicəsi zamanı immun sistemdə baş verən dəyişikliklərin dinamikasına nəzər salsaq hər 3 yarımqrupda immun sistemdə baş verən dəyişikliklər probiotikoterapiyadan əvvəl bir-birindən fərqlənməmiş, T-limfositlərin, T-helperlərin, B-limfositlərin, JqG-nın azalması, T-supressorların, Jq M, Jq A-nın səviyyələrinin artması ilə müşahidə edilmişdir.Bu istər hüceyrə, istərsə də humoral immunitetin formalaşmasında bağırsaq florasının mühüm rol oynadığı bir daha təsdiq edir.

Probiotikoterapiya fonunda immun göstəricilərdə baş verən dəyişikliklər hər 3 qrupda eyni istiqamətli və xarakterli olmuşdur; müqayisədə daha qabarıq pozitiv dəyişikliklər – T-limfositlərin, T-helperlərin, B-limfositlərin və Jq G-nın artması, Jq M və Jq G-nın azalması müşahidə olunmuş, müalicədən əvvəlki eyniadlı göstəricilərlə müqayisədə dürüst fərqlənmişdir .

Beləliklə, apardığımız tədqiqatın nəticəsi göstərir ki, yüksək dozada laktobakterin və asidofilus eyni dərəcəli kliniki-mikrobioloji və immunoloji səmərə verir.

ƏDƏBİYYAT

1. Копанев Ю.А., Соклолов А.Л. Дисбактериоз кишечника микробиологические и клинические аспекты микроэкологических нарушений у детей.- М., 2002, 168с.

2. Самсыгина Г.А.,Савелева Г.М.,Коноиляников А.Г.Характеристика иммунного ответа плода в перинатальном периоде жизни в норме и при патологии.Материалы конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии.- М., 2002, с.91-92

3. Шендеров Б.А.Медицинская микробная экология и функциональное питание.- М., 2001, т 3, 221с.

4. Щербакова Э.Г.,Баранов А.А.,Дорофейчук В.Г.Бифилиз в комплексном лечении и профилактике дисбактериоза кишечника (пособие для врачей).- М., 2000, 44с.

5. Delneste Y., Donnet-Hughes A., Schiffrin E.J. Mechanisms of Action on Immunocompetent cells // Nutr.rev., 1998, p93-98

6. Martin L.G.,Brambrink A.M.Lehmannc.Hypoksiya,ischemia canses abnormalities in glutamate transporters and death of astroglia and neurous in newborn striatum // Annals of neurology., 1997, v.42; N3, p.335-348.

7. Rusch V.Ottendorfer D.et al Erqebnise einer offenen,nicht placebo-kontrollerten. Studien zu Untersuchungen des immunomodulatorichen Potentials von Autovaccine // Arznemitel-forsch Druq Res., 2001, v.51, p. 690-697

SUMMARY
DYNAMICS OF THE CLINICAL IMMUNOLOGICAL INDICATORS AND EVALUATION OF THE EFFICACY OF THE ROBIOTICOTHERAPY IN HYPERBILIRUBINEMIC NEWBORNS WITH INTESTINAL DISFUNCTION
N.A Huseynova

Quantitative and qualitative changes of intestinal flora and dysfunction of the intestinal microecology depletes organism's compensator-defense reserves. This issue is particularly important in the newborns with perinatal pathology. The goal of the research was the analysis of immune system changes and evaluation of the probioticotherapy in the hyperbilirubinemic newborns with intestinal dysfunction. To achieve this goal we observed 38 newborns with hyperbilirubinemia. Research was entirely performed at the Scientific Research Pediatrics Institute basis. Newborns were divided into 2 groups. The first group consisted of 22 newborns with hemolytic disease born from mothers with intestinal dysbiosis. The rest 16 newborns also were suffering from hemolytic disease but they were born form mothers with no known intestinal pathology. Changes of the indicators of immune system were clearly depending on the severity of intestinal disbiosis.

We investigated the changes of the immune system under the treatment of intestinal dysbactriosis with probiotics in the newborns with hyperbilirubinemia. In all semi groups were the decrease in the numbers of T-lymphocytes, T-helpers, B-lymphocytes, IgG-level and the increase in the numbers of T-supressors, IgM and IgA levels before the treatment with probiotics were started. With the probioticotherapy we observed the increase in the numbers of T-lymphocytes, B-lymphocytes as well as IgG levels. IgM and IgA levels reduced with the treatment. The results confirm the importance of intestinal micro flora in the development of cell and humoral immunity.

As a result of our investigation we can conclude that lactobacterin and asidofilus in high doses are associated with the clinical- microbiological and immunological efficacy.

Daxil olub: 08.09.2008

УРОВЕНЬ И ТЕНДЕНЦИИ АБОРТОВ СРЕДИ ЖЕНЩИН СОЦИАЛЬНО-УЯЗВИМЫХ ГРУПП

Г.Дж.Бейшенбиева
Кыргызская Государственная медицинская академия, г. Бишкек

Большие социальные и экономические изменения, происшедшие за последнее десятилетие в Кыргызской Республике, как и во всех странах СНГ, оказали влияние на все аспекты жизни, в том числе и на здоровье населения. Наша страна до настоящего времени переживает период становления, который сопровождается кризисом социальной, политической и духовной сфер и испытывает значительные социально-экономические проблемы. В таких условиях больше всего страдают женщины и дети, как наиболее уязвимые слои населения [1, 2,5,9]. Несмотря на ряд мер, предпринимаемых в Кыргызстане по развитию служб охраны здоровья матери и ребенка, а также улучшения качества и доступности медицинских услуг, вопросы охраны репродуктивного здоровья женщин республики остаются весьма актуальными [2,4,8]. Сейчас наиболее острыми проблемами женщин Кыргызстана являются бедность, проблемы сельских женщин и внутренней миграции [1,2,4,8]. В настоящее время 45,9% населения республики живет ниже черты бедности, причем уровень бедности сельского населения составляет 55%, а городского – 28,3%. Известно, что в условиях крайней бедности на селе проживает 16,9%, а в городе – 6,9% населения. Кроме того, в стране имеется высокая дифференциация по регионам республики – если в Чуйской области бедными являются 21,7% жителей, то в Баткенской области – 77,8 %, причем уровень крайней бедности в этой области составляет 33,7% [4,5].

Необходимо отметить, что, несмотря на стойкую тенденцию к снижению уровня абортов в республике, они продолжают оставаться одним из основных методов регулирования рождаемости. Своевременное и надежное применение эффективных контрацептивных методов может предотвратить большинство абортов, но уровень информированности населения о методах контрацепции и принципах планирования семьи остается низким [3,6,7].

Искусственный аборт остается важнейшей составной частью планирования семьи, иногда становится единственным средством регулирования рождаемости и контроля фертильности женщин из социально-уязвимых групп населения. Основные причины, приводящие к нежелательной беременности и аборту у этой категории женщин в современных условиях – это недостаточное сексуальное и контрацептивное образование, отсутствие или недоступность средств контрацепции, отсутствие доступа к службам планирования семьи [7,8,9]. Все эти негативные явления, безусловно, являются причиной роста числа заболеваний репродуктивной системы у женщин, особенно социально-уязвимых слоев населения и жительниц сельской местности.

ЦЕЛЬЮ данного исследования было изучение уровня и анализ тенденций абортов среди женщин социально-уязвимых групп населения, а также доступности и применения ими методов контрацепции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Было обследовано 1805 женщин детородного возраста (18 – 49 лет), жительниц сельской местности Южного региона Кыргызстана, 580 из которых являлись внутренними мигрантами, временными жительницами г. Бишкек. Нами проводился опрос женщин с заполнением специально разработанной анкеты, состоящей из блока вопросов относительно их социального статуса, менструальной и детородной функции, репродуктивного поведения, количества и мотивации к аборту и послеабортных осложнениях. Выяснялся репродуктивный анамнез женщин, их контрацептивный выбор в прошлом и настоящем, а также доступность медицинской помощи, в том числе, и в области охраны репродуктивного здоровья.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Как известно, большое влияние на состояние здоровья женщин, в том числе и репродуктивного, оказывают особенности их социально – биологического статуса, уровень образования, состояние условий проживания, этническая принадлежности женщины и т.д. [7,8,9]. Например, число беременностей, завершившихся абортами, возрастает по мере роста уровня образования женщины. Проведенное нами исследование показало, что возрастной состав респонденток выглядел следующим образом – женщин в возрасте от 18 до 24 лет было 23%, от 25 до 29 лет – 22%, от 30 до 34 лет – 23%. Женщины возрастной группы 35-39 лет составили 18%, а 40 - 44 лет – 14% из числа опрошенных. Национальный состав опрошенных женщин был таковым: 59% составили кыргызки, 35,4% - узбечки, 2,4% - таджички и другие – 4,2%. Все женщины на вопрос о религиозной принадлежности указали на мусульманство. Анализ уровня образования этих женщин показал, что среднее образование имели 71.7% опрошенных, средне-специальное – 18,8%, высшее – 8,3%, а 1,2% их них не имели образования. Выяснение наличия индуцированного аборта в анамнезе женщин репродуктивного возраста показал, что у 23,5% жительниц села и внутренних мигрантов имели один или более абортов, причем количество женщин производивших аборт в течение жизни возрастает с возрастом. Так, если среди женщин в возрасте 20 – 29 лет аборт был произведен у 24,2% опрошенных, то у женщин старше 35 лет этот показатель равен уже 55%. Более двух абортов в анамнезе имели 53,7% респонденток. Проведенный опрос женщин показал, что все аборты им производились в медицинских учреждениях, причем 67,3% абортов было произведено методом выскабливания полости матки, остальные же - методом вакуум-аспирации в малых сроках.

Нами определялся повозрастной и суммарный коэффициент абортов у данной категории женщин. Повозрастной коэффициент абортов, рассчитанный на 1000 женщин, позволяет прогнозировать аборты у них в каждой возрастной группы в течение одного года. Он выглядел следующим образом: в возрастной группе 20 – 24 года он составил 39 на 1000, в группе 25 – 29 лет – 55 на 1000 и 81,3 на 1000 в возрастной группе 30 – 34 год. У женщин старше 35 лет этот коэффициент постепенно снижается. Суммарный коэффициент абортов, который отражает количество абортов, которые женщина могла бы иметь в течение всего своего репродуктивного периода, рассчитывался с применением повозрастного коэффициента на одну женщину. Для женщин, внутренних мигрантов и жительниц сельской местности суммарный коэффициент абортов составил 1,26 аборта на одну женщину, но имелись различия в его значении в зависимости от этнической принадлежности. Так у узбечек и таджичек он был равен 1, тогда как у кыргызок – 1,7.

О тенденциях искусственного прерывания беременности можно судить, сопоставляя значения суммарных коэффициентов абортов женщин молодого возраста с таковым у женщин

в возрасте старше 45 – 49 лет. В наших исследованиях у женщин старшей возрастной группы он составил 1,57. Это позволяет сделать вывод о стабильности уровней абортов за последние десятилетия.

Изучение вопроса использования какого-либо метода контрацепции в прошлом и в настоящем, а также использовании его до произведенного аборта показало, что 20,5% женщин применяли методы предохранения от нежелательной беременности. Причем в большинстве случаев (75,2%) это были такие методы контрацепции как прерванный половой акт, спринцевание или календарный методы, которые, как известно, не являются высокоэффективными и относятся к традиционным методам. Остальные 24,8% респонденток использовали современный метод контрацепции, в основном ВМС – 5,8% и презерватив – 5.1%.

Таким образом, проведенное нами исследование уровня и тенденций абортов в современных условия среди женщин, жительниц сельской местности и внутренних мигрантов, показало, что почти каждая четвертая женщина имела аборт в анамнезе, а каждая вторая – более двух. Причем количество женщин, когда-либо производивших аборт, возрастает среди женщин старших возрастных групп. Все аборты были произведены в медицинских лечебных учреждениях. Согласно повозрастному коэффициенту, прогноз возможности абортов у этих женщин возрастает, достигая максимума к 30 годам, затем постепенно снижается. Анализ суммарного коэффициента абортов указывает на стабильность их уровня среди них в течение последних двух десятилетий. Для женщин, жительниц села и внутренних мигрантов характерен относительно низкий уровень использования современных средств контрацепции, среди которых предпочтение отдается ВМС. Эта категория женщин недостаточно охвачена квалифицированной акушерско-гинекологической помощью, что требует проведения комплексного медицинского обследования и осмотров женщин с последующим их оздоровлением и диспансеризацией.

Женщины, жительницы села и внутренние мигранты, должны также иметь доступ к службам планирования семьи и источникам информации по планированию семьи и контрацептивной технологии. Проводимая в Кыргызстане реформа системы здравоохранения должна быть направлена на обеспечение женщинам, проживающим в сельской местности, доступного и всеобъемлющего медицинского обслуживания на протяжении всей жизни с акцентом на комплексные клинические услуги и экономически эффективные стратегии пропаганды здорового образа жизни, профилактики заболеваний с реализацией принципов первичной помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Выполнение ЦРТ в здравоохранении Кыргызской Республики. Ситуационное исследование. Всемирный Банк, 2005г. 1 вариант.

2. Кыргызская Республика. Развитие роста для содействия преодолению бедности. Доклад № 24638 – KG. Документ Всемирного Банка

3. Лечение осложнений при аборте в учреждениях здравоохранения. Практическое руководство. Программа охраны здоровья матери и безопасного материнства, 1996.

4. Национальная стратегия по охране репродуктивного здоровья населения КР. Бишкек, 2006,31с.

5. «Население Кыргызстана» Итоги первой национальной переписи населения Кыргызской Республики – Бишкек, 2000 г. - 182 с.

6. Планирование семьи. Универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи. ВОЗ. Институт им.Дж.Хопкинса, 2008. - 489 с.

7. Чарльз Ф.Вестофф, Шарманов А.Т., Джереми М.Салливан Замена аборта контрацепцией в трех республиках Центральной Азии // Макро Интернэшл Инк., 1998, 57 с.

8. DHS Analytical Studies 1.- Calverton, MD: ORC Macro, 2000.

9. Charles F. Westoff et all. Replacement of Abortion by Contraception in Three Central Asian Republics.- Calverton, MD: Policy project and Macro International, 1998

SUMMARY

LEVEL AND TENDANCY OF ABORTIONS IN SOCIALLY VULNERABLE GROUPS

G.J.Beishenbieva

To find out a level and tendency of abortions in socially vulnerable groups, a survey of 1805

women at childbearing age (from 18 to 49), coming from rural areas, was conducted. 580 of these women were internal migrants, temporarily living in Bishkek. It was established that substantial majority of survey participants were Kyrgyz and Uzbek, who had Muslim beliefs. Almost every fourth women had an abortion in anamnesis, and every second - more than two abortions. The abortion forecast of these women increases, reaching its maximum by the age of 30. It was established that the usage of modern contraceptive remedies is minimal, and usually the preference is given to intrauterine devices.

Daxil olub: 24.10.2008

TIBB XIDMƏTLƏRININ ISTEHSALÇILARININ MARKETINQƏ MÜNASIBƏTLƏRININ SƏCIYYƏLƏRI

L.M.Tağızadə
Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət həkimləri təkmilləşdirmə institutu, Bakı

İqtisadiyyatın bütün sahələrində olduğu kimi səhiyyədə də xidmətlərin istehsalı və istehlakı proseslərinin təşkili inkişafin əsas şərtlərindən biridir.Marketinq məvhumu ilə ifadə olunan bu fəaliyyətin elmi bazası marketinq nəzəriyyəsidir. İnkişaf etmiş bazar iqtisadiyyatına malik ölkələrdə marketinq tədris olunur və xüsusi modellər əsasında tənzimlənir [1,4]. Bu sahədə ciddi problemlər bazar iqtisadiyyatına keçid mərhələsində olan ölkələrdə, xüsusən "postsovet məkanı" kimi tanınan ölkələrdə , o cümlədən Azərbaycan Respublikasında mövcuddur.Planlı iqtisadiyyat modeli hesab edilən sovet iqtisadiyyatında tibb xidmətlərinin istehsalı və istehlakı ayrı –ayrı qurumlar tərəfindən həyata kecirilirdi. İlk növbədə bütün sahələr üzrə perspektiv inkişafın konsepsiyası müvafiq struktura malik olan (səhiyyə bölməsi) dövlət planı komitəsində hazırlanırdı və planlaşdırma ücün əsas nəzarət göstəriciləri müəyyən olunurdu. Bu işin əsasında bazar iqtisadiyyatı ücün səciyyəvi olan tələb və təklifin uyğunlaşdırılması prinsipi dururdu. Hərcənd ki, güclü bürokratiya və partokratiya idarəçiliyi mühitində səhiyyədə tələb və təklifin tarazlığı qalıq prinsipi ilə maliyyələşdirildiyinə görə cətinləşirdi.

Bazar iqtisadiyyatına planlı iqtisadiyyatdan kecid mürrəkəb prosesdir, cünki tibb xidmətlərinin hamı ücün mümkünlüyü ali və alternativi olmayan bir prinsipi tibb xidmətlərini şəxsi vəsaiti hesabına almaq prinsipinə sosial gərginlik yaratmadan əvəz etmək mümkün deyil. Ona görə də əksər postsovet ölkələrində sovet səhiyyə modelinin əsas elementləri saxlanılır, amma özəl səhiyyənin inkişafına müəyyən təkan yaradılır. Mövcud qanunvericiliyə görə özəl səhiyyə sisteminin inkişafı ücün ciddi dövlət yardımı nəzərdə tutulmamışdır. Bununla yanaşı dovlət və özəl səhiyyənin sağlam rəqabəti ücün bərabər şərait mövcud deyil. Tibb müəssisələrinə, tibbi avadanlığı , səhiyyədə calışan mütəxəssislərə, onların attestasiyasına, sertifikatlaşmasına, lisenziya verilməsinə aid dövlət srtandartlarının olmaması və ya qeyri-mükəmməlliyi özəl səhiyyənin inkişafını məhdudlaşdırır, burokratik əngəllərin artmasına səbəb olur. Ona görə də əksər hallarda özəl səhiyyə sistemi kortəbii formalaşır, bazarın şərtlərinə uyğun olmur, burokratik idarə modelinin tələblərinə müvafiq istiqamətlənir. Qeyd olunan cətinliklərdən biri də tibb xidmətlərinin istehsalcıları olan mütəxəsisslərin bazar iqtisadiyyatı şəraitində rəqabət qabilliyyətli yardımın təşkili ücün bilik və bacarıqlarının kifayət qədər olmamasıdır. Bu istiqamətdə aparılan tədqiqatlar göstərir ki, özəl sektorda calışan mütəxəssislərin ixtisas səviyyəsi yüksək deyildir [5]. Onların iqtisadi bilikləri məhduddur, xidmətlərin dəyərinin yaranma mexanizmini bilmirlər [6]. Bəziləri hesab edirlər ki, ödənişli səhiyyə sistemi əsasən müəssisələrin maddi-texniki bazasını yaxşılaşdırmağa imkan yaradır [7]. Məlumat verilir ki, bəzi hallarda özəl sektorun maddi –texniki bazası dövlət sturkturundan geri qalır [3,2]. Beləliklə, tibb xidmətlərinin istehlakcıları bazar iqtisadiyyatında uğurlu fəaliyyət ücün kifayət qədər hazır deyillər. Bizim ölkəmizdə səhiyyədə marketinq problemi praktiki olaraq öyrənilməmişdir. Bu istiqamətdə planlaşdırdığımız müşahidələr mövcud problemləri aşkar etməyə imkan verir. Təqdim etdiyimiz bu məqalənin MƏQSƏDİ tibb xidmətləri istehsalcılarının bazar iqtisadiyyatı şəraitində fəaliyyəti ücün vacib olan bir sıra sosial səciyyələrinin təhlilindən ibarətdir.

TƏDQIQATIN MATERIALLARI VƏ METODLARI**.** Müşahidə vahidi kimi dövlət özəl

səhiyyə sistemində calışan tibb mütəxəssisi qəbul edilmişdir. Eyni sayda (hər sektorda 135 mütəxəssis) mütəxəssisin bir sıra sosial səciyyələri sorğu metodu ilə alınmış və keyfiyyət əlamətlərinin statistik metodları ilə təhlil olunmuşdur [8].

ALINMIŞ NƏTICƏLƏR VƏ ONLARIN TƏHLILI. Alınmış nəticələrin ümumi kəmiyyət göstəriciləri cədvəldə verilmişdir. Dövlət və özəl səhiyyə sistemi mütəxəssislərinin ixtisas üzrə staja görə bölgüsünün müqayisəsi göstərir ki, onlar arasında statistik dürüst fərq əsasən 5 ilə qədər staji olan mütəxəssislərin xüsusu cəkisi ilə bağlıdır: dövlər səhiyyə sistemində iş yerləri məhdud olduğuna görə və mövcud ştatların tutulması ilə bağlı gənc mütəxəssislərin işlə təmin olunması cətinləşir və nəticədə onlar özəl sektorda fəaliyyətə başlayırlar. Təcrübəli mütəxəssislərin (stajı 11 ildən yuxarı) xüsusi cəkisi hər iki sektorda bir-birinə yaxındır (45,9 ±4,3% dövlət müəssisələrində, 51,1 ± 4,3% özəl müəssisələrdə)

Dövlət və özəl səhiyyə sisteminin mütəxəssisləri bir-birindən yaş tərkiblərinə görə də ciddi fərqlənirlər. Belə ki, özəl sektorda gənc (30 yaşa qədər) mütəxəssislərin (müvafiq olaraq 29,6%±3,9% və 16,3±3,2%), dövlət sektorunda isə 50 yaşdan yuxarı şəxslərin (müvafiq olaraq 37,8± 4,2 və 11,9± 2,9%) xüsusi cəkisi yüksəkdir.Diqqəti cəld edən cəhətlərdən biri də odur ki, özəl sektorda 30-39 yaşlı mütəxəssislərin payı nəzərə carpan dərəcədə coxdur(müvafiq olaraq1 40,0± 4,2 və 23,7± 3,7%, p< 0,08)

Tibb mütəxəssislərin fəaliyyətinin keyfiyyəti ücün vacib şərtlərdən biri onun müəssisədə daimi işci kimi əsas iş yerinə malik olmasıdır. Əsas iş yerində mütəxəssisin bilik və bacarıqlarının təkminləşdirilməsi, iş həcminin optimallaşdırılması və müalicə prosesinin vərəsəciliyi, sistemliyi, tamlığı ücün daha geniş imkanlar mövcud olur. Əvəzcilik üzrə işləyən mütəxəssislərdən mütamadi istifadə etmək imkanları məhduddur. Aldığımız materiallar göstərir ki, özəl sektorda əvəzciliklə işləyənlərin xüsusi cəkisi (44,4± 4,3%) dövlət sektoru ilə müqaisədə (11,9±2,9%) 3 dəfədən artıq yüksəkdir.Bu onunla izah olunur ki, hələlik özəl sektor yüksək ixtisaslı mütəxəssislər ücün kifayət qədər cəlbedici və etibarlı hesab edilmir. Dövlət sektorunda həmin mütəxəssislərin qeyri –leqal gəlir qazanmaq imkanı daha coxdur. Bu gəlirlər vergi nəzarətindən kənar olur, əsasən xalis gəlir kimi mütəxəssislərə qalır. Ona görə də özəl sektor onları əsas işci kimi cəlb edə bilmir. Gələcəkdə dövlət sektorunda nəzarətin güclənməsi, qeyri – leqal gəlirlərin məhdudlaşdırılması ücün tədbirlətin aparılması dövlət sektorunun kadr potensialının zəifləməsinə, ixtisaslı mütəxəssislərin özəl sektora axınına səbəb ola bilər.

Mütəxəssislərin ödənişli tibb xidmətlərinə münasibətinin araşdırılması göstərir ki, dövlət sektorunda 43,0±4,3%, özəl sektorda isə yalnız 7,4± 2,3% şəxs buna mənfi münasibət nümayiş etdirir. Ödənişlı tibb xidmətlərinin genişləndirilməsini vacib sayan respondentlərin xüsusi cəkisi özəl sektorda (52,6±4,3%) dövlət sektoruna nisbətən (23,7±3,7%) 2 dəfədən coxdur. Beləliklə, hələlik həm dövlət, həm də özəl sektorda calışan mütəxəsisslərdə ödənişli tibb xidmətləri barəsində vahid fikir formalaşmamışdır. Bu onunla izah edilir ki, ölkəmizdə mövcud olan ödənişlı tibb xidmətlərinin təşkili optimal deyildir, vətəndaşların xidmət haqqı ödəməsi imkanlarının məhdudluğu tibb işcilərinə bəllidir. Tibbi siğorta modeli tətbiq olunsa vətəndaşlar birdəfəlik (müalıcə -müayinə zərurəti yarandıqda) böyük məbləğdə ödənişdən azad olar və nəticədə, özəl səhiyyənin maddi və mənəvi əsaslarla fəaliyyəti ictimai fikrin qınağına cevrilməz. Belə olan halda tibb xidmətləri istehlakcılarının ödənışlı səhiyyə modelinə münasıbəti dəyişə bilər.

Özəl sektorun inkişafına mane olan amillərin aşkar olunması ücün qoyulmuş sualların cavabları bir necə problemin aktuallığını əks etdirir. Belə ki, özəl səhiyyədə təcrübəsi olan, problemlərlə bilavasıtə işləyən mütəxəssislərin böyük qismi (özəl sektorda 37,0±4,2%) hesab edir ki, qanunvericilikdə olan boşluqlar özəl səhiyyənin inkişafına maneəçilik yaradır.

Bürokratiyanın özəl səhiyyənin inkişafındakı zərərli rolunu həm dövlət sektorunun, həm də özəl sektorun mütəxəssislərinin böyük əksəriyyəti qeyd edirlər (müvafiq olaraq 43,0±4,3 və 5,6±3,7%).

Özəl sektorun inkişafını əngəlləyən bir necə amil barədə dövlət və özəl sektoru mütəxəssislərinin bir-birinə cox yaxındır. Belə ki, onların müvafiq olaraq 23,7± 3,7 və 25,2 ±3,7%-i belə hesab edir ki, əhalinin ödənişli tibb xidmətləri barədə məlumatı kifayət deyil, 47,4±4,3 və 37,0±4,2% mütəxəssis isə ictimai fikrin neqativ yönümünü ciddi təhlükə kimi qiymətləndirir. Əhalinin maddi durumu ilə bağlı özəl sektorun inkişafının ləngiməsi

mütəxəssislərin böyük qismi qəbul edir,amma bu fikrin tərəfdarları dövlər sektorunda (69,6±4,0%) özəl sektora nisbətən (53,3 ±4,3%)daha coxdur. Özəl sektorun inkişafına mane olan amilləri tibb mütəxəssislərinin fikrinə görə sıralasaq onların ardıcıllığı dövlət sektorunda (əhalinin kasıblığı, ictimai fikrin neqativliyi, bürokratiya əngəlləri, əhalinin məlumatsızlığı, qanundakı boşluqları), özəl sektorundan (bürokrasiya əngəlləri, əhalinin kasıblığı, ictimai fikrin neqativliyi, qanundakı boşluqlar, əhalinin məlumatsızlığı) ciddi fərqlənir.Bu onu göstərir ki, artıq tibb işciləri arasında iqtisadi və ictimai münasibətlərə yanaşmaya görə fərqli qruplar formalaşır və xüsusi təbəqələşmə ücün baza yaranır. Gələcəkdə bu istiqamətdə yaranan fərqli münasibətlər konflikt mənbəyinə cevirilə bilə və iki sektorun qeyri-sağlam rəqabəti ücün yol acar. Bunu nəzərə alaraq tibb mütəxəssislərinin marketinq sahəsində bilik və bacarıqlarını təkmilləşdirməyə ehtiyac yaranır.

Cədvəl 1

Dövlət və özəl səhiyyə sistemi mütəxəssislərinin sosial-marketinq səciyyələr

Meyarlar	Meyarların səciyyələri	Səhiyyə sistemi		Etibarlıq ehtimalı
		Dövlət N =135	Özəl N=135	
İxtisas üzrə staj, illər	5il və az 6-10 11 və cox	15/11.1±2.7 58/43.0±4.3 62/45.9±4.3	32/23.7± 3.7 34/25.2± 3.7 69/51.1± 4.3	<0.05 <0.01 >0.05
Yaş, illər	<30 30-39 40-49 50 və yux.	22/16.3±3.2 32/23.7± 3.7 30/22.2± 3.6 51/37.8± 4.2	40/29.6± 3.9 54/40.0± 4.2 25/18.5± 3.3 16/11.9± 2.9	<0.05 <0.01 >0.05 <0.01
İşin xarakteri	əsas iş yeri əvzcilik üzrə	119/88.1± 2.9 16/11.9± 2.9	75/55.6± 4.3 60/44.4± 4.3	<0.001 <0.001
Ödənişli tibb xidmətlərinə münasibət	Genişləndirilməsini vacib sayır Müsbət münasibət Mənfi münasibət	52/23.7± 3.7 45/33.3 ±4.1 58/43.0± 4.3	71/52.6± 4.3 54/40.0 ±4.2 10/7.4± 2.3	<0.01 >0.05 <0.001
Özəl sektorun inkişafına mane olan amilləri ayırd edir	Qanun boşluqları Bürokratiya Əhalinin məlumatsızlığı Ictimai fikrin neqativliyi Əhalinin kasıblığı.	10/7.4 ± 2.3 58/43.0± 4.3 32/23.7± 3.7 64/47.4± 4.3 94/69.6± 4.0	50/37.0 ±4.2 102/75.6± 3.7 34/25.2± 3.7 54/37.0± 4.2 72/53.3 ±4.3	<00.1 <00.1 >0.05 >0.05 <0.05
Xidmət qitymətləri strukturuna münasibət	Hec nə bilmir Hissəvi bilir Tam bilir	130/96.3± 1.6 5/3.7± 1.6 ---------	40/19.6± 3.9 77/57.0± 4.3 18/13.4± 2.9	<0.001 <0.001 <0.01
Sektorun üstünlükləri.	Yüksək əmək haqqı İmkanların reallaşdırılması Keyfiyyətli xidmət Müasir texnologiya	80/59.3± 4.2 40/29.6± 3.9 20/14.8 ±3.1 55/40.7± 4.7	60/44.4± 4.3 135/100.0± 2.9 75/55.6± 4.3 124/91.9±2.4	<0.05 <0.001 <0.01 <0.01

Qeyd edək ki, tibb xidmətləri istehsalcılarının göstərdiyi yardımın maya dəyəri barəsində fikirləri cox bəsitdir.Sorğunun nəticələri göstərir ki, dövlət sektorunda calışanların 96,3±1,6 % özəl sektorda isə 29,6±3,9% tibb xidmətlərinin dəyərinin formalaşdıran struktur elementlərindən tam xəbərsizdir. Bu sahələrdən hissəvi biliyə malik olanların xüsusi cəkisi müvafiq olaraq 3,7±1,6 və 5,7±4,3 % təşkil edir. Yalnız özəl sektorun mütəxəssislərinin az qismi tibb xidmətlərin dəyəri barəsində tam biliyə malikdir (13,4±2,9).

Özəl sektorun üstünlükləri barəsində qoyulmuş suala respondentlərin cavablarında da müəyyən fərqlər mövcuddur. Belə ki , özəl sektorda əmək haqqının yüksək olması fikri dövlət sektorunda çalışanlar arasında daha geniş yayılmışdır (59,3±4,2%). Özəl sektorda isə

mütəxəssislərin yalnız 44,4±4,3 % hesab edir ki, yüksək əmək haqqı özəl sektorun üstünlüyü ola bilər. Qeyd olunan fikir ayrılığı əmək haqqı barədə obyektiv informasiyanın kifayət qədər şəffaf olmaması ilə izah oluna bilər. Özəl sektorda mütəxəssislər birmənalı olaraq qeyd edirlər ki, burada onların öz imkanlarını realaşdırmağa məhdudiyyət yoxdur. Əksinə dövlət sektorunda calışanların az qismi (29,6±3,9%) hesab edir ki, özəl sektorda fərdi imkanların reallaşması mümkündür.Tibb xidmətlərinin keyfiyyəti barədə dövlət və özəl sektorun mütəxəssislərinin fikirləri fərqlidir: dövlət sektoru mütəxəssislərin az qismi (14,8±3,1%)özəlı sektorda keyfiyyətli tibb xidməti göstərildiyini qeyd edir.Amma özəl sektorun mütəxəssislərinin 55,6±4,3%-itəklif etdikləri xidmətlərin keyfiyyətini yüksək qiymətləndirir.Özəl sektorda müasir texnologiyaların tətbiqı fikri müvafiq olaraq 40,7± 4,2 və 91,9±2,4% mütəxəssis tərəfindən təsdiq olunur.

Beləliklə, ölkəmizdə tibb xidmətlərinin istehlakcıları həm dövlət , həm də özəl sektorda müasir marketinq konsepsiyasına fərqli münasibətlə yanaşır, onların marketoloji səciyyələri müxtəlifdir və bu sahədə geniş təbliğat işinə ehtiyac vardır. Dövlət və özəl sektorların əhalinin sağlamlığını qorumaq sahəsində ümumixalq və dövlət işinin optimalaşdırılması ücün tibb mütəxəssislərinin marketinq sahəsində bilik və bacarıqları artırılmalıdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Галкин Р.А., Двойников С.И., Павлов В.В. и др. Маркетинг, лизинг, логистика в здравоохранении.- СПб., 1998, 176с.
2. Жукофф О.В. Медико-социальная и клинико –статистическое изучение риск факторов косметических дефектов лица и маркетинг лечебно-оздоровительных услуг: Автореф. Дис….канд.мед.наук. СПб., 2001, 23с
3. КорецкийВ.Л., Сиренко В.И., Проданчук Н.Г .Результаты социально –гигиенических исследований проблем частной медицинской практики на Украине // II Бюлл. НИИ им.И.А Семашко, 2001,вып.3, с. 112-114
4. Кучеренко В.З., Гришин В.В., Шамшурин .И.Г. и др. Экономика в здравоохранении.- М., 1996, 138с.
5. Музалевский В.М. Научное обследование оптимизации организаторно-экономических механизмов развития негосударственной медицинской помощи в регионе: Автореф. Дисс….канд.мед.наук.- Саратов, 2002, 18с
6. Лосев. В.Р., Лебедева Е.А. Мнения руководителей стоматологических медицинских учреждений о проблемах оказания медицинской помощи населению / Проблема городского здравоохранения.- СПб., 2000, с.222-224
7. Петрова Н.Г., Вишняков И.И., Шляхова Е.А.Активная позиция производителей медицинских услуг как необходимые условия реализации маркетинговой стратегии лечебно-профилактических учреждений.
8. Стентон Г. Медико-биологическая статистика.- М., 1999, 459с

SUMMARY

MARKETING REGARDING CHARACTERISTIC OF THE MEDICAL SERVICES MANUFACTURES

L.M. Taghizade

The aim of the work is evaluation of the some characteristics of the medical services manufactures from the point of the marketing analyze. The employers of the private and governmental healthcare sectors were interviewed by the social questionnaire. Was illustrated that medical services manufactures have specific structural features due to the different approaches to the marketing organization. Also were demonstrated problems which are restrict private sector's development (imperfect legislation, bureaucratic obstacles, non-informative population, negative social opinion, merge population section and e.g.). It was considered that for adequate development of the private sector and for increasing competition and quality it is necessary to expand promotion and support of the alternative healthcare systems.

Daxil olub: 15.12.2008

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ

Ч.Д. Гулиев
Центральный военный клинический госпиталь, Баку

Геморрой одно из наиболее часто встречающихся заболеваний прямой кишки. Широкая распространенность его среди лиц трудоспособного возраста, ведущая к потере значительного числа рабочих дней, ставит геморрой в ряд общемедицинских и социально экономических проблем [1,3].

Сложность патогенеза этого заболевания, малоэффективность консервативной терапии, неудовлетворительные отдаленные результаты лечения в виде частых рецидивов после операции и большого числа осложнений подтверждают актуальность проблемы и важность поиска путей дальнейшего улучшения результатов лечения [1,2,4].

Функциональное состояние запирательного аппарата прямой кишки в сроки до 6 месяцев после хирургического лечения геморроя изучено у 90 больных.

Анализ сократительной способности наружного и внутреннего сфинктера проведен на основании данных сфинктерометрии и показателей тонической и произвольной электрической активности. В предоперационном периоде выявлено повышение тонического напряжения внутреннего сфинктера у 60% пациентов со второй стадией и у 85% с третьей стадией. У 76% пациентов с четвертой стадией отмечено снижение тонического напряжения внутреннего сфинктера на 7-10%.

Уже через 2 месяца после операции у 86% пациентов с второй-третьей стадиями произошло понижение тонуса внутреннего сфинктера, а через 6 месяцев в 95% случаев отмечена его нормализация. У 92% больных с четвертой стадией удаление крупных постоянно выпадающих геморроидальных узлов привело к повышению и нормализации тонуса внутреннего сфинктера (Рис. 1).

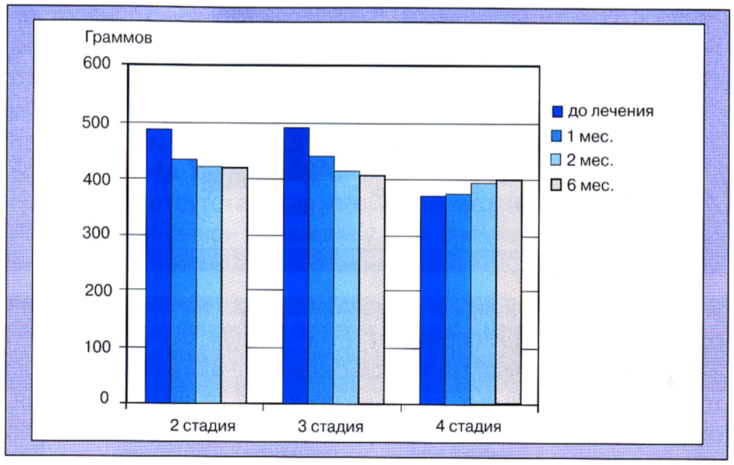


Рис.1 Нормализация тонуса внутреннего сфинктера

Улучшение рефлекторной деятельности наружного сфинктера происходило у всех оперированных больных уже через 2 месяца после операции. Если у 97% пациентов при второй-третьей стадиях снизился и нормализовался анальный рефлекс, то у 96% пациентов с четвертой стадией анальный рефлекс повысился и также нормализовался через 2 месяца после операции. Эти данные указывают на тот факт, что удаление геморроидальных узлов при поздних стадиях геморроя вело к нормализации сократительной способности наружного сфинктера и анального рефлекса.

Показатели внутрианального давления коррелировали с показателями тонуса внутреннего сфинктера у всех оперированных пациентов. У 95% оперированных больных с 2-3 стадией заболевания отмечено снижение внутрианального давления и его нормализация через 6 месяцев

после операции (Рис. 2). У 96% пациентов с четвертой стадией произошло повышение внутрианального давления, связанное, по всей видимости, с улучшением тонического состояния внутреннего сфинктера в послеоперационном периоде.

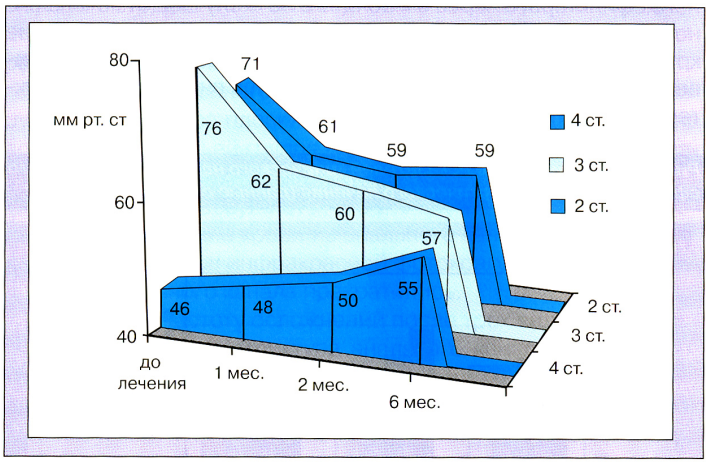


Рис.2 Нормализация через 6 месяцев после операции

Следовательно, хирургическое вмешательство с удалением трех геморроидальных узлов независимо от вида (закрытая, открытая, подслизистая геморроидэктомия) способствовало нормализации функционального состояния анального сфинктера, что подтверждено хорошими клиническими результатами у 99% оперированных пациентов.

Отдельную группу составили 30 больных с 3 стадией геморроя, у которых при клинических и функциональных исследованиях диагностировано стойкое повышение тонуса (спазм) внутреннего сфинктера, которое привело к потере его рефлекторной деятельности. Ведущим клиническим симптомом в этой группе больных, помимо выпадения узлов, явился болевой синдром, усиливающийся при дефекации и связанный со стойким повышением тонуса внутреннего сфинктера. Этим больным выполнена геморроидэктомия, при которой, как этап операции, произведена боковая подкожная сфинктеротомия. Следует отметить, что подобная операция в общей группе выполнена 18% больным. У всех этих пациентов в предоперационном периоде при пальцевом исследовании было зарегистрировано стойкое повышение тонуса внутреннего сфинктера, что подтверждено функциональными исследованиями.

Для определения функционального состояния запирательного аппарата прямой кишки после геморроидэктомии со сфинктеротомией у 30 оперированных пациентов мы провели комплексный анализ сократительной способности анального сфинктера и его нервно рефлекторной деятельности.

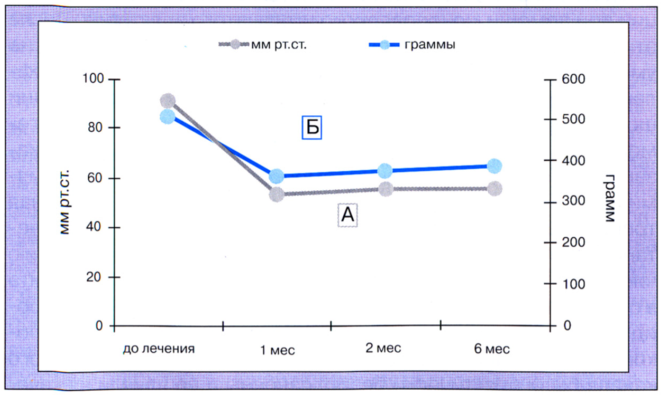


Рис.3 Понижение внутрианального давления после геморроидэктомии со сфинктеротомией

Изменение средних показателей, нормализация тонуса внутреннего анального сфинктера,

а также понижение внутрианального давления после геморроидэктомии со сфинктеротомией представлены на рис. 3. Из графика видно, что в послеоперационном периоде показатели внутрианального давления постепенно снижались до верхней границы нормы и ко второму месяцу происходила их постепенная нормализация. Изучение сократительной способности наружного сфинктера (сфинктерометрия) не выявило его изменений после сфинктеротомии. Ранее мы отмечали, что при фоновых исследованиях у этих 30 больных из-за выраженного спазма внутреннего сфинктера полностью отсутствовала его рефлекторная деятельность. После выполненной операции у 93% больных произошло восстановление ректо-анального рефлекса.

Результаты функциональных исследований запирательного аппарата прямой кишки показали, что после геморроидэктомии происходило восстановление нарушенных функций анального сфинктера. При стойком повышении тонуса анального сфинктера с потерей рефлекторной деятельности, которая, как правило, развивается при третьей стадии геморроя, показана геморроидэктомия со сфинктеротомией.

Анализ результатов хирургического лечения показал, что техника геморроидэктомии с иссечением трех геморроидальных узлов характеризовалась хорошими клиническими и функциональными результатами. Во всех группах оперированных пациентов при физиологических исследованиях зарегистрировано улучшение функционального состояния анального сфинктера, подтверждены хорошие результаты лечения у 99% пациентов.

Каждый вид операции имеет свои преимущества и недостатки. Закрытая геморроидэктомия привлекала надежностью гемостаза и отработанностью техники, сравнительно короткими сроками заживления ран анального канала. Ее относительным недостатком явилось расположение в просвете анального канала культей геморроидальных узлов, которые у 23% пациентов в раннем послеоперационном периоде явились одной из причин выраженного послеоперационного болевого синдрома. Кроме того, для выполнения подобной операции требовалось достаточно большое количество шовного материала.

Для открытой геморроидэктомии положительными качествами являлись достаточно простая техника выполнения операции при помощи монополярного игольчатого электрода. После этих операций в раннем послеоперационном периоде заметно уменьшались выраженность болевого синдрома и частота рефлекторного расстройства мочеиспускания. При этой операции шовный материал применялся только для перевязки ножки геморроидального узла. Это хирургическое вмешательство показано у больных при сочетании геморроя с такими заболеваниями анального канала, как хронический парапроктит и анальная трещина. Выполнение открытой геморроидэктомии при соче танных заболеваниях анального канала не вело к увеличению числа осложнений и продолжительности пребывания пациента в стационаре. В то же время по сравнению с закрытой геморроидэктомией после этой операции отмечалось увеличение сроков эпителизации раны до 28,5±1,3 дня. Хотя раны анального канала были практически безболезненны и не влияли на качество жизни, они требовали длительного проведения несложных перевязок и вызывали чувство дискомфорта. Кроме того, 73% пациентов отмечали периодическое выделение малых порций алой крови, что, вероятнее всего, связано с травматизацией открытой раны анального канала во время дефекации.

Положительными качествами подслизистой геморроидэктомии, по нашему мнению, являлось расположение культи геморроидального узла в подслизистом слое, снижение интенсивности послеоперационного болевого синдрома и рефлекторных расстройств мочеиспускания. После подобных операций сроки эпителизации ран достаточно непродолжительны и составляли в среднем 13,7±0,6 дня. К тому же после подслизистой геморроидэктомии отсутствовали деформация и сужение анального канала.

Относительным недостатком этой технически сложной операции являлась выраженная кровоточивость тканей подслизи-стого слоя анального канала и необходимость выполнения вмешательства только с помощью современного электрохирургического высокочастотного коагулятора с набором игольчатых и шаровидных электродов. Продолжительность этой операции более чем в два раза превышала продолжительность закрытой и открытой геморроидэктомии. В то же время это более щадящее, но сложное в исполнении хирургическое вмешательство, по нашему убеждению, должно войти в арсенал хирургического лечения геморроя.

Все эти вмешательства, несмотря на некоторые различия в технике операции, являлись радикальными, так как соблюдался основной принцип удаления трех, реже четырех групп кавернозных телец подслизистого слоя прямой кишки. Радикализм вмешательства обусловливал и однотипность отдаленных результатов, нормализацию функционального состояния анального сфинктера и отсутствие рецидива геморроя. Иначе обстояло дело с оценкой раннего послеоперационного периода. Наличие культи геморроидального узла в анальном канале после закрытой геморроидэктомии увеличивало частоту послеоперационного болевого синдрома и рефлекторного расстройства мочеиспускания. После открытой геморроидэктомии наблюдалось уменьшение послеоперационного болевого синдрома, но происходило увеличение сроков эпителизации раны. Отсутствие культи узла как возможного источника кровотечения и отсутствие открытой раневой поверхности после подслизистой и аппаратной геморроидэктомии приводило у уменьшению частоты ранних и поздних послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Затачаев А.В. и др. Сравнительная характеристика малоинвазивных методов лечения геморроя в амбулаторных условиях // Проблемы Колопроктологии, 2000, вып.17, с.67-69.
2. Рудин В.Л. , Капуллер Л.Л. Геморрой .- М., 1985
3. Рыжих А.Н. Хирургия прямой кишки. – М. 1995
4. Савченко Ю.П. и др. Эволюция технологий геморроидэктомии по Миллингану- Моргану // Проблемы колопроктологии, 2000, вып. 17, с. 182-15

Daxil olub: 01.12.2008

BAKTERİAL VAGİNOZUN MÜALİCƏSİNDƏ «TİBERAL» PREPARATININ TƏTBİQİ

İ.Ə.Qasımova
Respublika dəri-zöhrəvi dispanseri, Bakı

Patoloji prosesin tez-tez residivləşməsi və təklif edilmiş preparatların heç də həmişə kifayət qədər yüksək effektiv olmaması ilə əlaqədar olaraq bakterial vaginozun (BV) terapiyası son illər tədqiqatçıların böyük diqqətini cəlb edir. Hazırkı dövrdə BV-nin müalijəsi məqsədilə antianaerob təsirə malik müxtəlif preparatlar təklif edilir ki, onlar müxtəlif dərman formalarında buraxılır və yerli və/və ya sistem tətbiq üçün nəzərdə tutulur. Belə preparatlardan biri də 5-nitroimidazollar qrupuna aid olan ornidazol (Tiberal) sayılır. Preparat qram-mənfi və qram-müsbət anaerob bakteriyalara, xüsusilə də Trichomonas vaginalis, Entamoeba histolytica, Giardia lamblia (Giardia intestinalis), həmçinin bəzi anaerob bakteriyalar, məsələn, Bacteroides və Clostridium spp., Fusobacterium spp. və anaerob kokklara münasibətdə aktiv təsir göstərir [1,2,4].

Preparatın üstün cəhəti onun ibtidailərə: trixomonadlara, ləmbliyalara, dizenteriya amöbünə təsir etməsidir. Ornidazolun biodəyərliliyi yüksəkdir və 90%-ə çatır ki, bu da onun peroral tətbiqi zamanı yüksək effektivliyini təmin edir və parental yeridilməsinə ehtiyaj yaratmır. Qan plazmasında onun maksimal qatılığı preparatın qəbulundan 3 saat sonra əldə olunur. Ornidazol orqanizmin toxumalarına və mayelərinə, cift və hematoensefalik baryerdən, həmçinin hüceyrlərin içərisinə asanlıqla daxil olur.

Birdəfəlik qəbuldan sonra qanda və toxumalarda terapevtik qatılıq üzün müddət saxlanır. Qan plazmasından yarımxarij edilmə müddəti 12-14 saat təşkil edir. Preparat əsas etibarilə böyrəklər (65%) vasitəsilə xaric olunur. Plazmanın zülalları ilə ornidazolun birləşməsi 15%-dən aşağıdır [2,6].

Bir çox müəlliflərin tədqiqatları göstərir ki, nitroimidazol sırası preparatları, xüsusilə də ornidazolla aparılan terapiya BV-nin müalijəsində oldquca effektiv sayılır. Müxtəlif müəlliflərin məlumatlarına görə, effektivlik 90,1-dən 96%-ə qədər təşkil edir. Lakin residivlərin tezliyindən danışdıqda tədqiqatçıların fikirləri fərqlənir. Müalicənin davametmə müddətinə dair tövsiyələr 1 gündən 10 gün arasında tərəddüd edir [1,3,5].

Hazırkı gündə müalicənin optimal sxemi hələ də təyin edilmədiyi üçün BV olan reproduktiv yaşlı qadınların ornidazolla terapiyasının effektivliyinin, dözümlüyüyünün və

təhlükəsizliyinin öyrənilməsi məsələsi aktual olaraq qalır.

TƏDQİQATIN MATERİAL VƏ METODLARI. Biz Tiberal ilə müalicəni 15-45 yaşlı (orta yaş 29,6±1,9 il) 60 qadın arasında aparmışıq, onlara klinik-laborator tədqiqat metodlarının məlumatlarına əsasən BV diaqnozu qoyulmuşdur. Pasiyentlər 2 qrupa ayrılmışlar: 1-ci qrupa 30 pasiyent daxil edilmişdir – onlarda xəstəliyin gedişi 6 ay və yuxarı müddətdə residivləşən xarakter almışdır, 2-ci qrupu xəstəliyin davametmə müddəti 6 aydan az olan 30 pasiyent təşkil etmişdir.

Pasiyentlərə Tiberal preparatı per os 500 mq dozada gündə 2 dəfə 5 gün ərzində təyin edilmişdir. Preparat təiyn edilməzdən əvvəl pasiyentlərin hamısından səylə anamnez toplanmışdır. Residivləşən BV olan, antianaerob təsirli bu və ya digər preparatların tətbiqi ilə əvvəllər müalicə alan, yanaşı patologiyası olan pasiyentlərə xüsusi diqqət ayrılmışdır. Uşaqlıq yolunun mikroekologiyasının öyrənilməsi uşaqlıq yolunun möhtəviyyatının kompleks mikrobioloji müayinəsini nəzərdə tutmuşdur ki, o da vaginal möhtəviyyatın kultural diaqnostikasına və Qram üsulu ilə boyanmış yaxmaların miksrokopiyasına, həmçinin əlavə testlərə (pH-metriya və aminotest) əsaslanmışdır. Mikroskopik müayinələrdə uşaqlıq yolunun mikroflorasının obliqat-anaerob komponenti aşkar edilmişdir, kultural müayinələrdə isə fakültativ-anaerob komponentin və laktofloranın növ və miqdarja tərkibi təyin edilmiş və bununla da mikroskopiya zamanı öyrənilən mikrofloranın həqiqi anaeroblara mənsubiyyəti dolayı da olsa təsdiq və ya inkar edilmişdir. Əkmələr standart qidalı mühitlərdə aparılmışdır ki, onlar mikroorqanizmlərin spektrini maksimal səviyyədə təyin etməyə imkan vermişdir. Fakültativ anerobların aşkar edilməsi üçün 5%-li donor qanı əlavə olunmuş şəkərli aqardan istifadə edilmişdir. Mayayabənzər göbələklər Saburo aqarında və xromogen Albicans ID 2 (bioMerieux, France) aqarında becərilmişdir. Laktobasillərin aşkar edilməsi məqsədilə mineral-bitki mühitinin (MBM) aqarlı variantı işlədilmişdir. Mikroorqanizmlər aerob və mikroaerofil şəraitlərdə yetişdirilmişdir. Növ identifikasiyası ümumi qəbul edilmiş metodlarla, Berqi təsnifatından və klinik mikrobiologiya üzrə ümumiləşdirilmiş rəhbərliklərdə verilən məlumatlardan istifadə etməklə aparılmışdır. Mikroskopiya zamanı uşaqlıq yolunun mikrosenozunun vəziyyəti inteqral şəkildə aşağıdakı meyarlar üzrə qiymətləndirilmişdir: 1) uşaqlıq yolunun epitelinin vəziyyəti (epitel hüjeyrələrin səthi, ara, parabazal qatlara mənsubiyyəti; «əsas» hüceyrələrin olması); 2) leykositar reaksiyanın olması; 3) uşaqlıq yolunun mikroflorasının tərkibi (baktriyaların morfotiplərinin kəmiyyət və keyfiyyət xarakteristikası).

NƏTİCƏLƏR VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ. Hər iki qrupun pasiyentlərinin əksəriyyəti tədqiqata qoşulma anında aşağıdakı şikayətləri vardır. 1-ci qrupda cinsi yollardan ifrazatların gəlməsini 26 (87,0±6,1%), cinsiyyət yollarından xoşagəlməz qoxu – 18 (60,0±8,9%), vulva və uşaqlıq yolu nahiyəsində qaşınma – 10 (33,0±8,6%), uşaqlıq yolunda göynəmə hissiyatı – 8 (27,0±8,1%) qadın qeyd etmişdir.

2-ci qrupda cinsiyyət yollarından ifrazatların gəlməsini 28 (93,0±4,6%), cinsiyyət yollarında xoşagəlməz qoxu – 22 (73,0±8,1%), vulva və uşaqlıq yolu nahiyəsində qaşınma – 6 (20,0±0,73%), uşaqlıq yolunda göynəmə hissiyyatı– 2 (7,0%) pasiyentdə qeydə alınmışdır.

Kompleks mikrobioloji müayinələrin məlumatları hər iki qrupun pasiyentlərinin hamısında BV diaqnoz təyin etməyə imkan vermişdir. Uşaqlıq yolunun möhtəviyyatının mikroskopiyası zamanı «əsas» hüceyrələr aşkar edilmiş, leykositlərin sayı görüş sahəsində 10-15 ədəddən çox olmamış, mikroorqanizmlərin massiv ümumi miqdarı qeydə alınmışdır (görüş sahəsində 10^3-dən artıq mikrob hüceyrəsi). Laktobasillərin morfotipləri olmamış və ya az miqdarda aşkar edilmişdir. Bu zaman 2 hadisədə (3,3%) yaxmanın aralıq forması (YAF) aşkar olunmuşdur: həqiqi anaerobların morfotipləri və qardnerellalar laktobasillərin orta saylı morfotipləri ilə birlikdə üstünlük təşkil etmişdir. Kultural müayinələr zamanı laktobasillər 1-ci qrupda 28 (93,3±4,6%) və 2-ci qrupda 29 (96,7±3,1%) qadında aşkar edilməmişdir. 1-ci qrupda 2 (6,7%) və 2-ci qrupda 1 (3,3%) pasiyentdə laktobasillər az miqdarda aşkar olunmuşdur (10^3-10^4 KƏV/ml). Hər iki qrupun pasiyentlərinin hamısında ilkin müayinə zamanı müsbət aminotest və pH> 4,5 müəyyən edilmişdir.

Terapiya başa çatdırıldıqdan 7-10 gün sonra aparılmış birinci kontrol müayinə göstərmişdir ki, cinsiyyət yollarında ifrazat və qoxu 1-ci qrupda 4 (13,0±6,1%) və 2-ci qrupda 2 (7%) pasiyentdə təyin edilir. Xarici cinsiyyət orqanları nahiyəsində və uşaqlıq yolunda qaşınma və göynəmə hissiyyatından 1-ci qrupda 3 (10,0±5,4%) və 2-ci qrupda 2 (7%) qadın şikayətlənmişlər. 7-10 gündən sonra aparılmış kontrol mikrobioloji müayinələrdə 1-ci qrupda 26 (86,7±8,1%) qadında və 2-ci qrupda 27 (90,0±5,4%) qadında uşaqlıq yolundan götürülmüş yaxmanın mikroskopiyasının məlumatlarına əsasən həqiqi anaerobların və qardnerellaların eliminasiyası əldə olunmuş, laktobasillərin titri normativ rəqəmlərə çatmışdır. «Əsas» hüceyrələr olmamışdır. 1-ci qrupda 4 (13,3±6,1%) qadında və 2-ci qrupda 3

(10,0±5,4%) pasiyentdə təkrarən BV diaqnozu qoyulmuşdur.

Uşaqlıq yolunun ifrazatının əkilməsi zamanı laktobasillərin böyüməsi 1-ci qrupda 86,7±6,1% qadında və 2-ji qrupda 90,0±5,4% pasiyentdə aşkar edilmişdir, onlarda aparılmış terapiya effektiv nətijə vermişdir. Laktobasillərin titri reproduktiv yaşda normaya uyğun olmuşdur – 10^6-10^8 KƏV/ml vaginal ifrazat. Terapiya başa çatdırıldıqdan 1 ay sonra aparılmış təkrar klinik-laborator müayinələr göstərdi ki, BV üçün səciyyəvi olan klinik simptomlar 1-ji qrupda 26 qadından 23-də və 2-ci qrupda 27 qadından 25-də qeydə alınmamışdır.

Terapiya başa çatdırıldıqdan 1 ay sonra aparılmış mikrobioloji müayinələrin nətijələri göstərdi ki, vaginal mikrosenoz 1-ci qrupda 88,5±6,3% və 2-ci qrupda 92,6±4,9% hadisədə norma meyarlarına uyğun gəlmişdir: laktobasillər qadınların hamısında 10^6-10^8 KƏV/ml titrində aşkar edilmişdir. Enterococcus faecalis, Staphylococcus epidermidis, Corynebacterium spp. kimi fakültativ-anaerob mənşəli şərti-patogen mikroorqanizmlər kiçik titrdə aşkar edilmişlər (< 10^3-10^4 KƏV/ml).

Aparılan terapiya fonunda əlavə təsirlər arasında allergik reaksiyalar 1-ci qrupda 1 pasiyentdə, vulvaginal kandidozun inkişaf etməsi 1-ci qrupda 3 (10%) və 2-ci qrupda 2 (6,7%) pasiyentdə aşkar olunmuşdur. Vulvaginal kandidozu olan pasiyentlərə 150 mq dozada bir dəfə flukonazol təyin edilmişdir.

Həyata keçirilmiş müayinələr göstərmişdir: BV olan pasiyentlərin müalicəsinin klinik və mikrobioloji effektivliyi 1-ci qrupun pasiyentlərində 88,5±6,3%, 2-ci qrupun pasiyentlərində 92,6±4,4% təşkil etmişdir; terapiya başa çatdırıldıqdan 1 ay sonra xəstəliyin residivləri 1-ci qrupun pasiyentlərinin 11,5±4,1%-də, 2-ci qrupun pasiynntlərinin 7,4±3,3%-də aşkar edilmişdir; allergik reaksiyalar şəklində təzahür edən əlavə təsirlər 1 pasiyentdə, vulvaginal kandidoz 1-ci qrupda 3 (10,0±5,4%) pasiyentdə və 2-ci qrupda 2 (6,7%) qadında müşahidə edilmişdir.

Beləliklə, müayinələr göstərdi ki, «Tiberal» preparatı əlavə təsirlərin və xəstəliyin residivlərinin aşağı tezliyində yüksək effektivliyə malikdir və klinik təjrübədə istifadə edilə bilər ki, bu da BV-nin terapiyasının imkanlarını genişləndirməyə şərait yaradacıqdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Байрамова Г.Р. Применение препарата «Тиберал» в гинекологической практике / Сборник научных работ.- М: МЕД пресс-информ, 2003, с.20-30

2. Кубанова А.А., Федоров С.М., Бакалова Л.А. Состояние проблемы бактериального вагиноза // Вестн. дермат. и венерол., 2006, №3, с.22-26.

3. Кудрявцева Л.В., Ильина Е.Н., Говорун В.М. Бактериальный вагиноз: Пособие для врачей.- М., 2002, с.9.

4. Beigi R.H., Austin M.N., Meyn L.A., Krohn M.A., Hillier S.L. Antimicrobial resistance associated with the treatment of bacterial vaginosis // Am J Obstet Gynecol., 2004, v. 191, No 4, p.1124-1129

5. Carey J.C., Klebanoff M.A., Hauth J.C., Hillier S.L. Metronidazole to prevent preterm delivery in pregnant women with asymptomatic bacterial vaginosis / National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Medicine Units. N Engl J Med., 2000, v. 342, p.534-540

6. Eschenbach D.A. Bacterial vaginosis: emphasis on upper genital tract complications // Obstet. Gynecol. Clin. North. Am., 2005, v.16, p. 593-610.

SUMMARY

PREPARATION "TYBERAL" IN TREATMENT BACTERIAL VAGINOSIS

I.A. Gasimova

The lead research has shown, that clinical and microbiological efficiency of treatment of patients with bacterial vaginosis has made 88,5±6,3 % at patients of 1 group and 92,6±4,4% at patients of 2 groups. Relapses of disease after the termination of therapy during 1 mes are revealed at 11,5±4,1% at patients and 7,4±3,3% at patients of 2 groups. By-effects as local allergic reaction were observed at 1 patient, vulvovaginal the candidiasis has developed at 3 (10,0±5,4%) patients in 1-st group and at 2 (6,7%) women of 2-nd group.

Preparation " Tyberal" possesses high efficiency and good bearableness at low frequency of collateral reactions and relapses of disease and can be used in clinical practice that will allow to expand opportunities of therapy bacterial vaginosis.

Daxil olub: 09.09.2008

HAMILƏLIYIN TROMBOZLA AĞIRLAŞMALARINDA IRSI VƏ QAZANILMIŞ TROMBOGEN RISK FAKTORLARININ BIRGƏ RAST GƏLMƏSININ ROLU

Ş.Q.Şahbazov
Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

Hamiləliyi trombozlarla ağırlaşmış 303 və 76 sağlam hamilə qadın üzərində irsi trombogen F-V-L, F-II-20210 və MTHFR anomaliyalarının ayrılıqda və ayrı-ayrı kombinasiyalarda rastgəlmə tezliyi öyrənilmişdir. Müəyyən edilmişdir ki, 3 irsi trombogen anomaliya birgə rast gəlməmişdir. 2 irsi anomaliyaların müştərək rast gəlməsi zamanı tromogen risk onların ayrılıqda rast gəlməsi ilə müqayisədə xeyli çoxdur. Hamiləliyin gedişi trombozla ağırlaşmış qadınlarda qazanılmış trombogen risk faktorlarından ginekoloji xəstəliklər (43,5%), qanda antifosfolipid anticisimlərin müəyyən edilməsi (39,8%) və cinsiyyət üzvlərinin infeksion xəstəlikləri (36,3%) böyük çəkiyə malikdir. Həm irsi, həm də qazanılmış risk faktorların birgə rastgəlməsi venoz trombların əmələ gəlməsi riskini daha çox artırır.

Hamiləliyin trombozlarla ağırlaşmalarında irsi F-V-L, F-II-20210 və MTHFR anomaliyalarının rolunun öyrənilməsinə həsr olunmuş ədəbiyyat materiallarının araşdırılması göstərir ki, bu anomaliyalar eyni bir xəstədə, xüsusilə gənc yaşlı hamilə qadınlarda birgə rast gəldiyi hallarda trombozun inkişaf etməsinə, xəstəliyin klinik gedişinin daha ağır olmasına və tez-tez residiv verməsinə səbəb olur. Irsi anomaliyaların birgə rast gəldiyi hallarda trombozun əmələgəlmə riski onların ayrılıqda müəyyən edildiyi hallarla müqayisədə dəfələrlə çoxdur. Konkret olaraq, eyni bir xəstədə F-V-L mutasiyası F-II-20210 və ya MTHFR mutasiyaları ilə birgə, yaxud bu mutasiyaların hamısı eyni xəstədə müəyyən edildikdə tromb əmələgəlməsi riski bu anomaliyaların ayrı-ayrılıqda törətdiyi trombogen riskdən bir neçə dəfə çoxdur [3, 4, 7-10, 13-16, 18-20, 22-27, 29,30, 33,34].

TƏDQİQATIN MATERIAL VƏ METODLARI. Tədqiqat işi hamiləliyi trombozlarla ağırlaşmış 303 və 76 sağlam hamilə qadın üzərində aparılmışdır. Irsi trombogen F-V-L, F-II-20210 və MTHFR anomaliyalarının ayrılıqda və ayrı-ayrı kombinasiyalarda rast gəlmə tezliyi hər 2 qrup hamilə qadınlarda öyrənilmişdir.

Bu mutasiyaların molekulyar-genetik metodla birbaşa təyin olunması üçün xəstənin qanından DNT hissəsi uyğun enzimlər vasitəsilə kəsilir və elektroforez vasitəsilə mutasiyanın mövcudluğu (heteroziqot və ya homoziqot variant) təyin olunur [2,5,14].

F-V-L $A_{506} \rightarrow G$ (LEYDEN) MUTASIYASININ TƏYINI. İlk növbədə xəstənin qanından DNT nümunəsi hazırlanmışdır. Bu məqsədlə Eppendorf tipli sınaq şüşəsinə tökülmüş 3-5 ml venoz qan EDTA-Na_2 ilə (0,2%) qarışdırıldıqdan sonra –20ºC-də 4-8 saat müddətinə soyuducuya yerləşdirilmişdir. Sonra onun üzərinə otaq temperaturunda 10-15 ml bidistillə olunmuş su əlavə edilmiş, qarışdırılmış və 1500 dəfə/dəq sürətlə sentrifuqada 10 dəq. Fırladılmışdır. Supernatant ehtiyatla ayrıldıqdan sonra leykosit suspenziyasına 2,5 ml bufer məhlulu (10 mM Tris - HCl, pH 8,0; 2mM EDTA, 0,4 mM NaCl, 0,5% Natrium dodesilsulfat, 100 mkq/ml K proteinaza) əlavə edilmişdir. Sınaq şüşəsi 37ºC-də 18-20 saat müddətinə inkubasiya olunmuşdur. Sonra onun üzərinə 0,8 ml NaCl-in doymuş məhlulu əlavə edilmiş, intensiv şəkildə qarışdırılmış, otaq temperaturunda 20 dəq. müddətində 5000 dəfə/dəq. sürətlə sentrifuqadan keçirilmiş, supernatant ehtiyatla təmiz sınaq şüşəsinə tökülmüşdür. DNT-nin çökdürülməsi üçün 5,0 ml etil spirti əlavə edilmiş, DNT sapları şüşə çubuqla yığılaraq otaq temperaturunda qurudulmuş və 200 mkl bidistillə suyinda həll olunmuşdur. DNT-nin həll olunmasını tezləşdirmək üçün onu 2-3 saat 65ºC-də saxlamaq vacibdir. DNT-nin alinmiş konsentrasiyası spektrofotometrdə (E-260) təyin olunmuş (1,0) və -20ºC-də saxlanılmışdır.

DNT-nin hazırlanması üçün digər metodlar da mövcuddur. Əksər hallarda DNT-nin hüceyrə lizatı fenol-xloroform metodu ilə zülallardan təmizlənir. Digər ekspress müayinə metodları da tətbiq edilir. Bu halda 30-40 dəq. müddətində 50-100 mkl qandan DNT əldə olunaraq ZPR-in (zəncirvari polimeraza reaksiyası) aparılması üçün tətbiq edilir. Hazırda çoxsaylı firmalar tərəfindən kommersiya

məqsədi ilə müxtəlif test sistemləri buraxılır. Onlardan qan və ya hüceyrə DNT-si hazırlanmasında geniş istifadə olunur.

ZPR-in aparılması üçün 0,5 ml həcmli Eppendorf sınaq şüşəsinə bu reaktivlər əlavə olunur: distillə olunmuş su 4,5 mkl; ZPR-buferi - 1,5 mkl; MgCI - 1,0 mkl; DNTP - 3,0 mkl; praymer I - 1,5 mkl; praymer II - 1,5 mkl; Tag-polimeraza - 0,2 mkl və DNT 50-100 nq - 2 mkl. Reaksiya məhlulunun son həcmi 15,2 mkl təşkil edir. Sınaq şüşəsinə, məhlulun üzərinə ehtiyatla mineral yağ əlavə olunur, sonra DNA Thermal Cycler amplifikatora yerləşdirilir. ZPR bu ardıcıllıqla aparılır: ilk denaturasiya mərhələsi - 3 dəq., 95ºC; denaturasiya mərhələsi - 1 dəq., 95ºC; elonqasiya mərhələsi (30 sikldən ibarətdir) - 90 san., 56ºC və 1 dəq., 72ºC və final - elonqasiya mərhələsi - 5 dəq., 72ºC. Praymerlərin ardıcıllığı belə olmuşdur:

I praymer: $5^{'}$ – TGGCATCTCCTCTGTCCTAAC – $3^{'}$

II praymer: $5^{'}$ – TCTTGAACCCTTTGCCCAGTTAC – $3^{'}$

ZPR-da alınmış nümunə ilə restriksiya reaksiyası aparılması üçün 2,5-3,0 mkl miqdarda götürülmüş və 2% Aqaroza gelində elektroforez edilmişdir. Daha sonra gel Etidium bromidlə rənglənir, ultrabənövşəyi şüalarla işıqlandırılır və nəticə dəyərləndirilir.

Restriksiya reaksiyasının aparılması üçün içərisində DNT nümunəsi olan sınaq şüşəsinə 8 mkl qarışıq məhlul (5,7 mkl bidistillə olunmuş su, 2,0 mkl (10x) bufer məhlulu və 0,3 mkl Hind III (40 B/mkl) Restriktaza) əlavə edilməklə 10-16 saat 37ºC-də inkubasiya olunmuşdur. Sonra 3%-li Aqaroza gelində, 0,5 x TBE buferində, pH - 8,3 elektroforez aparılmış və Etidium bromidlə rənglənərək ultrabənövşəyi şüalarla vizualizə olunmuşdur. DNT fraqmentlərinin uzunluğunu təyin etmək üçün MSP I fermenti ilə restriksiya olunmuş DNT p UC 19 plazmidası istifadə edilmişdir.

Genin mutasiya yerləşən hissəsinin amplifikasiyası üçün istifadə edilmiş praymer elə təşkil olunmuşdur ki, bu hissə Hind III Restriktazası ilə "tanınan sayt" kimi istifadə olunur. Lakin normal allel ardıcıllığında belə sayt yoxdur. Əgər F-V-L mutasiyası yoxdursa seçilən ardıcıllıq öz ilkin ölçülərini saxlayır (241 cüt nukleotid). Mutasiya olduqda isə (homoziqot vəziyyətdə) ardıcıllıq 210 və 31 cüt nukleotidlərdən ibarət 2 fraqmentə ayrılır. Heteroziqot vəziiyyətdə 241 normal və 210 mutant aşkar edilir.

F-II-20210 G→A MUTASIYASININ TƏYINI. Bu mutasiyanın təyini üçün genin amplifikasiya olunan hissəsi (14 ekzon və translyasiya olunmayan 3 regionu) elə seçilmişdir ki, Hind III Restriktazası ilə təsir etdikdə "tanınan sayt" normal allelin eyni hissəsində təyin edilmir. DNT nümunəsi ZPR ilə hazırlandıqdan sonra Hind III Restriktazası ilə təsir etdikdə genin həmin ardıcıllığı öz ilkin vəziyyətini mutasiya olmadıqda saxlayır (345 cüt nukleotidlər). Genin hər 2 allelində mutasiya olduqda amplifikat 2 fraqmentə (322 cüt və 23 cüt nukleotidlər) bölünür. Heteroziqotlarda isə 345 cüt nukleotidlər və 322 cüt nukleotidlərdən ibarət 2 xətt müəyyən olunur. Bu mutasiyanın təyinində praymer olaraq aşağıdakı oliqonukleotidlər istifadə edilmişdir:

I praymer - $5^{'}$ – TCTAGAAACAGTTGCCTGGC – $3^{'}$

II praymer - $5^{'}$ – ATAGCACTGGGAGCATTGAAGC – $3^{'}$

F-II-20210 G-A mutasiyasını aşkar etmək üçün ZPR yuxarıda təsvir olunmuş metodla aparılır. Restriksiya reaksiyası aparılmazdan əvvəl amplifikasiya məhsulunun miqdarı və keyfiyyəti yoxlanılır. Sonra DNT nümunəsinin üzərinə 8,0 mkl qarışıq məhlul (5,7 mkl bidistillə olunmuş su, 2 mkl (x10) Hind III üçün hazırlanmış bufer və 0,3 mkl Hind III Restriktaza (40 B/mkl)) əlavə olunur. Sınaq şüşəsi 10-16 saat (bir gecə) 37ºC-də inkubasiya olunur və 2% Aqaroza gelində elektroforez aparılır. DNT fraqmentlərinin uzunluğuna nəzarət etmək üçün MSP I fermenti ilə restriksiya olunmuş DNT p UC 19 plazmidası istifadə edilir.

Elektroforez sona çatdıqdan sonra gel Etidium bromidlə rənglənir və ultrabənövşəyi şüalarla vizualizə olunur. Protrombin geninin normal alleli 345 cüt, 20210 G-A mutasiyası isə 322 cüt nukleotidə uyğun amplifikatla təsbit olunur.

MTHFR (METILENTETRAHIDROFOLAT REDUKTAZA) C677A MUTASIYASININ TƏYINI. Bu metod tədqiq olunan mutant allelin yerləşdiyi DNT fraqmentinə Hind I Restriktazası ilə təsir etdikdə onun "tanınması" prinsipinə əsaslanır. Normal allelin yerləşdiyi DNT fraqmentində isə belə "tanınma saytı" müəyyən olunmur. ZPR ilə hazırlanmış amplifikata Hind I Restriktazası ilə təsir etdikdə restriksiya olunmuş hissələr elektroforez vasitəsilə aşkar edilir. DNT nümunəsində C677A mutasiyası olmadıqda amplifikasiya olunmuş DNT fraqmenti ilkin ardıcıllığını (198 cüt nukleotid) saxlayır. Əksinə, DNT nümunəsində bu mutasiya olduqda (homoziqot vəziyyət) amplifikat 2 fraqmentə (175 cüt və 23 cüt nukleotidlər) ayrılır. Heteroziqotlarda isə 198 cüt və 175 cüt nukleo-

tidlərdən ibarət 2 xətt müəyyən edilir. Reaktivlərin tərkibi və hazırlanması əvvəlki metodda olduğu kimidir. Lakin bu mutasiyanın təyini prosesində praymer kimi başqa oliqonukleotidlər tətbiq edilir:

I praymer - 5' – TGAAGGAGAAGGTGTCTGCGGGA – 3'

II praymer - 5' – AGGACGGTGCGGTGAGAGTG – 3'

Əvvəlki metodla mutasiyanın təyin prosesində olduğu kimi, restriksiya reaksiyasının aparılmazdan əvvəl amplifikatın miqdarı və keyfiyyəti elektroforez vasitəsilə analiz olunur. Sonra DNT nümunəsinin üzərinə 8,0 mkl qarışıq məhlul (5,7 mkl bidistilə olunmuş su, 2,0 mkl (10x) Hinf I üçün hazırlanmış bufer və 0,3 mkl (40 B/mkl) Hinf I restriktazası) əlavə olunur. Bu məhlul 37ºC-də 10-16 saat inkubasiya edilir. Daha sonra elektroforez aparılır. DNT fraqmentlərinin uzunluğuna nəzarət üçün p UC 19 DNT plazmidası istiafdə olunur. Elektroforez bitdikdən sonra gel Etidium bromidlə rənglənir və ultrabənövşəyi şüalarla vizualizə edilir. MTHFR geninin normal alleli 198 cüt nukleotid ölçülü amplifikata, mutant allel isə 175 cüt nukleotid ölçülü amplifikata uyğundur.

MÜZAKIRƏ VƏ NƏTICƏLƏR. Trombozlu hamilə qadınlarda aşağı ətrafların venalarının varikoz xəstəliyi, dərin venaların trombozu və kəskin tromboflebit kimi trombotik xəstəliklər müəyyən edilmişdir. Belə bölünmədə məqsəd trombozun lokalizasiyasından asılı olaraq irsi anomaliyaların rast gəlməsinin fərqli cəhətlərini müəyyən etmək olmuşdur. Lakin tədqiqatlar bu anomaliyaların ayrı-ayrı qruplar arasında yayılmasının təxminən eyni olduğunu, onların bir-birindən fərqlənmədiyini üzə çıxarmışdır. 1 saylı cədvəldə hamiləliyi trombozlarla ağırlaşmış hamilə qadınlarda və sağlam hamilə qadınlarda irsi trombogen anomaliyaların rastgəlmə tezliyinin müqayisəli xarakteristikası təqdim olunmuşdur.

Cədvəl 1

Hamiləliyi trombozlarla ağırlaşmış hamilə qadınlar və sağlam hamilə qadinlar arasında irsi trombogen risk faktorlarının rastgəlmə tezliyi

Irsi trombogen faktor	Allel	Allelin rastgəlmə tezliyi		P	Genotip	Genotipin rastgəlmə tezliyi, %		P
		Th	Sh			Th	Sh	
F-V-L 1691G/A	1691 G 1691 A	0,826 0,173	0,961 0,039	<0,001	1691(G/G) 1691(G/A) 1691(A/A)	68,6 28,1 3,3	92,1 7,9 0	<0,001
F-II-20210 20210 G/A	20210G 20210A	0,960 0,040	0,987 0,013	<0,001	20210(G/G) 20210(G/A) 20210(A/A)	92,1 7,9 0	97,4 2,6 0	<0,001
MTHFR 677 C/T	677 C 677 T	0,721 0,279	0,731 0,269	>0,05	677 (C/C) 677 (C/T) 677 (T/T)	50,5 43,2 6,3	51,3 43,4 5,3	>0,05

Qeyd: Th-trombozlu hamilə qadınlar, Sh-sağlam hamilə qadınlar

Cədvəl 2

Hamilə qadınlar arasında irsi trombogen anomaliyaların kombinə olunmuş variantlarının rastgəlmə tezliyi

Genetik variantların kombinasiyaları	Trombozlu hamilə qadınlar (n=303)		Sağlam hamilə qadınlar (n=76)		
	müt	%	müt	%	OD (95%CI)
F-V-L / F-II-20210	7	2,3	0	0	1,024 (1,006-1,042)
F-V-L / MTHFR C 677T	15	4,9	0	0	1,052 (1,025-1,079)
F-V-L / MTHFR T677T	4	1,3	0	0	1,013 (1,000-1,027)
F-II-20210 / MTHFR C677T	2	0,7	0	0	1,007 (0,997-1,016)

Hamiləliyi trombozlarla ağırlaşmış və sağlam hamilə hamilə qadınlarda F-V-L, F-II-20210 və MTHFR mutasiyalarının ayrı-ayrılıqda və kombinə olunmuş vəziyyətdə rastgəlmə tezliyi 2 saylı

cədvəldə təqdim olunmuşdur. Trombozlu hamilə qadınlarin 7-də F-V-L mutasiyasının F-II-20210 mutasiyası ilə, 15-də MTHFR geninə görə heteroziqot vəziyyətlə və 4-də isə MTHFR mutasiyasının homoziqot vəziyyəti ilə birlikdə rast gəlməsi müəyyən edilmişdir. Digər 2 trombozlu hamilə qadında F-II-20210 mutasiyası ilə MTHFR mutasiyasının heteroziqot vəziyyəti kombinə olunmuş formada rast gəlməmişdir. Irsi trombogen anomaliyaların hər 3-nün birgə rast gəlməsi hadisəsi olmamışdır.əlum olduğu kimi, irsi trombogen risk faktorlarından başqa qazanılmış risk faktorları da hemostaz sistemində bir çox dəyişikliklərin meydana çıxmasına, qan axının ləngiməsinə və orqanizmdə pretrombotik vəziyyətin əmələ gəlməsına səbəb olur. Müasir ədəbiyyatda hamilə qadınlarda tromboz-ların əmələ gəlməsına meyllilik yaradan qazanılmış risk faktorlarına hamiləliyin özü, hamilə uşaqlıq üzərində aparılmış invaziv manipulyasiyalar və cərrahi əməliyyatlar, doğuş zamanı mamalıq maşalarının istifadəsi, travma, uzunmüddətli yataq rejimi, konkret olaraq hamilə qadına məxsus yanaşı xəstəliklər (ürək çatmazlığı, arterial hipertenziya, böyrək xəstəlikləri, hestozlar, infeksiyalar, piylənmə, bədxassəli şişlər, birləşdirici toxuma xəstəlikləri, varikoz xəstəliyi, anamnezdə tromboz epizodları və s.) aid edilir. Qazanılmış trombogen risk faktorları içərisində antifosfolipid sindromu, hiperhomosisteinemiya, hormonal dərman preparatlarının istifadəsi, ürək-damar xəstəlikləri, varikoz xəstəliyi, hestoz və infeksiyalar xüsusi əhəməiyyətə malikdir [1,6, 11, 12, 17, 21, 28, 31, 32].

Hamiləliyi trombozlarla ağırlaşmış hamilə qadınlarda və sağlam hamilə qadınlarda qazanılmış trombogen risk faktorlarının rastgəlmə tezliyi tərəfimizdən öyrənilmişdir (3 saylı cədvəl). Trombozlu hamilə qadınlarda antifosfolipid anticisimlərinin yüksək titrinin müəyyən edilməsi, varikoz xəstəliyi, hiperhomosisteinemiya, ekstragenital və genital xəstəliklər, müxtəlif mənşəli xronik və kəskin infeksiyalar və hestozlar sağlam hamilə qadınlara nisbətən xeyli yüksək tezliklə rast gəlir. Qeyd etmək lazımdır ki, hamilə qadınlarda trombozun əmələ gəlməsi riskinin səviyyəsi irsi anomaliyaların birlikdə rast gəlməsi ilə yabnaşı, həm də irsi və qazanılmış trombogen risk faktorlarının kombinə olunmuş formada mövcudluğu ilə ölçülür.

Cədvəl 3
Hamiləliyi trombozla ağırlaşmış hamilə və sağlam hamilə qadınlarda qazanilmiş trombogen risk faktorlarının rastgəlmə tezliklərinin müqayisəli xarakteristikası

Qazanılmış trombogen risk faktorları	Rastgəlmə tezliyi			
	Trombozlu hamilə qadınlar (n=303)	Sağlam hamilə qadınlar (n=76)	χ^2	P
Antifosfolipid anticisimlər	39,8 (41/103)	12,2 (5/41)	10,28	<0,01
Varikoz xəstəliyi	15,5 (47/303)	0 (0/76)	12,07	<0,001
Hiperhomosisteinemiya	13,3 (8/60)	9,4 (5/53)	0,42	>0,05
Müxtəlif mənşəli anemiyalar	18,5 (56/303)	13,2 (10/76)	1,20	>0,05
Xronik infeksiyalar (pielonefrit, tonzillit, bronxit və s.)	14,8 (45/303)	13,2 (10/76)	0,14	>0,05
Arterial hipertenziya	15,2 (46/303)	10,5 (8/76)	1,08	>0,05
Bədən çəkisinin artıqlığı	11,5 (35/303)	15,8 (12/76)	1,00	>0,05
Cinsiyyət üzvlərinin virus və bakterial in-feksiyaları	36,3 (110/303)	17,1 (11/76)		<0,001
Ginekoliji xəstəliklər (xronik salpinqooforit, uşaqlıq boynunun eroziyası, uşaq-lığın mioması, xronik endometrit)	43,5 (131/303)	39,5 (30/76)	13,32	>0,05
Hestoz və erkən toksikoz	28,0 (85/303)	10,5 (8/76)	0,35 10,08	<0,001

Cədəvəldən göründüyü kimi hamiləliyin gedişi trombozla ağırlaşmış qadınlarda qazanılmış trombogen ris faktorlarından ginekoloji xəstəliklər (43,5%), antifosfolipid anticisimlər (39,8%) və cin-siyyət üzvlərinin infeksion xəstəlikləri (36,3%) böyük çəkiyə malikdir.

Beləliklə, ayrılıqda irsi və qazanılmış trombogen risk faktorlarının hamilə qadınlarda birgə rast gəlməsi hamiləliyin trombozla ağırlaşma tezliyinin yüksək həddlərə çatmasına səbəb olur. İrsi və qazanılmış risk faktorlarının müştərək rast gəlməsi isə trombogen riski daha da artırır.

ƏDƏBİYYAT

1.Бокарев М.И., Воротьев Г.С., Козлова Т.В. и др. Гипергомоцистеинемия как причина рецидивирующего тромбоза глубоких вен нижних конечносте //Тромбоз, гемостаз и реология. 2001, № 2 (6), с. 43-44

2.Зубаиров Ю.М. Молекулярные основы свертывания крови и тромбообразования.- Казань, 2000, 367 с.

3.Озолиня Л.А., Патрушев Л.И., Шполянская Н.Ю. и др. Распространенность мутации в генах фактора V (G1691A), протромбина (G20210A) и метилентетрагидрофолат редуктазы среди беременных Московской популяции (G677T) и их связь с патогенезом //Тромбоз, гемостаз и реология, 2001, № 1, с. 5-10

4.Arruda V., Von Zuben P., Chiaparini L. et al. The mutation Ala 677 Val in the methylen tetrahydrofolate reductase gene: a risk factor for arterial disease and venous thrombosis // Thromb. Haemost., 1997, v.77, p. 818-821

5.Dzafarov T.A., Rustamov R.Sh. Rapid simultaneous sevring of whole blood for factor V Leiden and for G20210A prothrombin variant by multiplex polymerase chain reaction with Hind III. //Molecular Biology, 2000, v. 34, p. 418-419

6.Gaustadnes M., Rudiyer N., Rusmussen K. et al. Intermediatic and severe hyperhomosysteinemia with thrombosis: a study of genetic determinants //Thromb. Haemost., 2000, v. 83, p. 554-558

7.Gurgey A., Rustamov R., Parlak H. et al. Prevalence of factor V Leiden and Methylentetrahydrofolat reduct. C677T mutations in Azerbaijan // Th. Haem.,1998, v. 80,p. 520-521

8.Hessmer M.J., Luhn R.A., Pearson S.L. et al. Prevalens of prothrombin G20210A factor, FVG1691A (Leiden) and methylentetrahydrofolate reductase (MTHFR) C677T in seven different population determined by multiplex allele-spesific risk// Thromb.Haemost., 1999, v. 81, p. 733-735

9.Jafarov T., Bagirov I., Rustamov R. Venous thrombosis risk factors. – FVZ. F II and MTHFR C677T in Azerbaijan // Joint Annual Sci. Meet. of FSANZ and ASBT.-Australia, 2001, p. 25

10. Jafarov T., Rustamov R., Gurgey A. et al. Prevalance of prothrombin gene G20210A mutation in Azerbaijan //Brit. J. Haematol., 2000, v.108, p. 883-888

11. Levine J.S., Branch D.W., Rauch J. The antiphospholipid syndrome // N. Eng. J. Med., 2002,v. 346, p. 752-763

12. Makris M. Hyperhomocysteinemia and thrombosis// Clin. Lab. Haem., 2000, v. 22, p. 133-143

13. Morita H., Taguchi J., Kurihara H. etal. Genetic polymorphism of 5, 10-methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) as a risk factor for coronary artery disease // Circulation, 1997, v.95, p. 2032-203

14. McGlennen R.C., Key N.S. Clinical and laboratory management of the prothrombin G20210A mutation // Arch. Path. Lab. Med., 2002, v. 126, p. 1319-1321

15. Montaruli R., Hennekens C.H., Selhub J. et al. Does coexistence of factor V Leiden mutation and factor II (20210 G-A) lead to increased phenotype severity? / 16th Intern. Congr. on thrombosis.- Porto, 2000

16. Nishio h., Leo M., Fujii M. et al. A common mutation in methylene tetrahydrofolate reductase gene among the Japanese population // Jpn. J. Hum. Genet., 1996, v.41, p. 247-251

17. Nelen W.Z., Blom A.J. Streegers E.A.P. et al. Hyperhomocysteinemia and recurrent early pregnancy loss: a meta analysis // Fertil. Stieril., 2000, v. 74, p. 169-199

18. Ongoren S., Baslar Z., Aykut A. et al. Risk factor evaluation of a corot of patients suffering thromboembolic events. // Haemostasis., 2000, v.30, p. 132-135

19. Ozbek U., Tangun Y. Freguency of factor V Leiden in Turkey// Int. J. H., 1996, v. 64, p. 291-293

20. Pepe G., Camacho V., Giusti B. et al. Heterogenetic in world distribution of the thermolabile C677T mutation in 5, 10-methylentetrahydrofolate reductase // Am. J. H. Ge., 1998, v.63, p. 917-920

21. Pabinger I., Grafenhoter H., Kyrle P. et al. Temporary increance in the risk for reccurence during pregnancy in women with a history of venous thrombembolism // Blood, 2000, v. 2002, p. 1060-1062

22. Rached R.A., Horellou M.N. Elalamy I. et al. Homozigous 20210A prothrombin mutation combined with heterozygous factor V Leiden mutation. /16th Congress on thrombosis and Traemostasis. Porto. – 2000

23. Rabinger I., Nemes L., Rintelen C. et al. Pregnancy associated risk for venous thromboembolism and pregnancy outcome in women homoziqous for factor V Leiden. //Hematol J., 2001, v. 1, p. 37-40

24. Schobers R., Lunker R., Auberger K. et al. Factor V G1691A and prothrombin G20210A mutation. // Eur. J. Pediat, 1999, v.158, p. 105-108

25. Simoni P., Prandoni P., Lensing A. et al. The risk a recurrent venous thromboembolism in patient with an arg 506 mutation in the gene for factor V // N. Eng. Med., 1997, v.336, p. 399-403

26. Soria J., Almasy L., Souto J. et al. Linkage analysis demonstrates that the prothrombin G20210A mutation jointly influences plasma prothrombin levels and risk of thrombosis // Blood, 2000, v.95, p. 2780-2875

27. Tanriverdi K., Aikimbayev K., Gurkan E. et al. Factor V Leiden, C proteini and antithrombin in patients with thrombosis in Southern Turkey // Haemostasis., 1998, v. 28, p. 399-402

28. Tutschek B., Struve S., Geocke T. et al. Clinical risk factors for deep venous thrombosis in pregnancy and the puerperium //J. Perinat Med., 2002, v. 30, p. 367-370
29. Van Boven H., Reitsma P., Rosendaal F. et al. Factor V Leiden in families with inherited antithrombin deficiency. // Thromb. Haemost., 1996, v.75, p. 417-421
30. de Visser M., Rosendaal F., Bertina M. A reduced sensitivity for activated C proteini in the absence of factor V Leiden increases the risk of venous thrombosis. // Blood, 1999, v.93,p. 1272-1276
31. Westendorp R., Reitsma P., Bertina R. Inherited prethrombotic disorders and infections purpura. // Thromb. Haemost., 1996, v.75, p. 899-901
32. Winkler U. Blood coagulation and oral contraceptives: a rev // Contraception, 1998, v. 57, p. 203-209
33. Zandra R., Lesly R., Chileot I. The C677T MTHFR gene mutation is not predictive of risk for recurrent fetal loss. // Br. J. Haematol., 1999, v.1, p. 98-101
34. Zivelin A., Griffin H., Samama M. et al. A single genetic origin for a common Caucasian risk factor for venous thrombosis // Blood, 1997, v. 89, p. 397-401

SUMMARY
THE ROLE OF COMBINED HEREDITY AND GETTING THROMBOSES RISK FACTORS DURING THROMBOSES INCOMPETENCE OF PREGNANT
Sh.G. Shahbazov

The studying heredity and thromboses incompetence F-V-L, F-II-20210 and MTHFR and different combined of pregnant women with thromboses incompetence (303) and health pregnant women (76). It was the combined 3 heredity.

Daxil olub: 01.12.2008

UŞAQLARDA BAĞIRSAQ PARAZITOZLARININ KLINIK-IMMUNOLOJI XÜSUSIYYƏTLƏRI.

M.V.Ibrahimova, A.Ə.Salehov, G.B.Tağıyeva
"Ömür" klinikası, Bakı Avrasiya universiteti, Bakı

Bağırsaq parazitozları – askaridoz, enterobioz, lyamblioz uşaqlar arasında ən geniş yayılmış parazitar xəstəlıklərdəndirlər [1,2,3].

Insanın bu xəstəlıklərlə xəstələnməsi orqanizmə xəstəlık törədicilərinin daxil olması, orqanızmə daxil olmuş parazitlərin miqdarı, onların patogenliyi ilə yanaşı bağırsaqıarın normal mikroflorası, mədə-bağırsaq sisteminin funksional vəziyyəti, spesifik və qeyri-spesifik rezistenliyi və s. –dən asılıdır [1,3,5,6,8]. Orqanizm yoluxduğu andan parazit- sahib münasibətləri formalaşır, onlar daima bir-birinin özlərinə qarşı yönələn mənfi təsirlərinə qarşı adekvat münasibət göstərirlər. Bu münasibətlərin inkişafı xəstəliyin klinikasını, patogenezi formalaşdırır və müalicəsinin nəticəsinə təsirini göstərir. Sahib-parazit münasibətlərindən asılı olaraq parazitlərdə sahibin fizioloji statusuna nəzarət mexanizmi yaranır ki, bu da bir növü sahibin metobolizmini parazitin fəaliyyəti ücün münbit şərait yaradılmasına yönəldir [4,5,6,10,12,15,16].

Digər tərəfdən parazitlər insan orqanızminin immun sisteminə supressiv təsir göstərək immun sisteminin onlara qarşı adekvat reaksiyalarını zəiflədirlər. Bu təsirlər xüsusən də formalaşmaqda olan uşaq oraqnizmində özünü daha çox büruzə verir.[7,10,14] Bu məsələlərin öyrənilməsi kəskin antropogen dəyişikliyə məruz qalan (hipermiqrasiya, hiperurbanizasiya, müharibə şəraiti, ekoloji dəyişikliklər və s.) bizim Respublikamızda müasir şəraitdə xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Digər tərəfdən bağırsaq parazitozlarına yoluxmuş uşaqlarda immun statusun öyrənilməsi xəstəliyin ağırlıq dərəcəsini müəyyən etməklə yanaşı, müalicəsinin gedişatı və onun effektivliyinə nəzarət etməkdə də həkimə köməklik edir.

Bu məqsədlə "ÖMÜR" Klinikasında 640 nəfər klinikaya daxil olan uşaqlar bağırsaq parazitozlarına görə müayinə edilmişlər ki, bağırsaq parazitozları aşkar edilən 251 uşaqda xəstəliklərin kliniki gedişatı, onlardan 229-da qanın kliniki və immun göstəriciləri müayinə edilmişdir.

Cədvəl 1
Uşaqlarda bağırsaq parazitozlarının klinik gedişi

Bağırsaq parazitozları və praktik sağlam uşaqlar	Müayinə edilənlərin sayı	Kliniki əlamətlərsiz keçən-lərin sayı		Kliniki əlamətlərlə keçən-lərin sayı	
		Mütləq	%	Mütləq	%
Enteroboiz	58	8	13,7+-4,5	50	86,2+-4,5
Askaridoz	76	16	21,0+-4,6	60	78,9+-4,7
Lyamblioz	54	9	16,6+-5,0	45	83,3+-5,1
Ask+enterob.	26	2	7,6+-5,2	24	92,3+-14,1
Ask+lyamblioz	14	2	14,2+-9,3	12	85,7+-9,4
Enterob +lyamblioz	15	2	13,3+-8,8	13	86,7+-8,8
Enter.+lyam.+ask	8	0	0	8	100+-0
Bağırsaq parazitozları(ümumi)	251	39	15,5+-2,2	212	84,5+-2,2

Cədvəl 1-dən göründüyü kimi 251 bağırsaq parazitozları ilə yoluxmuş uşaqlardan 13,3+-2,1%-də xəstəlik klinik əlamətsiz kecmiş, 86,7+-8,8%-də isə bu və ya digər klinik əlamətlərlə özünü büruzə vermişdir. Ən az klinik əlamətsiz gediş enterobiozla yoluxmuş uşaqlarda 13,7+-4,5%-da, lyamblıozda 16,6+-5,0%, askaridozda isə 21,0+-4,6% rast gəlır.

Müayinə edilən uşaqlarda eyni zamanda qanin klinik və immunolji göstəriciləri, yəni immunoqlobulinlər (İqA, İqM, İqG, İqE), limfositlər, eozinofillər yoxlanılmışdır. Cədvəl 2-də nəticələr öz əksini tapmışdır.

Cədvəl 2
Bağırsaq parazitozları ilə yoluxan və praktik sağlam uşaqlarda qanda immunoqlobulinlər, limfositlər və eozinofillərin miqdarı

Bağırsaq parazitozları ilə yoluxan və praktik sağlam uşaqlar	Müayinə edilən-lərin sayı	İqM-q/l	İqG-q/l	İqA-q/l	İqE kE/l	Eozinofillər %	Limfositlər %
Enterobioz	54	1,4+-0,2	16,2+2,8	2,1+-0,3	89,0+-7	4,8+-2,9	44,6+-6,7
Askaridoz	68	1,6+-0,3	17,3+3,0	2,5+-0,3	126+-13	5,6+-2,8	45,3+-6,0
Lyamblioz	46	1,0+-0,1	17,6+2,8	2,4+-0,2	129+-14	4,3+-2,9	42,8+-7,2
Ask.+enterobioz	24	1,6+-0,1	15,5+2,8	2,9+-0,2	107+-7	5,1+-4,5	43,1+-10,1
Enterob+ lyamblioz	15	1,5+-0,4	17,1+-1,4	2,4+-0,2	121+-12	4,1+-5,1	40,1+-12,6
Enter.+lyamb+ askaridoz	8	1,5+-0,2	17,3+-1,7	2,3+-0,2	118+-9	5,3+-7,9	42,8+-17,5
ask.+lyambl	14	1,4+-0,2	18,1+1,5	2,6+-0,2	125+-12	5,4+-6,0	45,4+-13,3
Bağırsaq parazitozları	229	1,4+-0,2	17,0+-1,4	2,4+-0,2	116+-16	4,9+-1,4	43,4+-3,2
Praktik sağlam uşaqlar	112	0,87+0,1	13,4+-2,4	1,6+-0,2	75,0+-12	2,4+-1,4	41,3+-4,6

Cədvəl 2-dən göründüyü kimi bağırsaq parazitozları ilə yoluxmuş uşaqlarda sağlam yşaqlara nisbətən immunoqlobulinlərin miqdarı çoxdur. Belə ki, bağırsaq parazitozları ilə yoluxmuş uşaqlarda

İq M- 1,4+-0,2q/l, İq G 17,0+-3,2q/l, İq A 2,4+-0,4q/l, İqE 116+-16kE/l, kontrol qrupda isə İqM-0,87+-0,1q/l, İqG 13,4+-2,4q/l, İqA 1,6+-0,2q/l, İqE 75+-12 kE/l olmuşdur.

Digər tərəfdən cədvəldən göründüyü kimi ayrı-ayrı parazitozlarla xəstələnmiş uşaqlarda immunoqlobulinlərin miqdarı fərqlənir. Məs: İqM ən az lyambliozla yoluxmuşlarda (1,0+-0,5q/l), nisbətən çox enterobiozda (1,4+-0,2q/l), daha çox isə askaridozla yoluxmuşlarda (1,6+-0,3q/l) aşkar edilir. İqG isə əksinə ən çox lyambliozla yoluxmuş uşaqlarda (17,6+-2,8q/l), nisbətən az isə enterobiozda (16,2+-2,8 q/l) aşkar edilir.

İq A isə ən az enterobiozla yoluxmuşlarda (2,1+-0,3q/l), askaridoz və lyambliozla yoluxmuşlarda isə tədricən eyni miqdarda rast gəlir.

Eyni hal İqE-də də müşahidə edilir. Enterobizda bu göstərici askridoz və lyambliozla yoluxmuşlara nisbətən az miqdarda aşkar edilir.

Mikst invaziyalarda bu göstəricilər bir-birindən o qədər də fərqlənmirlər.

Qanda eozinofillərin miqdarı praktik sağlam uşaqlarda (2,4+-1,4%) bağırsaq parazitozları ilə yoluxmuşlara (4,9+-1,4%) nisbətən 2 dəfə azdır.

Eozinofillərin miqdarı lyambliozlu xəstələrdə ən az (4,3+-2,9%), nisbətən çox enterobiozda (4,8+-2,9%), daha çox isə askaridozda aşkar edilir.(5,6+-2,8%)

Mikst invaziyalarda isə bu göstəricilər ən az 4,1+-5,1% enterobioz, lyambliozla, ən çox isə 5,4+-6,0% askaridoz, lyambliozla yoluxmuş uşaqlarda müşahıdə edilmişdir.

Limfositlərin miqdarı bağırsaq parazitozları ilə yoluxmuş uşaqlarda (43,4+-3,2%) praktik sağlam uşaqlara nisbətən (41,3+-4,6%) artıq müşahıdə edilir. Limfositlər ən az lyambliozlu uşaqlarda (42,8+-7,2%), nisbətən çox enterobiozda (44,6+-6,7%) və askaridozda (45,3+-6,0%) rast gəlir. Mikst invaziyalarda limfositlərin miqdarı enterobioz, lyambliozda ən az (40,1+-12,6%), ən çox isə askaridoz, lyambliozla yoluxmuş uşaqlarda (45,4+-13,3%) aşkar edilir.

Aparılan tədqiqatlatın nəticələrini yekunlaşdırsaq görərik ki, bağırsaq parazitozları ilə yoluxmuş uşaqların əksəriyyətində invaziya bu və ya digər kliniki əlamətlərlə gedir.

Digər tərəfdən bu xəstəlıiklərlə xəstələnmiş uşaqlarda praktik sağlam uşaqlara nisbətən qanda İqM, İqA, İqG, İqE və o cümlədən eozinofillər və limfositlərin miqdarı artır.

ƏDƏBİYYAT

1. Благова Н. Н. Некоторые факторы иммунитета у больных аскаридозом и энтеробиозом на фоне лечения альбендозолом. Авторефер. дисс. канд. мед. наук.- СПб., 1997
2. Доросевич А. Е., Храмцов М. М. Уровень сыворотных иммуноглобулинов, содержащие Т, В, Д- розеткообразующих лимфоцитов и нулевых клеток у доноров и лямблионосителей //Мед. паразитол., 1982, №5, с.62-64
3. Копанев Ю. А. Клинико-микробиологические особенности современного течения аскаридоза и энтеробиоза у детей: Автореф. дисс. канд. мед. наук.- М., 2001
4. Озероцковская Н. Н. Лечение паразитарных болезней, достижения, трудности, новые пути // Мед. паразит. 1982, №5,с. 3-12.
5. Озероцковская Н. Н. Современные клинические задачи в паразитоцепологии // Мед. паразит. 1984, №5 с.3-9.
6. Озероцковская Н. Н. Химиотерапия, иммунный статус больных и перспективы иммунокоррекции при паразитарных болезнях (на примере природно-очаговых инвазий) // Мед. паразитол. 1989 №6,с.5-12
7. Осипова С. О. Иммунологические аспекты лямблиоза (обзор литературы) // Мед. паразит., 1982, №5, с. 57-62
8. Салехов А. А., Иманова Э. М. Дисбактериоз и кишечные паразитозы(аскаридоз, энтеробиоз, лямблиоз) / Научные и педогогические известия Университета Одлар Юрду.- Баку, 2006, №16, с.25-29
9. Легоньков Ю. А. с соавт. Различия в динамике эозинофилии крови, иммуноглобулинемий Е и содержания циркулирующих иммунных комплексов у больных хроническим описторхозом, леченных разными дозами празиквантеля // Мед. паразит., 1992, №5-6, с. 19-23
10. Allen JE., Maizels R.M. Immunology of human helminth infection // Int. Arch. Allerqy Immunol., 1996, v.109, p.3-10
11. Cox F.E. Concomitant infections parasites and immune responses parasitology.- 2001, p.23-38
12. Cooper P. J. et al. Human infection with Ascaris lumbricoides is askriates with a polarized cytokine response // J. Infect Dis., 2002, v.182, p.207-213
13. Maizels R. M. et al. Immunoloqical modulation and evasion by helminth parasites in human population //Nature ,1993, v.365, p. 797-805

14. Parveenk Et.al. Risk of intestinal helmints and ptotozooan infection in a refugee population //J.am.trop. med.hyg., 2005, v.73(2), p.386-391

15. Sacks D., Sher A. Evasion of innate immunity by oarasitic protozoa // Nat. Immunol, 2002, v.3, p.1041-1047

16. Sher A. Coffman RJ., Requlation of immunity to parasites by t cells and T cell-derived cytokines//Annu Rev Immun., 1992, v.1, p. 385-409

SUMMARY

CLINIC-IMMUNOLOGICAL CHARACTERISTICS OF INTESTINE PARASITES

M. V. Ibrahimova, A.E. Salehov, G.B. Tagiyeva

The results of carrying out researches show that intestine parasites (askaridoz, enterobioz, lyamblioz) are witely spread amonq the children. Intestine parasites in children in clinical symptoms. Besides the number of immunoqlobulin in intestine parasites and lymphosites, eosinofilles in blood spread out (in healthy children than the pal) more than healthy children.

Daxil olub: 01.12.2008

QISA MƏLUMATLAR- КОРОТКИЕ СВЕДЕНИЯ

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ ТОНКОЙ КИШКИ

М.Я. Насиров, В.Р.Мурсалов, Э.Н.Самедов
Центральный военный клинический госпиталь, г. Баку

В условиях современных локальных войн частота огнестрельных ранений живота в структуре боевых потерь составляет от 3.5 до 20% [1,2,4,5]. Примерно половина пострадавших имеют смертельные ранения и погибают от кровотечения на поле боя [11,13].

В настоящее время происходит совершенствование баллистических свойств ранящих снарядов, что ведет к повышению тяжести ранений [8,10]. Огнестрельные ранения живота и таза в настоящее время остаются наиболее тяжелыми повреждениями военного и мирного времени [3,6,7,9,12,14].

Огнестрельные ранения тонкой кишки выявлены у 43 (39,1%) раненых. В 11 случаях раны тонкой кишки были изолированными, а в остальных 32 случаях сочетанными. Пулевые повреждения кишки были у 28 раненых, осколочные у 15 (минно-взрывные -11, осколочные-4). Чаще всего ранения тонкой кишки сочетались с ранениями толстой. Такие виды ранения были у 17 пострадавших. Варианты сочетанных ранений живота с повреждением тонкой кишки были разнообразны (Таблица).

Таблица
Варианты сочетанных повреждений тонкой кишки

Поврежденные органы живота	Количество	
	Абс.	%
Тонкая кишка	11	25,6
Тонкая кишка -+- печень	1	2,3
Тонкая кишка + печень + почка	1	2,3
Тонкая кишка + желудок + селезенка	1	2,3
Тонкая кишка + желудок + ПЖ	1	2,3
Тонкая и толстая кишка	17	39,6
Тонкая и толстая кишка + печень	1	2,3
Тонкая и толстая кишка + почка	1	2,3
Тонкая и толстая кишка + мочевой пузырь	3	7,0
Тонкая кишка + мочевой пузырь	2	4,7
Тонкая и толстая кишка + желудок	3	7,0
Тонкая и толстая кишка + желудок + печень	1	2,3
Всего	43	100,0

Ушивание ран тонкой кишки выполнено 13 раненым при наличии единичных раневых повреждений. Раневые дефекты менее 1 см имелись у семи раненых, от 1 до 3 см у 4 человек и от 3 до 5 см у двух человек. Всем пострадавшим выполнено ушивание ран с наложением двухрядного шва. При наложении первого ряда швов применяли рассасывающиеся материал и накладывали непрерывные или узловые швы. При наложении второго ряда швов накладывали узловые швы из нерассасывающего материала. У двух человек из четырех, размеры раневых дефектов у которых были более 3 см развилась несостоятельность швов.

Резекция тонкой кишки с формированием кишечного анастомоза выполнена 25

пострадавшим. Показаниями для резекции тонкой кишки явились: дефект кишки, занимающий более 2/3 ее окружности у 14 раненых; повреждение брыжеечного края кишки или брыжейки с сегментарным нарушением кровоснабжения у 7 раненых; две раны любых размеров, расположенных менее 4 см друг от друга или более двух ран, на протяжении 10 см - у 4 раненых.

Техника наложения тонкокишечного анастомоза была стандартной. Кишечный анастомоз типа «бок в бок» использовался чаще всего и сформирован у 17 раненых. Из-за технической простаты анастомоз «бок в бок» использовался чаще. Самый физиологичный анастомоз типа «конец в конец», в техническом исполнении более сложный был сформирован у шести человек. Непрерывность тонкой кишки с использованием анастомоза «конец в бок» была восстановлена у двух человек. У одного из этих раненых это был энтероколоноанастомоз. Несостоятельность тонкокишечных анастомозов «бок в бок» в послеоперационном периоде отмечена у трех раненых. Причиной развития несостоятельности анастомоза явился огнестрельный перитонит развившийся в результате не адекватной санации брюшной полости.

Исключение в формирование тонкокишечного анастомоза после резекции составили раны тощей кишки, локализующиеся в области связки Трейца у одного раненого и повреждения в области илеоцекального угла у четырех пострадавших. При таких повреждениях выполнили резекцию кишки и сформировали энтеростому (дуоденостома, илеостома). Послеоперационное осложнение после данной операции в виде спаечной тонкокишечной непроходимости было у одного раненого.

При множественных повреждениях различных отделов тонкой кишки, в зависимости от размеров раневых дефектов от 1 и более см - было выполнено ушивание ран с формированием кишечного анастомоза «бок в бок» у шести раненых и «конец в бок» у двух. В одном случае в результате перфорации ушибленного участка тонкой кишки развился перитонит.

Всем раненым после ушивания раны или резекции кишки проводилась назоэнтеральная интубация желудка и тонкой кишки в течении 5-10 суток. Сроки удаления зонда зависели от сроков восстановления перистальтики тонкой кишки, что контролировалось по данным УЗИ и рентгеноскопии брюшной полости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гуманенко Е.К., Супрун Т.Ю., Бояринцев В.В. Объективная оценка тяжести повреждений у пострадавших с механическими травмами / Травма, шок, травматическаяболезнь. - СПб., 1993, с..50-55.
2. Гуманенко Е.К. Боевая хирургическая травма. Повреждения живота и торакоабдоминальные ранения / Указания по военно-полевой хирургии.- М.,2000, с.63-82, с.231-253.
3. Дубовников Г.В., Романовский А.В., Тарасов И.Б. Огнестрельная травма органов брюшной полости // Всероссийская научно-практическая конференция хирургов. - Калуга,1996, с.22.
4. Ерюхин И.А., Марчук В.Г., Лебедев В.Ф., Бояринцев В.В. Шесть принципов лечебно-диагностического процесса при тяжелой сочетанной механической травме и особенности их реализации в условиях этапного лечения пострадавших // Вестн. Хирургии, 1996, №5, с.80-84.
5. Костюк Г.А. Релапаротомия у раненых в живот огнестрельным оружием: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - СПб.,1998, 198 с.
6. Нечаев Э.А., Грицанов А.И., Миннуллин И.П. и др. Взрывные поражения.- М.: Фолиант, 2002, 656 с.
7. Попов В.Л., Дыскин Е.А. Раневая баллистика . - СПб., 1994. – 140 с.
8. Ревской А.К., Люфинг А.А. Хирургическая тактика при огнестрельных ранениях живота // Хирургия, 1998, №10, с. 15-19.
9. Ревской А.К., Войновский Е.А. Ранения живота и таза.- М.: Медицина, 2001, 407 с.
10. Шапошников Ю.Г., Богданов Г.Н., Варфоломеев В.Н. и др.Огнестрельная рана: физико-химические и медико-биологические аспекты.-М.: Наука, 2002, 243 с.
11. Coupland R. Abdominal wounds in war // Br J Surg., 1996, v.83, №11, p.1505-1511
12. Mabry R.L., Holcomb J.B., Baker A.M. et all. United States Army Rangers in Somalia: an analysis of combat casualties on an urban battlefield // Hi. Trauma., 2000, v.49, № 3, p.515-528
13. Rignault D.P. Abdominal trauma in war // World. J. Surg., 1992, v.16, N5, p.940-946.
14.Salim A., Velmahos G.C. When to operate on abdominal gunshot wounds // Scand. J. Surg., 2002, v.91, №1, p.62-66.

Daxil olub: 25.12.2008

ЛАРИНГОТРАХЕОПЛАСТИКА ПОСЛЕ НЕЭФФЕКТИВНЫХ ЛАЗЕРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У РЕБЕНКА 3-Х ЛЕТ С ПАРАЛИТИЧЕСКИМ СТЕНОЗОМ ГОРТАНИ

Р.М. Гашимли, П.В.Павлов
Азербайджанский Государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева, г. Баку

Несмотря на достигнутые успехи в хирургической ларингологии, проблема адекватного восстановления просвета гортани и голоса при врожденных и приобретенных параличах гортани у детей остается весьма актуальной.

Главным и наиболее тяжелым проявлением паралитических стенозов является нарушение дыхательной функции с обструктивным механизмом нарушения функции легких. Голосовая и защитная функции при этом, как правило, удовлетворительные [3,4].

Когда определено, что имеется недостаточная компенсация ларингеальных функций, предложено много хирургических доступов для воздействия на гортань. Все процедуры должны быть оценены в сроки их возможного эффекта на 3 кардинальные функции гортани. Рестенозирование после перенесенных хирургических вмешательств наступает от 6% до 78% [1,5]. При неудаче первой операции стеноз становится рубцово-паралитическим, и его лечение еще более усложняется [2].

Позиция парализованных голосовых складок будет влиять на тип дополнительных процедур [6].

Цели лечения паралича гортани у детей включают: 1.Обеспечение и поддержание безопасного и стабильного дыхания; 2.Достижение или сохранение внятной речи; 3.Глотание без аспирации.

Ниже мы представляем собственное наблюдение.

Больной Д. 1 год 8 мес., поступил в ЛОР отделение Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии 25 октября 2004 г.

Жалобы при поступлении на невозможность дыхание через естественные дыхательные пути.

Из анамнеза стало известно, что ребенок от 2 беременности, 2-е нормальные роды, маме 25 лет. Беременность протекла нормально, роды нормальные. Родился на сроке 31/32 недель. Родился с ВПР – трахеопищеводный свищ. На 2-е сутки жизни оперирован по этому поводу. После операции ребенок в течение 10 дней находился на интубации. После наложена трахеостома. В дальнейшем ребенка деканюлировать не удалось.

При поступлении в клинику общее состояние ребенка удовлетворительное. Кожные покровы бледные, чистые. Слизистые розовые. Дыхание через трахеостомы свободное. Перкуторно легочный звук. Тоны сердца громкие, ритмичные, систолический шум. Живот мягкий, стул 2-3 раза. Дизурии нет.

Риноскопия – слизистая оболочка полости носа розовая, носовые ходы чистые, носовое дыхание свободное.

Фарингоскопия – слизистая розовая, влажная, небные миндалины I ст., налетов нет.

Отоскопия – AD et AS –барабанные перепонки бледно-серые, контуры четкие.

При фиброларингоскопии выявлено парамедианное стояние голосовых складок, их полная неподвижность при дыхании и фонации. При ретроградном исследовании через трахеостому подголосовой отдел не изменен.

Общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи без патологии. УЗИ сердца – функциональный шум, данных за порок нет. На рентгенографии органов грудной клетки в легких на фоне вздутия определяется усиление легочного рисунка в медиальных отделах.

Таким образом, учитывая, что у пациента имеется двухсторонний паралич гортани, а также то, что ранее попыток хирургического лечения не проводилось, было решено проведение эндоскопического оперативного вмешательства – лазерная хордаритеноидотомия.

12 ноября 2004 года под назофарингеальным наркозом больной произведена прямая опорная эндовидеоларингоскопия при помощи ларингоскопического клинка KARL STORZ,

оснащенным оптикой HOPKINS, объединенного с цифровым накопителем SONY. При прямой ларингоскопии наш диагноз подтвердился. Диодным лазером Аткус-15, в контактном режиме, на мощности 7 Вт произведено левосторонняя хордаритеноидотомия.

В послеоперационном периоде перенес 2-х стороннего бронхопневмонию. Получал лечения по этому поводу.

10.12.04 произведена прямая ларингоскопия: просвет гортани расширился, однако для восстановления адекватного дыхания через естественные пути показана контрлатеральная хордаритеноидотомия справа.

Через 3 месяца после первой операции больной повторно поступил в ЛОР клинику СПбГПМА для выполнения контрлатеральной хордаритеноидотомии (с правой стороны).

08.02.05 произведена правосторонняя хордаритеноидотомия. Через неделю после операции - 15.02.05 утром ребенок деканюлирован; дыхание через естественные пути свободное. Однако к вечеру дыхание ухудшилось и дежурнымврачом произведено бужирование трахеостомы и установлена трахеотомическая трубка типа Portex № 4.

При контрольной фиброларингоскопии через 1 месяц – вход в гортань свободный, слизистая гортани розовая, влажная, подвижности гортани нет, в задних отделах имеется просвет, но для дыхания недостаточный.

Для создания нормального просвета гортани ребенку показана ларинготрахеопластика с редрессацией печатки перстневиднего хряща, трансплантацией реберного аутохряща, с эндопротезированием.

23.12.05 больному произведена операция – Ларинготрахеопластика (с редрессацией печатки перстневиднего хряща, трансплантацией реберного хряща на переднюю ларинготрахеальную стенку и эндопротезированием). Оперативное вмешательство проводилось под общим обезболиванием с интубацией больного через трахеостому.

На первом этапе операции выполнялась прямая ларинготрахеоскопия, во время которой окончательно определялась локализация, распространение, форма и возможная глубина патологического процесса.

Разрез кожи производился горизонтально по переходной складке шеи, на уровне дуги перстневидного хряща. Гортань обнажалась тупым путем (кожные края раны отсепаровывались кверху до верхней грани щитовидного хряща и книзу до первого кольца трахеи), после чего по средней линии рассекались щитоперстневидная связка, дуга перстневидного хряща. В просвет гортани вводился металлический зонд, значительно облегчавший ориентацию. Далее выполнялось расширение просвета гортани в ее задних отделах. Для этого вертикальным разрезом рассекалась печатка перстневидного хряща на всем ее протяжении, после чего разведением браншей ламинотома, введенного в просвет раны, печатку разделяли на две половины до образования нормального возрастного просвета гортани. Разрез продлевался книзу, и рассекалась задняя стенка трахеи в пределах пищеводного жома в проекции двух верхних полуколец. Полное вертикальное рассечение печатки тщательно контролировалось визуально и при помощи пальцевого исследования. Затем сверху вниз, от верхнего края рассеченной печатки перстневидного хряща пересекались поперечная межчерпаловидная и задние косые мышцы, все соединительнотканные перемычки. Передняя стенка глотки на всем протяжении тупо отделялась от обеих половин пластинки перстневидного хряща. Слизистая оболочка гортаноглотки сохранялась.

После дистракции обеих половин печатки перстневидного хряща в полученный просвет пролабировала передняя стенка пищевода, а в верхней трети просвета становилась обозримой стенка глотки. Края рассеченной слизистой оболочки задней поверхности гортани сшивались с пролабирующей в просвет раны передней стенкой глотки двумя параллельными рядами узловых швов на всем протяжении, от верхушек черпаловидных хрящей до нижнего края пищеводного жома. Края слизистой оболочки в месте рассечения двугранного угла щитовидного и дужки перстневидного хрящей сшивались с надхрящницей узловыми швами симметрично с обеих сторон. Далее производились два симметричных разреза слизистой оболочки в проекции голосовых отростков черпаловидных хрящей, которые тупо выделяли и резецировали. Операция проводилась при тщательном гемостазе, который достигался использованием электроотсоса, тампонов с раствором перекиси водорода и

диатермокоагуляцией. Расширение просвета гортани контролировалось путем прямой ларингоскопии, пальцевым исследованием и ретроградным проведением интубационных трубок соответствующего размера.

На заключительном этапе операции в гортань вводился и фиксировался силиконовый эндопротез.

Смена эндопротеза производилась через каждый месяц 2 раза и 28.03.06 больной деканюлирован. Дыхание через естественные пути свободное. Через 2 недели трахеостома самостоятельно закрылась.

При контрольной фиброларингоскопии через 6 месяцев – вход в гортань свободный, слизистая гортани розовая влажная, просвет гортани достаточен для дыхания.

Интерес данного наблюдения заключается, по нашему мнению, в следующем:

Широко применяемые у взрослых пациентов и у детей старшего возраста эндоскопические методики лечения паралитических стенозов гортани оказались неэффективными у ребенка в возрасте 1 год 8 мес. В этом случае эффективным оказалось ларинготрахеопластика с редрессацией печатки перстневиднего хряща, трансплантацией реберного аутохряща, эндопротезированием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Погосов В.С., Антонив В.Ф, Банарь И.М. Микроскопия и микрохирургия гортани и глотки.- Кишинев: Штиница, 1989, 230 с.
2. Тарасов Д.И. Реконструктивная хирургия при рубцовых стенозах гортани и шейного отдела трахеи / Диагностика и реабилитация при заболеваниях верхних дыхательных путей: Сб. тр. / СПб.- 1992, с. 111-117
3. Усков А.Е. Эндоскопическая ларингопластика в реабилитации больных двусторонними паралитическими стенозами гортани: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.-СПб.,1995, 22 с.
4. Цуриков В.П. Хирургические подходы к реабилитации больных паралитическими стенозами гортани / Диагностика и реабилитация при заболеваниях верхних дыхательных путей: Сб. тр.- СПб., 1992, с. 126-132.
5. Linder A. Vocal fold laterization using carbon dioxide laser and fibrin glue / A. Linder, C.E. Lindholm // J. Laryngol. Otol., 1992, v.106, N3, p. 226-230
6. Zhar R.I., Smith R.J. Vocal fold paralysis in infants twelve months of age and younger // Otolaryngol. Head Neck Surg., 1996, v.114, p. 18-21

SUMMARY

LARYNGOTRACHEOPLASTY AFTER UNEFFECTIVE LASER INTERVENTION FOR CHILD OF 3 YEARS VITH BİLATERAL VOCAL CORD PARALYSIS.

R.M. Hashimli, P.V. Pavlov

There were discussed the problems of laryngotracheoplasty after uneffective laser intervention for child of 3 years vith bilateral vocal cord paralysis. It was analyzed some literature about this problem.

Daxil olub: 17.12.2008

EKSPERİMENTDƏ ANAFİLAKTİK ŞOK VƏ ARTYUS FENOMENİ YARADILMIŞ HEYVANLARDA LİTİUM OKSİBUTİRAT İNYEKSİYASINDAN 24 VƏ 48 SAAT SONRA LİTİUM MİKROELEMENTİNİN SƏVİYYƏSİNİN DƏYİŞİKLİKLƏRİ

T.R. Əliyeva
Azərbaycan tibb universiteti, Bakı

` Allergik reaksiyaların gedişinə təsir göstərən faktorlardan biri də mikroelementlərdir [1,10,12]. Son illərin tədqiqatları göstərmişdir ki, mikroelementlər allergik reaksiyaları zamanı baş verən müxtəlif proseslərə təsir etmək xüsusiyyətinə malikdirlər [3]. Belə ki, brom, yod, civə, nikel və xrom kimi kimyəvi elementlərin allergenlik xüsusiyyətləri ilə bərabər, litiumun manqanın, kobaltın, sinkin və s. hiposensibilizəediji və antiallergik təsiri aydınlaşdırılmışdır

[4,5]. Ədəbiyyatlarda həmçinin, mikroelementlərin, mediator sintezi və sekresiyasına, qan və limfa cərəyanına, iltihabın inkişafına təsiri haqqında məlumatlar vardır [6,8]. Bəzi mikroelementlər (Li, Rb, Se) böyük dozalarda hiposensibilizəedici və antiallergik təsir göstərirlər [3,9]. Aydınlaşdırılmışdır ki, orqanizmi əvvəlcədən mikroelementlərlə, xüsusilə də litium birləşmələri ilə zənginləşdirdikdə, hiposensibilizasiya törənir və anafilaktik şokun əmələ gəlməsinin qarşısını alınır, ya da şok çox yüngül keçir [2].

Bəzən litium mikroelementlərin təsirindən, hətta IgE-nin əvəzinə Ig A və ya IgG sintezi artır [5]. Təyin olunmuşdur ki, dovşanlarda Artyus fenomeni zamanı sensibilizasiyanın yüksək həddində mikroelementlərin və metalloproteidlərin dəyişkənliyi baş verir. Həmçinin, litium birləşmələrinin təsirindən Artyus fenomenində baş verən hiperergik iltihabın intensivliyi zəifləyir, hətta iltihab əlamətləri itir [11].

Həmçinin, bu tədqiqatlarda sensibilizasiya dövründə litium-xloridin bronxların saya əzələlərinin tonusuna və allergik bronxospazma təsiri öyrənilmişdir [9].

Aydınlaşdırılmışdır ki, litium duzlarının yüksək dozaları immun cavab reaksiyasını T supressorları ləngitmək yolu ilə fəallaşdırır. Bu preaparatlarla müalicə olunan psixi xəstələrdə T-supressorlar tərəfindən ifraz olunan makrofaqların miqrasiyasını stimulyasiya edən amilin səviyyəsi azalır. Litium duzları limfositlərdə ts. AMF-in səviyyəsini artırmaqla T supressorların proliferasiyasını ləngidir ki, bu da immun cavab reaksiyasının fəallaşmasına səbəb olur.

Bütün bu ədəbiyyat məlumatlarına baxmayaraq, həm atopik reaksiya olan anafilaktik şok, həm də immunokompleks reaksiyalarına aid olan Artyus fenomeni zamanı litiumun səviyyəsi qanda və limfada müqayisəli öyrənilməmişdir. Həmçinin, eksperimentdə anafilaktik şok və Artyus fenomeni yaradılmış dovşanlara litium oksibutiratın 10 günlük inyeksiyasından 24 və 48 saat sonra litiumun qanda və limfada səviyyəsinin dəyişikliklərini öyrənmək maraqlıdır. Bu səbəbdən, biz aşağıdakı tədqiqatı apardıq.

Tədqiqatın material və metodları. Eksperiment 2 seriyada aparılmış, kontrol seriya kimi intakt heyvanların qanında və limfasında tədqiq olunmuş Li mikroelementinin səviyyəsi götürülmüşdür. I təcrübə seriyasında litium mikroelementinin miqdarı anafilaktik şok, II təcrübə seriyasında isə Artyus fenomeni yaradılmış dovşanlarda litium oksibutiratın 10 günlük inyeksiyasından 24 və 48 saat sonra təyin edilmişdir. Eksperimentdə dovşanlarda anafilaktik şok yaratmaq üçün onların dərisi altına 0,1 ml at serumu yeritməklə sensibilizasiya edilmiş, həlledici doza isə 1 ml həcmində ürək boşluğuna yeridilmişdir. Artyus fenomenini almaq üçün 5 gündən bir olmaqla, 1 ml at zərdabı dovşanın bud nahiyəsinin dərisi altına yeridilmiş, 5 və ya 6-cı inyeksiyadan sonra at zərdabı yeridilmiş nahiyədə nekroz müşahidə edilmişdir.

Təcrübə üçün lazım olan qan dovşanın qulağının kənar venasından, limfa isə M.X. Əliyev və V.M. Məmmədovun modifikasiyasında A.A. Kornienko üsulu və döş limfa axacağından götürülmüşdür. Litiumun səviyyəsinin atom-absorbsion üsulla təyini «Perkin Elmer»,ABŞ firması olan AAS-300 spektromeri vasitəsilə aparılmışdır. Müqayisə nümunələri litium-xloridin əsasında hazırlanmış əsas etalonu durulaşdırmaqla aparılmışdır. Alınan nəticələr Styudent üsulu ilə statistik işlənilmişdir.

Nəticə və müzakirələr. Tədqiqat nəticəsində aydınlaşdırılmışdır ki, istər anafilaktik şok, istərsə də Artyus fenomeni modeli alındıqdan sonra litium oksibutirat inyeksiya edilmiş heyvanlarda 24 və 48 saatdan sonra litiumun səviyyəsi azalır. Belə ki, anafilaktik şok keçirmiş heyvanlarda litiumun səviyyəsi 0, 29 mmol/l olmuşsa, 10 gün litium oksibutirat inyeksiya etdikdən sonra litiumun qandakı səviyyəsi 1,72 mmol/l-ə qədər yüksəlmişdir. 24 saat sonra litiumun qandakı miqdarı 1,39 mmol/l, 48 saatdan sonra isə 0,85 mmol/l-ə qədər azalmışdır ki, bu da intakt heyvanların qanındakı litiumun miqdarı ilə müqayisədə müvafiq olaraq, 1,07 və 2 dəfə azdır. Beləliklə, tədqiqat nətijəsində məlum olmuşdur ki, anafilaktik şok zamanı litiumun səviyyəsi kəskin enir, litium oksibutirat inyeksiyasından 48 saat sonra isə intakt heyvanların qandakı səviyyəsinə yaxınlaşır. Qeyd etmək lazımdır ki, anafilaktik şok zamanı dovşanlardan 3-ü tələf olduğu üçün qandakı litiumu yalnız 6 dovşanda təyin etmək mümkün olmuşdur.

Artyus fenomeni keçirmiş heyvanlarda litiumun səviyyəsi 1,20 mmol/l –ə bərabər olmuş, 10gün litium oksibutirat inyeksiyasından sonra 2,40 mmol/l –ə yüksəlmişdir. 24

saatdan sonra bu rəqəm 2,03mmol/l-ə qədər enmiş, 48 saatdan sonra isə intakt heyvanların qanındakı səviyyəyə yaxınlaşmışdır. Belə ki, litiumun qandakı səviyyəsi 48 saatdan sonra 1,65mmol /l bərabər olmuşdur.

Limfada litiumun səviyyəsi həm anafilaktik şok, həm də Artyus fenomeni zamanı qanla müqayisədə aşağı səviyyədə olmuşdur. Belə ki, anafilaktik şok dövründə litiumun limfadakı səviyyəsi 0,25 mmol/l olmuşsa, litium oksibutirat inyeksiyasından sonra bu rəqəm artaraq, 1,09mmol/l çatmış, 24 saatdan sonra 0,88 mmlo/l, 48 saatdan sonra isə 0,59 mmol/l-ə enmişdir.

Artyus fenomeni zamanı limfada litiumun səviyyəsi 0,86 mmol/l bərabər olduğu halda litium oksibutirat inyeksiyasından sonra bu rəqəm 1,76 mmol/l yüksəlmişdir 24 saatdan sonra litiumun səviyyəsi 1,16mmol/l, 48 saatdan sonra isə 0,9 mmol/l enmişdir ki, bu da intakt heyvanların göstəricilərindən 1,8 dəfə azdır.

Tədqiqatdan aşağıdakı nəticələr alınmışdır: 1. Anafilaktik şok zamanı litiumun qanda və limfada səviyyəsi kəskin enmişdir. 2. Litium oksibutiratın 10 günlük inyeksiyasından 48 saat sonra bu mikroelementin səviyyəsi normal səviyyəyə yaxınlaşmışdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Алиев С.Д. О роли микроэлементов при анафилактических реакциях //Аллергология и иммунология, 2002, №2, с.134

2. Алиев С.Д., Тагдиси Д.Г., Мусаев И.Г. Об обмене микроэлементов при шоке / Матер. 2-й Республиканской биохимической конференции.- Баку, 1993, с.29

3. Алиев С.Д., Тагдиси Д.Г., Ахундов И.А., Панахи М.А. О роли микроэлементов при анафилактических реакциях / Всемирный конгресс по клинической и иммунной патологии.- Сингапур, 2002, с. 345

4. Алиев С.Д., Тагдиси Д.Г., Мусаев И.Г. и др. Возможный иммунномодулятор микроэлементного происхождения / IV-съезд иммунологов и аллерголов СНГ. Москва // Аллергология и иммунология, 2001, т.2, №2, с. 19-20

5. 5.Алиев С.Д., Тагдиси Д.Г., ИсмайловТ.А., Панахи М.А. Микроелементы как иммунорегуляторы широкого спектра действия / II Российский конгресс патофизиологов.- М., 2000, с.140

6. Наздрюхина Л.Р. Нарушение микроэлементного спектра и пути его коррекции.- М., 1980, 119с.

7. Петров Н.М., Семенов В.В. Литий в лечении тиреотоксикоза // Проблемы эндокринологии, 1986, №2, с.83-86

8. Петрова Т.Р., Скибицкий В.В. Опыт клинического использования лития оксибутирата у больных с нарушениями ритма сердца // Терапевтический архив, 1987, №6, с.115-119

9. Подколзин А.А., Донцов В.И. Факторы малой интенсивности в биоактивации и иммунокоррекции.- М., 1995, с.88-95

10. Строчкова Л.С., Юрова А.В., Жаворонков А.А. Влияние никеля на организм животных и человека // Успехи современной биологии, 1987, №1, с.142-155

11. Тагдиси Д.Г., Алиев С.А., Исмайлов Т.А. О роли лития при сенсибилизации и в иммунной фазе аллергических реакций / Микроэлементы в СССР.- Рига, 1990, с. 75-76

12. Aikawa J. Trace elements and physiology of maqnezium // Eds. A. Prasad, D. Oberleas.- London, 1976, p. 368

SUMMARY

CHANGES OF LITHIUM LEVEL IN 24 AND 48 HOURS AFTER INJECTION OF LITHIUM OXYBUTIRATE AN ANIMAL ON WHICH ARE ANAPHYLACTIC SHOCK AND ARTHUS PHENOMENON REACTIONS ON EXPERIMENT

T.R. Alieva

Aim of the investigation was the comparative analysis of lithium level in blood and lymph during atopic (anaphylactic shock) and immunocomplexis (Arthus phenomenon) allergic reactions.

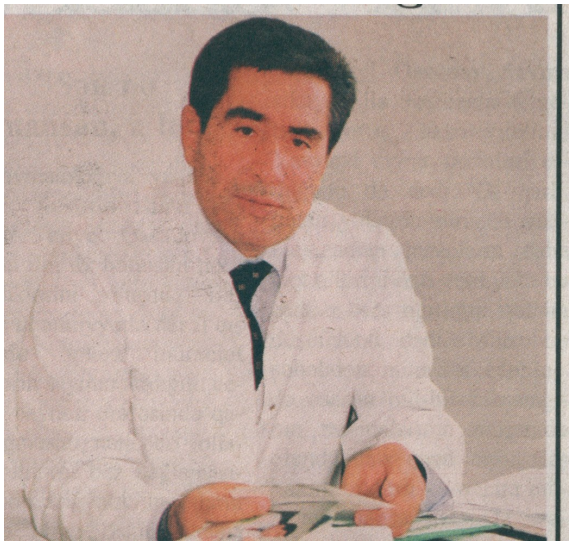
Experiments were carried out in 2 series; as a control was taken level of the lithium in blood and lymph of intact animals. To reproduce anaphylactic shock in experiment the rabbits were sensitized by the way of subcutaneous introduction of 0,1 ml horse serum, and

the resolwing dose (1ml) was introduced into the cavity of the heart. Necessary for the experiment blood was taken the rabbits marginal vein and lymph-from the thoracic lymph duck. Li was defined by atomic – absorption method with the help of the atomic-absorbption spectrometer AAS-300 the firm of " Perkin Elmer" USA.

As a result of the investigation the following conclusions was revealed: The lithium level in blood and lymph is decreased during atopic reactions; This decrease is more marked in blood than in lymph.

Daxil olub: 17.12.2008

XRONİKA- ХРОНИКА



Fəxrəddin Gülmirzə oğlu Cavadov

2009- cu ilə yanvar ayının 9- da Azərbaycan tibb elminin görkəmli nümayəndəsi Fəxrəddin Gülmirzə oğlu Cavadov öz dünyasını dəyişmişdir. Bu böyük alim, nəcib insanın həyatdan vaxtsız gedişi ilə Azərbaycan səhiyyəs və tibb elmi üçün böyük bir itki yaşamışdır.

Görkəmli təşkilatçı- mütəxəssis olan F. Cavadov 21 iyun 1951 – ci ildə Bakı şəhərində anadan olmuşdur. 1968 – 1974 – cü illərdə N.Nərimanov adına Azərbaycan Dövlət Tibb İnstitutunun Müalicə işi fakültəsində təhsil almış, institutu bitirdikdən sonra 1975 – 1977 – ci illərdə Bakı şəhəri Təxirəsalınmaz Tibb Yardım Stansiyasında səyyar həkim, 1977 – 1979 – cu illərdə 5 saylı Şəhər Poliklinikasında həkim – cərrah vəzifələrində işləmişdir.

1986 – cı ildən Azərbaycan Respublikası KP MK – nın Elm və təhsil müəssisələri şöbəsinin, 1989 – cu ildən isə İctimai – iqtisaddiyyat şöbəsinin təlimatçı vəzifələrində çalışmışdır. 1990 – cı ildə Azərbaycan Respublikası səhiyyə nazirinin I müavini vəzifəsinə irəli çəkilmiş və 1996 – cı ilədək bu vəzifədə çalışmışdır. 1998 – ci ildə Ə. Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Tibb fakültəsi üzrə prorektoru, daha sonra isə I prorektoru vəzifələrində işləmişdir. F. Cavadov bu müddət ərzində Ə. Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Urologiya və operativ nevrologiya kafedrası üzrə dosent vəzifəsinə də seçilmişdir. 2000 – ci ilin fevral ayından isə Azərbaycan Respublikası Dövlət Neft Şirkətinin Mərkəzi Neftçilər Xəstəxanasının baş həkimi vəzifəsinə təyin olunmuşdur.

F.Cavadovun xidəmətləri yüksək qiymətləndirilmişdir. Azərbaycan Respublikasının Prezidentinin sərəncamı ilə o, 2004 – cü ildə «Tərəqqi» medalı ilə təltif edilmiş, 2006 – cı ildə isə «Azərbaycan Respublikasının Əməkdar həkimi» adına layiq görülmüşdür.

Amansız ölüm onun qapısını tez çaldı. Belə bir insana, onun fəaliyyət və yaradığılığının bəhzrələrinə səhiyyəmizin ehtiyacı olduğu bir anda bizim sıraları tərk etdi. O tibb elmində böyük xidmətlər göstərmiş və kim bilir hələ neçə- neçə böyük nailiyyətlərə imza atacaqdı. Ömrünün məhsuldar dövründə həyatdan köçən bu insanın özündən sonra qoyduğu iz hələ bir çox nəsillər üçün ərməğan olacaqdır.

Jurnalımızın yaradıcı heyəti tərəfindən böyük alimin, səmimmi insanın ailəsinə onun sıralarımızı vaxtsız tərk etməsi ilə əlaqədar olaraq dərin hüznlə baş sağlığı veririk. Allah onurəhmət eləsin, məzarı nurla dolsun!

2008- ci ildə «Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri» jurnalında dərc olunan məqalələrin göstəricisi

Указатель статей опубликованных в журнале «Современные достижения Азербайджанской медицины» в 2008 г.

İcmallar- обзоры

Abışova Ü.A. Öskürək əleyhinə təsir göstərən fitoşərbətlərin xüsusiyyətləri və tibdə istifadəsi, 3, 58

Əliyeva R.H., Orucov R.A., Gürzəliyev S.A., Nəbiyeva M.Y. Neft emalı sənayesi mühitində elektormaqnit sahəsi, 2, 37

Əliyeva R.H., Orucov R.A., Gürzəliyev S.A., Nəbiyeva M.Y. Elektromaqnit şüalanmasının sağlamlığa təsiri, 3, 48

Əlləzov Ç.B., Məsimov M.Q. Bel- oma fəqərələri arası disk yırtıqlarının etiologiyası və patogenezi, 3, 26

Əyyubova A.A., Sultanova N.H. Uşaqlarda bronxial astmanın yaranmasında sitokin statusunun rolu, 4, 19

Eyvazov Ş.M., Pənahov D.M. Qeyri- spesifik xoralı kolit və yoğun bağırsağın kron xəstəliyinin etiopatogenezinə dair, 2, 25

Məmmədova N.Y., Məmmədova R.S., Nüşiyeva Ş.M. Mərkəzi sinir sistemi xəstələrində tibbi bərpa texnologiyalarının tətbiqi, 3, 65

Mehralıyeva S.C. Fitositlərin müasir təbabətdə istifadəsi, 2, 18

Muradova S.A. Mikrob assosiasiyalarında mikroorqanizmlərarası mümkün qarşılıqlı əlaqələr, 1, 8

Mürsəlov V.R. Təxliyyənin müxtəlif mərhələlərində qarın boşluğu orqanlarının yaralanmalarının diaqnostikası, 3, 42

Nəcəfquliyeva R.H. Əməliyyatdan sonrakı ventral yırtıqların cərrahi müalicəsi, 4, 15

Qarayev Q.Ş., İsmayılova A.T., Rəcəbova F.O. Qulaqcıq peptidlərinin struktur quruluşu və aşkarlanma metodları, 3, s62

Quliyev Ç.D. Mikrobioloji və sitoloji üsulların köməyilə müxtəlif hemorroidektomiyadan sonrakı yara prosesinin gedişinin qiymətləndirilməsi, 3, 80

Səfərəliyeva A.R., Bağırova E.C., Nəbiyeva K.Z., Əliyeva S.T. Xromosom anomaliyalarının skrininqi, 2, 40

Абасова Л.И. Актуальные вопросы терапии артериальной гипертензии больных с психологическими нарушениями, 3, 30

Агаев Ф.Ф., Саттарова Н.Н. Современные методы диагностики туберкулеза периферических лимфатических узлов, 4, 22

Адыгезалов В. Нарушение статокинетической функции у больных с поражением вестибулярного аппарата, 2, 9

Алекперова Г.Г. тактика и лечение часто и длительно болеющих детей, 1, 3

Ахмедов Р.А., Касымов М.С., Талыбзаде А.Н., Устун Н.М. Диарейные заболевания, вызываемые микробами роды иерсения (Y.Pseudotuberculosis и Y.Enterocolitica), 4, 12

Гаджимурадов К.Н., Абдуллаев В.С. Ошибки и осложнения гемосорбции и пути их устранения, 1, 13

Гашимли Р.М. Этиопатогенез и симптоматика параличей гортани, 4, 26

Гулиев А.Р. Возможности применения иммунокорригирующей терапии при проникающем ранении глаз, 3, 33

Гусейнова Ш.С., Джавадов Ф.Г. Сравнительная оценка предикторов летального исхода у больных с диабетической и недиабетической нефропатиями, 3, 76

Дадащева А.Э. Метаболический синдром и его клинические проявления, 2, 65

Дадашева А.Э. Трансфузионные вирусные инфекции: проблемы классификации и номенклатуры, 2, 55

Дадашева А.Э. Трансфузионные вирусные инфекции: сходства и различия патогенеза, клинических проявлений и подходов к лечению, 3, 9

Ибрагимова Ш.Х., Насруллаева Г.М., Кадырова А.А. значение инфекционной патологии у больных приобретенного иммунодефицита, 2, 61

Кадырова А.А., Дадашева А.Э., Мамедов М.К. О биологических факторах, способствующих глобальному распространению ВИЧ- инфекции, 4, 8

Казиева Н.К., Ахмедова Ш.В. Некоторые вопросы контроля качества работы гематологических

анализаторов, 3, 55

Керимова И.М. Хроническая венозная недостаточность при беременности и ее коррекции, 4, 39

Кулиев Э.А., Сулейманов М.М., Мамедов П.С. Состояние иммунологической неспецифической резистентности и других факторов защиты у военнослужащих в условиях эколог- профессионального напряжения, 3, 40

Мамедов Г.М. Развитие представлений о воздействии ионизирующего излучения на функции иммунной системы, 3, 50

Мамедов Г.М., Семененко Т.А. Современные взгляды на молекулярно – клеточные механизмы патогенеза дисфункций иммунной системы, вызванных ионизирующим излучением, 4, 3

Мамедов М.К. Внепеченочные проявления инфекций, вызванных вирусами гепатитов В и С, 2, 51

Мамедов М.К. Трансфузионные вирусные гепатиты – мультидисциплинарная проблема, 3, 3

Мамедов С.С. Методы современной диагностики и лечения раннего кератоконуса, 2, 32

Мамедов Ф.Ю., Исмайылов Д.И., Кулиев М.Э. Новые средства в лечении воспалительных заболеваний пародонта, 3, 69

Мамедова Г.М. Целесообразность творческой компоненты в психопрофилактической подготовке беременных, 4, 43

Насирова Р.И. Сегментарные блокады при трансуретральных вмешательствах у геронтологических больных, 2, 3

Рзаева А.Д. Рентгенологическая оценка изменений легких у больных ИБС. Современное состояние вопроса и проблемы, 3, 20

Салимова Н.А. Состояние иммунной системы у женщин с хроническим сальпингоофортом, 3, 36

Сафаров М.А. Санация очагов одонтогенный инфекции полости рта у больных с сердечно-сосудистых заболеваний, 4, 32

Солтанов А.А. Этиологические аспекты рака легкого у женщин, 1, 18

Солтанов А.А. Плоскоклеточный рак легкого, 2, 43

Шамсадинская Т.А. Этиопатогенез хронической венозной недостаточности нижних конечностей, 2, 12

Шамсадинская Т.А. Диагностика хронической венозной недостаточности нижних конечностей, 3, 15

Эфендиев И.Н. Острые отравления как глобальная проблема человечества, 2, 70

Orijinal məqalələr- оригинальные статьи

Babayev K.Ə. Qoruyucu həkimlik- profilaktik təbabət islamda ictimai sağlamlığın əsası kimi, 4, 155

Bağırova K.K. Hamilə qadınlarda xroniki brüselyozun yayılmasının epidemioloji qanunauyğunluqları, 1, 73

Bağırova E.C., Bəhməni L.V. Mukopolisaxaridoz xəstələyi zamanı sidikdə turş qlikozaminoqlikanların təyini, 1, 106

İbrahimov- Muradova G.X. Məktəbyaşlı uşaqlarda kəskin hepatit B- nin klinik gedişinin xüsusiyyətləri, 1, 121

İsayeva Z.Ş. Südəmər yaşlı uşaqlarda mərkəzi sinir sisteminin perinatal hipoksik- işemik zədələnməsi fonunda inkişaf etmiş pnevmoniyanın müalicəsində Astymin-C- nin səmərəliliyi, 4, 110

İmaməliyev Q.M. Arterial hipertenziya fonunda yaranmış diastolik və sistolo- diastolik tip ürək çatışmazlığı zamanı dərman müalicəsinin təsiri, 1, 26

İsrafilbəyli S.H., Əkbərbəyova S.Ə., Qədirov A.V. Müxtəlif yaş qruplarında olan ilk və təkrar doğanlar arasında hamiləliyin gec hestozlarının rastgəlmə tezliyi, 4, 99

Həsənova X.Ə. Bakı şəhərinin bir sıra tibbi müəssisənə müraciət edən qadınlar arasında endometriozun yayılma intensivliyinə dair, 4, 106

Hüseynov N.M., Ağayev F.B., Rüstəmova H.M. Bakı əhalisinin təcili və təxirəsalınmaz otorinololarinqoloji tibbi yardıma müraciətlərinin yaş xüsusiyyətləri, 4, 140

Hüseynova O.M., Quliyeva K.D. Aşağı rektovaginal fistullu xəstələrdə transrektal və transvaginal toxuma diliminin endirilməsi əməliyyatının yaxın və uzaq nəticələri, 1, 29

Hüseynova V.O., Əliyeva G.C. Ümumi və yerli anesteziya altında aparılmış keysəriyyə əməliyyatlarının nəticələrinin müqayisəli təhlili, 3, 101

Həsənov X.İ., Poluxova Ş. Transnikoaammonium fəal maddənin biotest üsulu vasitəsilə toksikliyinin təyini, 3, 107

Kərimova L.R., Kamilova N.M., Sultanova İ.Ə., Qaraşova M.A., Hüseynova P.M. Keysəriyyə kəsiyi əməliyyatından sonra uşaqlıqdakı çapığın vəziyyətinin qiymətləndirilməsi və doğuşun konservativ idarə olunma meyarları, 2, 90

Kərimova M.K. Tez- tez xəstələnən uşaqlarda respirator xəstəlikləri zamanı immunomolulyator bronxoimunalın effektivliyi, 2, 188

Kərimova M.K. Tez- tez xəstələnən uşaqlarda respirator xəstəlikləri zamanı sitokin statusunun öyrənilməsinin əhəmiyyəti, 3, 112

Məmmədova L.M. İFA İGM testinin effektivliyinin anadangəlmə sifilisin seroloji diaqnostikasında tətbiq olunan digər müayinə metodları ilə müqayisəli qiymətləndirilməsi, 2, 87

Məmmədyarova E.Ə. Piylənmə olan hamilələrdə lipidoqramma göstəricilərinin dəyişikliyi, 3, 186

Məmmədyarova E.Ə Alimentar- konstitusional piylənmə olan hamilələrdə dölün vəziyyəti, 4, 119

Mehdiyev M.N. Stresslə bağlı sidik qaçırması olan xəstələrin cərrahi müalicəsində atenzion transobturator band tətbiqinin effektivliyi və həyat keyfiyyətinə təsirinin araşdırılması, 3, 163

Mehdiyev M.N. Stresslə bağlı sidik qaçırması olan xəstələrin cərrahi müaliəcsində atenzion transobturator band və atenzion transvaginal band tətbiqinin effektivliyi və həyat keyfiyyətinə təsirlərinin müqayisəsi, 4, 70

Məmmədova M.R. .Qanında antifosfolipid anticisimcikləri olan FMA- lı hamilə qadınlarda hemostaz sistemindəki dəyişikliklər, 3, 170

Mehralıyeva S.C., Vəliyeva M.N., Tağıyev S.Ə. Ultrasəsin «Glysocal» fitayığntısının ekstraksiya prosesinə təsirinin öyrənilməsi, 1, 34

Mustafayeva L.Ə. Kəskin və xronik perisotitin yüksək prioritetli törədicilərinin müxtəlif nəsil və sinif antibakterial vasitələrə qarşı hassaslıq spektri, 4, 66

Mürsəlov V.R. Tibbi yardımın müxtəlif mərhələlərində aparılan diaqnostik müayinələrin müqayisəli təhlili, 4, 123

Müslümov Q.F., Niderqetmann M., Villeke F. Mədəaltı vəzi xərçənginin radikal cərrahi müalicəsindən sonra katepsin B və katepsen L sistein protazaların ekspresiyası və bunun xəstəliyin proqnozundu rolu, 1, 109

Mövsümov N.T., Pirəliyeva Y.U. Azərbaycanda anatomiya üzrə elmi monoqrafiya və dərsliklərin nəşri və biblioqrafiyasına qısa baxış, 1, 147

Namazov N.C. Ağcaqanadlara qarşı iqtisadi cəhətdən səmərələşdirici sadə üsulun işlənməsi, 2, 82

Namazov N.C. Böyük Qafqazın şimal- şərq hissəsində yerləşən Xızı rayonu ərazisində qansoran ağcaqandların bioekeloji xüsusiyyətləri və onlara qarşı mübarizə tədbirləri, 4, 158

İmamverdiyev S.B., Talıbov T.A.. Əbdürrəhimova V.Y. İkitərəfli mərcanvari və çoxlu nefrolitiazın təsnifatı və müalicə prinsipləri, 3, 23

Qafarov R.İ. Kəskin appendisitlərin ultrasəs diaqnostikası, 2, 147

Qarayev Q.Ş., Həsənov A.B., Quliyev N.Q. Xroniki pankreatit modeli fonunda mədə rezeksiyasından sonra qaraciyərin antitoksik funksiyasında baş vermiş dəyişikliklər, 4, 165

Əliyev Q.X. Parodontun iltihabi xəstəliklərin və brüselyozun tezliyinə tütün və alkohol məmulatlarının istifadəsinin təsiri, 1, 46

Əliyev F.F. Kliniki təbabətdə defekasiya aktının xronometrajı, 3, 97

Əliyev R.E. Məcburi köçkün və qaçqınlar arasında dişlərin kariyeslə zədələnmə tezliyi və intensivliyi, 1, 55

Əliyeva R.H., Pirəliyeva R.U. Azərbaycanda səhiyyənin təşkili, sosial gigiyena və sanitariyaya aid elmi- tibbi ədəbiyyatın nəşri və biblioqrafiyası haqqında, 3, 189

Əlizadə F.R., Hüseynova M.E., Fiqarov İ.H. Sidiklik – sidik axarı seqmentində aparılan cərrahiyyə əməliyyatların optimal metodu, 4, 68

Əsgərov M.M. II tip şəkərli diabetlə xəstələrdə arterial hipertenziyanın yayılmasına xəstələrin yaşının təsiri cinsi fərqlərin təhlili, 1, 101

Əhmədov E.T. Gicgah- çənə oynağının artritlərinin və artrozlarının təsnifatlarına müasir baxışlar, 2, 102

Salahov Z.Ə. Ön cəbhə zonasın yaralı və xəstələrin müalicəsində laborator müayinə metodlarının təkmilləşdirilməsi yolları, 4, 113

Şahbazov Ş.Q., Rüstəmov R.Ş. Aşağı ətrafların dərin venalarının trombozu aşkar olunan hamilələrdə faktor- II-20210 nukleotid yerdəyişməsi mutasiyasının rastgəlmə tezliyi və hemostaz sisteminin göstəriciləri, 2, 150

Pirəliyeva Y.U. Azərbaycanda mamalıq- ginekologiyaya dair elmi tibbi ədəbiyyatın nəşri və biblioqrafiyası haqqında, 4, 170

Vəliyev N.Ə., Həsənova D.N. İntraabdominal təzyiq və onun peritonitlərin gedişində diaqnostik əhəmiyyəti, 2, 96

Zeynalova E.R., Qarayev F.A., Ələkbərova G.H. Bakı şəhərində bətndaxili inkişafın ləngiməsinin rastgələmə tezliyinə və yaranmasına səbəb olan amillərin öyrənilməsi, 2,153

Абасова Л.И., Бабаев А.М., Гасанов Э.А. Применения моксонидина у больных артериальной гипертензией с метаболическими нарушениями, 4, 61

Алекберов М.М. Оценка рациональности организации труда руководителей структурных подразделений центров гигиены и эпидемиологии, 1, 131

Алиев А.Т., Ализаде В.А., Исаев И.Г. Патоморфоз опухоли и радиобиологическая коррекция поглощенной дозы при гамма- облучении в зависимости от мощности лозы у больных раком молочной железы, 1, 91

Алиев Д.А., Исаев И.Г., Алиева С.Ю. Лучевая терапия больных раком гортани в различных режимах фракционирования дозы, 2, 125

Алиева Т.Т. Распространенность сахарного диабета в сельских районах Азербайджана по данным официальной статистики, 3, 182

Амирова А.Ф., Алиева Ф.К. Выявление основных факторов, влияющих на резуьтаты после проведения экстракорпорального оплодотворения, 3, 156

Аскеров м.М. Влияние давности заболевания сахарным диабетом типа II на распространенность артериальной гипертензии, 2, 142

Ахмедбейли Х.Ф., Мамедов М.К., Дадашева А.А., Кадырова А.А., Эйвазов Т.Г. Задаксин в этиоторпной терапии больных трансфузионными вирусными гепатитами, 1, 84

Ахмедова Л.З., Ахмедова С.Н. Эхокардиографические показатели у детей гломерулонефритом, 4, 52

Ахмедова Э.П. Анализ психосоциальных факторов, влияющих на развитие и течение псориаза, 2, 166

Ахундова И.М. Лазеротерапия в комплексном лечении туберкулеза легких у подростков, 1, 81

Багиров М.Е., Алиева Ф.К., Расулов Е.М. Семейный случай мужского бесплодия с моногенным генетическим нарушением, 2, 180

Байрамова Э.Б., Алиева Э.М. Особенности исследование частоты факторов бесплодий у супружеских пар в условиях г. Баку, 3, 196

Бегляров Р.О., Беглярова Р.Ф. Возможность достижения ремиссии волчаночного нефрита: клинический пример, 1, 58

Велиев В.Г., Гафаров А.И. Рентгенологические методы исследования в диагностике травматических гетеротпических оссификаций, 1, 116

Гараев З.И., Алиев В.И. Ортопедическое заболевание тканей пародонта, осложненных частичной потерей зубов, 3, 117

Гасанов А.Г. Клинико- иммунологические особенности формирования хронической сердечной недостаточности у детей, 4, 80

Гасанов А.И., Рустамова С.Т., Рустамова Ш.М. Хроническая носоглоточная инфекция как фактор риска развития бронхиальной астмы у часто болеющих детей с атопией, 3, 177

Гасанова З.М. Реакции и осложнения лучевой терапии, больных раком гортанно- глотки при усиленном гиперфракционном режиме облучения в самостоятельном варианте и в комбинации с 5-фторурацил и цисплатиной, 4, 86

Гаджиев Н.А. Диагностика и хирургическое лечение последствий травматических повреждений периферических сосудов, 3, 141

Гаджиев Н.А. результаты хирургического лечения огнестрельных повреждений магистральных сосудов, 4, 95

Гаджева Ф.Р., Алиева С.Г. Морфологический индекс как прогностический критерий заживления раны на матке после кесарева сечения, 4, 103

Гиясбейли С.Р., Мамедов М.К. Возможность применения цитостатической противоопухолевой терапии у онкологических больных, инфицированных вирусами гепатитов В и С., 3, 199

Годжаева А.М., Корниловский И.М. Аберрометрические оценка изменений оптико-рефракционных свойств хрусталика при развитии катаракты, 4, 47

Гусейнов Б.М. Возрастные особенности лимфоидных структур трахеи и главных бронхов человека, 1, 96

Гусейнов Б.М. Особенности структурных изменений лимфоидных образований трахеи крыс после курсового действия ванн различного состава, 4, 56

Гусейнов Б.М. Структурные особенности и морфометрические показатели лимфоидных образований в различных участках трахеи, 3, 145

Гусейнова Н.Э. Особенности уровня и качества профилактических осмотров контингента промышленных предприятий в зависимости от варианта медико- санитарного обеспечения, 3, 152

Зейналов Б.Р. Противоэпидемические мероприятия в стационарах при распространении штаммов с множественной лекарственной устойчивости, 3, 173

Зейналов Б.Р. Критерии для постановки диагноза инфекционных осложнений в хирургической клинике, 4, 91

Ибрагимова Л.К., Гусейнов Р.Н., Пашаев А.Ч. Применение комбинированной антигомотоксической основе «Traumel S» и «Zeel T» в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта, 4, 104

Исаев А.Б., Шадлинский В.Б., Цагарелли З.Г., Гогиашвили Л.Е. Особенности качественных и количественных изменений икроножной мышцы крыс при хронической физической нагрузки, 3, 132

Искендеров Ф.И. Ультразвуковое исследование в диагностике злокачественных опухолей надпочечников, 2, 94

Искендеров Ф.И. Рентгеновская компьютерная томография в диагностике новообразований надпочечников, 3, 83

Исмайлов Д.И. Состояние полости рта у старших возрастных групп населения Азербайджана, 2, 183

Исмайылова М.С. Спонтанная гипохромная анемия крыс как экспериментальная модель для антенатальной терапии нарушений ЦНС, 4, 142

Кабулов Г.Г. Структура и выраженность пыльцевой аллергии при аллергическом рините, 1, 39

Кабулова Р.И. Влияние некоторых факторов риска электрической нестабильности миокарда на тяжесть желудочковых аритмии у больных ИБС, 3, 138

Кадырова А.А., Юзбашев Ф.П., Дадашева А.Э., Мамедов М.К. Вторичные инфекции у лиц, инфицированных вирусом иммунодефицит человека, 1, 23

Казиева Н.К., Мамедова Р.М., Агаева Г.М. О тактике подготовки к беременности и ведения беременных женщин с антифосфолипидным синдромом анамнезе, 2, 137

Камилова Н.М., Султанова И.А.. Гусейнова П.М. Особенности распространения железодефицитной анемии в некоторых регионах Азербайджанской республики, 3, 71

Касумова С.М. Биологические стимуляторы в комплексной терапии кишечных инфекций у детей с наследственной гемоглобинной патологией, 3, 158

Касумова С.М. иммунологические аспекты лечения кишечных инфекций колинфантом, 4, 4

Кафаров К.К. Характеристика состояния тканей пародонта у солдат новобранцев регионов, 4, 54

Керимова Г.М., Алиева Ф.К., Расулов Э.М. Клинико- генетические аспекты синдрома Шершевского- Тернера в программе ЭКО, 2, 85

Керимова Л.Р., Камилова Н.М., Султанова И.А., Ахмед- заде В.А. Эффективность применения препарата дифлюкан- 150 при кандидозном вульвовагините, 1, 50

Керимова М.К. Дисбактериоз у часто болеющих детей, 2, 135

Косаев Дж.В., Рахмани С.А. Состояние системы гемостаза у больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей, 2, 120

Маилова Н.М., Бахшалиев А.Б., Кочарли М.Б. психотерапевтическая коррекция факторов риска у больных артериальной гипертонией, 2, 162

Мамедова М.А. Состояние иммунной системы у судовых специалистов Каспийского морского пароходства, 1, 139

Мамедов М.К., Курбанова А.С. О роли вирусных инфекций в этиопатогенезе ревматоидного артрита, 2, 174

Мамедов А.А., Хаппалаева К.С. Создание и применение групп виртуальных здоровых людей в научных работах, 3, 94

Махмудов Ф.Р. Внутренняя картина болезни при рецидивирующем генитальном герпесе и ее значение для клиники, 1, 67

Махмудов Ф.Р. Разработка основных принципов клинического практического рукавдства по рациональной диагностике, лечению и профилактике рецидивирующего генитального герпеса, 2, 156

Мусаев М.А., Аскерова И.Т. Наследственные метгемоглобинемии среди азербайджанцев, 3, 119

Мусаев Т.Н., Керимова А.Х., Ализаде А.М. Золендроновая кислота (зомета) в лечении костных метастазов рака предстательной железы, 4, 149

Насирова Р.И. Анализ периоперационных осложнений у геронтологических урологических больных, оперированных под регионарной анестезии, 4, 132

Панахиан В.М. Распространение врожденных и наследственных оториноларингологических заболеваний в Азербайджанской республике, 2, 116

Панахиан В.М. Генетическая гетерогенность врожденных и наследственных заболеваний в оториноларингологии, 3, 135

Панахиан В.М. Врожденная и наследственная форма глухоты у сельского населения Астаринского района Азербайджанской Республики, 4, 50

Пашаев Ч.А., Исаева А.Р. К сравнительной характеристике анамнестических и клинических особенностей хронического рецидивирующего афтозного стоматита и афтозных поражений при

болезни Бехчета, 1, 64

Рзаев Э.И. Определение нормальных размеров почек у здоровых детей в соответствие с ультразвуковыми показаниями, 4, 174

Рзаева Н.Р., Мамедбеков Э.Н., Мамедов М.К., Дадашева А.Э. Клиническое значение инфекций, вызванных вирусами гепатитов В и С у больных туберкулезом легких,2, 165

Рустамова С.Т. Роль наследственности и перинатальных факторов в формировании атопического дерматита у детей раннего возраста,4, 117

Сафарова С.С. Воспалительные заболевания органов малого таза, как причина нарушения репродуктивной функции, 2, 110

Сафарова С.С. Постменопаузальный метаболизм костной ткани у женщин при сахарном диабете 2 типа, 3, 86

Сеидбеков О.С., Агазаде А.Р., Гашимов Р.Г., Заманова Н.Р., Агазаде Г.Р. Применение экстракта прополиса водного в дентальной имплантологии, №3, с. 167

Сеидова Г.М. Сравнительный анализ уровня контаминации афлатоксинами продуктов детского питания, 2, 132

Сулейманова Л.А. Уровень и структура генитального герпеса среди женщин г. Баку, 4, 129

Талыбова Дж.Х. Состояние иммунной системы у детей больных хроническим тонзиллофарингитом, 1, 77

Фараджева С.М., Багирова С.М., Амиров З.Р., Алили М.И. Методологический подход к комплексной оценке влияния некоторых факторов нефтяного о производства на здоровье работающего контингента, 2, 113

Фараджева С.М., Багирова С.М., Алили М.И. Оценка иммунного статуса ряботников нефтяного профиля, как основа методологического подхода к изучению их здоровья, 3, 115

Фарез Н.М. Нозоструктуры и частоты зубочелюстных аномалий среди детского населения, 2, 139

Хыдыров Э.А. Особенности васкуляризации и ангиоархитектоники инфильтрирующего рака молочной железы, 1,125

Хыдыров Э.А. К вопросу о васкуляризации медуллярного и слизистого рака молочной железы, 3, 104

Шадлиснкая С.В. некоторые размерно- количественные показатели лимфоидных образований маточной трубы при трубной беременности, 4, 76

Шамсадинский А.А., Шамсадинская Т.А. Особенности обследования сафено- феморального соустья методом допплерографии и ультразвукого картированияпотоков крови, 4, 152

Шахбазов К.Б. Иммунные функции пародонта у больных инсулинозависимым сахарным диабетом, 4, 145

Ширалиева Р.К.. Гурбанова Г.М., Эфендиева М.З. Особенности поражения центральной нервной системы у недоношенных детей цитомегаловирусной и герпесвирусной инфекцией, 3, 194

Шукюри Р.С., Ширалиева Р.К. Реоэнцефалографические исследование церебральной гемодинамики больных при вертебро- базилярной дисциркуляторной энцефалопатии, 1, 143

Юзбашеы Г.И., Джавадов Ф.Г. О заболеваемости пенсионеров и инвалидов- нефтяников по обращаемости, 1, 129

Abiyev H.A., Topchiyeva Sh.A., Babayev E.T. Influence of ecological factor of the concentration of heavy metals and spectral characteristics of venom of vipera lebetina obtuse, 3, 90

Abiyev H.A., Topchiyeva Sh.A., Babayev E.T. Environmental factors and venom of vipera lebetina obtuse, 4, 125

Qısa məlumatlar- краткие сообщения

Abdullayev R.M., İsmayılova R.İ. kəskin bağırsaq infeksiyaları törədicilərinə münasibətdə saprofit mikrobların antoqonist xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi, 2, 208

Əhmədov K.S., Abdullayev v.S., Qasımov T.O., Qasımov R.A., Qəhrəmanov M.Q., Hüseynov m.A., Süleymanov M.M., Səmədov E.Ə. Spinal anesteziya, bud siniri və oturaq sinirinin blokadası ilə aparılan flebektomiya əməliyyatlarında postoperativ analgeziya müddətinin təhlili, 2, 196

Kərimova O.M. Xarici qulaq keçəcəyinin yad cisimləri və onunla bağlı olan fəsadlar, 3, 203

Hüseynov R.H., Saidova F.X., Bağırova Ş.N. Boynun ön xəttinin sist və süzgəclərinin diaqnostikası və cərrahi müalicəsi, 4, 180

Mərdanlı F.Ə., Baxşəliyeva N.A. «Süd vəzisi xərçənginin müasir diaqnotsikası və müalicəsi» elmi- təcrübi konfransının nəticələri, 4, 183

Qurbanov A.İ. Mikroorqanizmlərin yaşama qabiliyyətinə antioksidantların təsiri, 1,153

Quliyev Ç.D. Cərrahi müdaxilədən sonra babasil xəstələrinin orqanizminin immunoloji reaktivliyinin vəziyyəti, 2, 193

Алиева Ш.Н., Мамедов М.К. О распространении инфекций, вызванных вирусами гепатитов В и С среди беременных женщин, живущих в г. Баку, 1, 161

Аллазов Ч.В. Лезультаты применения иммунотерапии для улучшения результатов хирургического лечения грыж межпозвонкового диска, 2, 210

Везиров Р.Ш. Клиническая характеристика состояния языка при парентеральных вирусных гепатитах, 2, 199

Гасымов С.Д. Факторы неспецифической резистентности у больных с вирусными гепатитами, 2, 2

Гасымов С.Д. Показания и противопоказания для проведения плазмафереза при хронических диффузных заболеваниях печени, №4, с. 178

Гасымзаде Г.Ш., Мамедов П.С., Аллазова Е.З. Информативность клинической, лабораторной и инструментальной диагностики повреждений селезенки, №3, .с 206

Гасымзаде Г.Ш., Мамедов П.С., Аллазова Е.З. роль и возможности малоинвазивных дренирующих манипуляций под контролем ультразвуковой навигации в профилактике и лечении осложнений после спленектомии, 4, 182

Гулиев А.Р. Применение иммунокорригирующей терапии для профилактики посттравматических воспалительных осложнений при проникающих ранениях глаза, 2,192

Гулиев Ч.Д. Объективная оценка послеоперационного болевого синдрома после методик выполнения геморроидэктомии, 4, 179

Зейналов Ш.Г. Изменения стоматологического статуса у больных системной красной волчанкой, 2, 203

Курбанова А.С., Абасов Э.Ш., Мамедов М.К. Серологические маркеры репликативных герпесвирусных инфекций у больных ревматоидным артритом, 1, 156

Мамедов М.К., Дадашева А.Э., Ахмедбейли Х.Ф. Эффективность пегинтона, использованного в рациональном режиме введения для лечения больных хроническим гепатитом С., 1, 166

Мамедов П.С., Гасымзаде Г.Ш., Аллазова Е.З. Информативность различных режимов ультразвукого сканирования в ранней диагностике траквматических повреждений селезенки, 2, 201

Мамедов П.С., Гулиев Ш.Г. Патогенетические особенности у больных язвенной болезнью, осложненной кровотечением, 3, 204

Маринченко Е.В., Надирова Н.Ч. Использование показателей качества жизни в оценке лекарственных технологий, 1, 159

Рагимов А.Ф. Возможности применения системной энзимотерапии в лечении ранений глаза, 2, 205

Салимова Н.А. Изучение микробиоценоза кишечника при хроническом сальпингоофорите и его изменения при различных схе мах лечения, 2, 197

Тагиев Ф.А. Внедрение тонкой кишки в слепую с вершиной в анусе и одновременное наличие дивертикуля Миккеля, 1,163

Xronika- хроника

Ab gününüz mübarək, 4, 186
Akademik R.N. Rəhimovun 85 illik yubileyinə həsr olunmuşdur, 1, 169
Kollektivin qəlbi olan professor, 3, 208
Görkəmli alimin yaradıcılığının 65 illiyinə həsr olunur, 3, 210
Tibb elminin keşiyində, 4, 185

MÜNDƏRİCAT

İCMALLAR- ОБЗОРЫ

Методы лечения центральной серозной хориоретинопатии
Э.М. Касимов, Н.Г. Искендерова**…….....3**

Тактика ведения больных многоузловым эутиреоидным зобом
Ф.Х.Саидова**……8**

Baş boyun karsinomalarinda klinik n0 boyuna yanaşma
A.A. Əliyev**……13**

Hamiləliyin pozulma təhlükəsi zamanı cift çatışmamazlığının kompleks terapiyasının əsaslandırılması
N.M.Kamilova, V.Ə.Əhməd-zadə, N.Ə.Abdullayeva, L.M.Əhmədova**……...17**

Иммунологические обследования пациенток с невынашиванием беременности инфекционного генеза.
Ф.Р.Гаджиева**……21**

Синдром фето-фетальной гемотрансфузии при монохориальной моноамниотической двойне
А.А. Магеррамова **……25**

Лекарственная резистеность вирусов гепатита в и иммунодефицита человека и методы ее лабораторной индикации
М.К.Мамедов, А.А.Кадырова, А.Э.Дадашева**……29**

ORİJİNAL MƏQALƏLƏR- ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

О выявлении двух завозных в г. баку случаев хлорохино-устойчивых штаммов возбудителей тропической малярии
Х.И.Абдуллаев, Ш.А.Махмудова, Х.М.Мамедова, З.К.Гасанова, З.З.Абдуллаева**……33**

Bağırsaqların həyat qabiliyyətinin təyininin yeni metodu
Z.E.İsmayılova, M.O.Məsimov, İ.Ə.Həsənov, İ.O.Ömərov, Ə.H.Allahverdiyev**……37**

Некоторые показатели минерального обмена в смешанной слюне больных диффузным токсическим зобом
Т.Г.Махмудов, Г.Э.Керимова**……40**

Выявление патологических изменений полости матки при проведении гистероскопии с патоморфологическим исследованием соскоба эндометрия у пациенток с неудачной попыткой экстракорпоральным оплодотворением
А.Ф. Амирова, Ф.К. Алиева, Ш.Ш.Османов**……42**

Ağız boşluğunun təkrari protezlənməyə olan ehtiyacının müəyyənləşdirilməsi və bu ehtiyacın yaranma səbəbləri haqqında
H.Ö. Şirəliyev, İ.H. Həsənov, G.E. Kərimova, H.İ. Qocayeva**……47**

Некоторые аспекты профилактики гнойно-септических осложнений после операции кесарева сечения
Р.Ш. Везирова, С.Н.Велиева**……49**

Цитокиновый мониторинг в сравнительной клинической оценке применения синтетических эндопротезов у больных с грыжами передней брюшной стенки
И.С. Иванов, С.В. Иванов, Р.А. Мамедов, А.В. Цуканов, И.А. Иванова, Н.А. Велиев**……51**

Терапия ретенционных кист яичников комплексными антигомотоксическими препаратами
С.Г. Исрафилбейли, В.А.Садыкова**……58**

Naxçivan MR-də perinatal dövrdə anadan gəlmə inkişaf qüsurlari
M. S. İbrahimov**……60**

Состояние гигиенического и микробиологического статусов в полости рта среди пациентов с разными формами инсулинзависимого сахарного диабета
К.Б. Шахбазов**……63**

Respublikamızda topdansatış ticarətlə məşğul olan əczaçılıq müəssisələrində audit xidmətinin müasir vəziyyəti
A.H.Əliyeva**……66**

Naxçivan MR-da yeni doğulmuşlarda və üç ayliğa qədər uşaqlarda böyrək anomaliyalarinin yayilmasi
E.İ. Rzayev**……72**

Диагностика и хирургическое лечение повреждений магистральных сосудов бедра
Н.А. Гаджиев**……74**

Vertebrobazilyar çatmamazliq fonunda qeyri-psixotik affektiv hallarin klomipraminlə monoterapiyasi (neyropsixoloji və doppleroqrafik müayinə)
F.T.Cəfərov**……76**

Оценка уровня знаний и поведения по профилактике стоматологических заболеваний у курсантов полицейской академии
К.К. Кафаров**……81**

Влияние гаммалона на обмен гамк в цнс при воздействии неионизирующего дециметрового эми высокой интенсивности
Н.М.Джафарова **……84**

Abdominal cərrahiyyədə birmomentli müştərək əməliyyatların aparılmasında bizim təcrübəmiz
C.M. Quliyev**……90**

Pensiya yaşlı əhali arasında stomatoloji xəstələnmənin və diş protezlənməsinə ehtiyacın səviyyəsi
Ə.N. Niyazov**……93**

Səhiyyənin planlaşdirilmasinda regionlarda doğum dinamikasinin rolu
Ş.B.Bağırova**……96**

Silahlı qüvvələrdə kəskin bağırsaq infeksiyalarının çoxillik dinamikasının təhlili
S.T. Məmmədov**……99**

Hiperbilirubinemiyası olan yenidoğulmuşlarda bağirsaq disfunksiyaları zamani klinik immunoloji göstəricilərin dinamikasi və probiotikoterapiyanin səmərəliliyinin qiymətləndirilnəsi
N.A. Hüseynova**……103**

Уровень и тенденции абортов среди женщин социально-уязвимых групп
Г.Дж.Бейшенбиева……107

Tibb xidmətlərinin istehsalçilarinin marketinqə münasibətlərinin səciyyələri
L.M.Tağızadə……110

Функциональная оценка результатов хирургического лечения геморроя
Ч.Д. Гулиев……..114

Bakterial vaginozun müalicəsində «tiberal» preparatının tətbiqi
İ.Ə.Qasımova……117

Hamiləliyin trombozla ağirlaşmalarinda irsi və qazanilmiş trombogen risk faktorlarinin birgə rast gəlməsinin rolu
Ş.Q.Şahbazov……..120

Uşaqlarda bağirsaq parazitozlarinin klinik-immunoloji xüsusiyyətləri.
M.V.Ibrahimova, A.Ə.Salehov, G.B.Tağıyeva……125

QISA MƏLUMATLAR- КОРОТКИЕ СВЕДЕНИЯ

Хирургическая тактика при огнестрельных ранениях тонкой кишки
М.Я. Насиров, В.Р.Мурсалов, Э.Н.Самедов……129

Ларинготрахеопластика после неэффективных лазерных вмешательств у ребенка 3-х лет с паралитическим стенозом гортани
Р.М. Гашимли, П.В.Павлов……131

Eksperimentdə anafilaktik şok və artyus fenomeni yaradılmış heyvanlarda litium oksibutirat inyeksiyasından 24 və 48 saat sonra litium mikroelementinin səviyyəsinin dəyişiklikləri
T.R. Əliyeva……133

XRONİKA- ХРОНИКА
Fəxrəddin Gülmirzə oğlu Cavadov……***137138***
2008- ci ildə «Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri» jurnalında dərc olunan məqalələrin göstəricisi……..

Çapa imzalanıb: 16.02.2009
Sayı 300. Həcmi 20,5 çap vərəqi
Formatı 60x841/8 əla növ kağız.
AztU- nun mətbəəsi, H. Cavid pr. 25