İCMALLAR- ОБЗОРЫ

О ПРОБЛЕМЕ ГЛОБАЛЬНОЙ ЭРАДИКАЦИИ АНТРОПОНОЗНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ И ОБОЗРИМЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЕ РЕШЕНИЯ В ОТНОШЕНИЕ ПОЛИОМИЕЛИТА

М.К.Мамедов, А.Э.Дадашева, А.А.Кадырова
Отдел клинической вирусологии Мемориальной клиники Н.Туси,
НИИ медицинской профилактики им. В.Ю.Ахундова, г.Баку

Açar sözlər: qlobal readikasiya, antroponoz viruslu infeksiylara, poliomielit
Ключевые слова: глобальная эрадикация, антропонозные вирусные инфекции, полиомиелит
Keywords: global eradication, antropos viral infections, poliomyelitis

Как известно, в 1958 г на заседании Всемирной ассамблеи рздравоохранения (ВАЗ) был представлен доклад, на котором перед странами-членами Всемирной организации Здравоохранения (ВОЗ) ставились задачи по глобальной ликвидации, как минимум, тех антропонозных инфекционных заболеваний, распространение которых поддается ограничению с помощью вакцинопрофилактики - тогда речь шла, в первую очередь, о натуральной оспе, полиомиелите, кори, дифтерии, дородовой краснухе и столбняке новорожденных [1].

Время показало, что программа глобальной ликвидации оказалась эффективной, как минимум, в отношении одной из этих инфекций - оспы. Действительно, уже в 1977 г был зарегистрирован последний случай оспы, а в мае 1980 г в ВОЗ был подписан сертификат о ликвидации вируса натуральной оспы, как заболевания, и полном уничтожении ее вирусов, циркулирующих в природе [2].

В 1988 г на волне эйфории, обусловленной ликвидацией оспы, 41-я ВАЗ приняла решение к 2000 г (т.е. всего за 12 лет) ликвидировать в глобальном масштабе и полиомиелит.

Мнение о теоретической возможности полной ликвидации этого заболевания в немалой степени проистекало не только из тех успехов, которые к этому времени были достигнуты в области вакцинопрофилактики этого заболевания, но и поддерживалось данными о все еще сохраняющейся в мире высокой заболеваемости полиомиелитом. В частности, первые (в начале инактивированные, а вскоре и живые) вакцины против полиомиелита были созданы и начали применяться еще в 50-е гг XX в - в итоге в странах, где проводилась вакцинация всего за несколько лет заболеваемость полиомиелитом снизилась в тысячи раз. В то же время, спустя три десятилетия, в 1988 г число случаев заболеваний полиомиелитом в мире достигало 350 тысяч и он продолжал регистрироваться в 125 странах.

В принятом в 1988 г документе, отражающем сущность инициативы ВОЗ по глобальной ликвидации полиомиелита, отмечалось, что под "ликвидацией" подразумевается не только прекращение заболеваемости, но и, главное, ликвидация всех циркулирующих в мире "диких" вирусов полиомиелита.

При этом, идеологическую основу концепции о возможности глобальной ликвидации полиомиелита составили 3 тезиса: 1) благодаря вакцинации 90-95% детей в возрасте до 5 лет, из циркуляции будут вытеснены дикие полиовирусы; 2) вакцинные вирусы не будут длительно циркулировать среди населения и быстро исчезнут; 3) в процессе циркуляции вакцинного вируса среди населения существенных изменений в его геноме не произойдет.

Тактика ликвидации полиомиелита базировалась на том, что в результате вакцинации 90-95% детей живой полиомиелитной вакциной (ЖПВ) не менее чем у 80% привитых возникнет гуморальный и "местный" иммунитет в кишечнике и, как следствие, из циркуляции будут вытеснены и исчезнут "дикие" полиовирусы. Одновременно с этим должно проводиться тщательное наблюдение за заболеваемостью детей до 15 лет острыми вялыми параличами с тем, чтобы выявить и не пропустить ни одного случая полиомиелита, вызванного "диким" вирусом. Программа ликвидации полиомиелита предусматривала, что после прекращения заболеваемости и исчезновения диких полиовирусов одномоментно и повсеместно будет прекращена вакцинация ЖПВ.

Надо признать, что проведение мероприятий, предусмотренных названной выше программой ВОЗ обеспечило впечатляющие результаты - к 2000 г заболеваемость полиомиелитом снизилась более, чем в сто раз, а число стран, в которых заболевание продолжало регистрироваться, сократилось до 20. Такие континенты как Северная и Южная Америка, Европа, Австралия полностью освободились от полиомиелита.

Тем не менее, "дикие" полиовирусы продолжали циркулировать, вызывая заболевания в целом ряде африканских и азиатских стран. Это означало, что данная программа не смогла к намеченному сроку обеспечить в мировом масштабе ликвидацию как заболевания, так и его возбудителей, а достигнутые результаты позволяли считать, что полиомиелит может считаться поверженной, но не уничтоженной инфекцией [3].

В такой ситуации возникал закономерный вопрос о причинах того, что ликвидировать оспу удалось, а полиолмиелит нет? Ответить на этот вопрос не трудно, если вспомнить существующие коренные различия между возбудителями и вакцинами натуральной оспы и полиомиелита.

Вирус натуральной оспы по своей природе "манифестный" вирус, который не циркулирует бессимптомно - "есть вирус - есть больной, нет больного - нет вируса". Вакциной против оспы служит самостоятельный ортопоксвирус, который, как правило, не передается от привитого здоровому человеку.

При полиомиелите картина совершенно иная. "Дикий" вирус полиомиелита циркулирует в популяции преимущественно бессимптомно и, судя по разным источникам, примерно в одном случае из тысячи вызывает паралитическое заболевание.

ЖПВ представляют собой авирулентные штаммы патогенных вирусов, полученные путём пассирования "диких" полиовирусов при постепенно снижаемой температуре культивирования. В случае пассирования вакцинного вируса при повышенной температуре культивирования его нейровирулентность восстанавливается. Вакцинный полиовирус легко передается от человека человеку, а также может при пассажах через организм неиммунных людей восстановить свою нейровирулентность. Такой вирус-ревертант способен вызывать заболевания, не отличающиеся по тяжести клинического течения от заболеваний, вызванных диким вирусом.

Рассматривая причины неудачи инициативы ВОЗ, надо отметить, что после прекращения заболеваний полиомиелитом в большинстве стран мира эксперты ВОЗ впервые задумались над тем, как остановить вакцинацию ЖПВ после ликвидации последних "диких" полиовирусов. Однако вопрос оказался весьма и весьма сложным.

Длительное время эксперты ВОЗ считали, что иммунокомпетентные лица после вакцинации выделяют вакцинный вирус ограниченное время, и он быстро исчезает, не циркулируя среди населения, что все случаи заболевания связаны только с "диким" вирусом.

Однако жизнь опровергла это предположение - в конце 80-х и начале 90-х гг XX в в Египте, а в 2000 г на О.Гаити были зарегистрированы десятки заболеваний, вызванных полиовирусами, генетически происходящими от вакцинных вирусов.

Многие десятилетия доминировало мнение, основанное на высказываниях А.Сэбина и М.П.Чумакова, что иммунитет после вакцинации ЖПВ сохраняется пожизненно, подобно тому, как он сохраняется после инфекции, вызванной "диким" полиовирусом. При этом, в ситуации когда на фоне массовой вакцинации и низкой заболеваемости детей случаев заболевания взрослых не было, проблема длительности сохранения поствакцинального иммунитета никого не волновала. Однако, когда на повестку дня был поставлен вопрос о полном прекращении вакцинации ЖПВ, на фоне высокого иммунитета у детей, состояние коллективного иммунитета у взрослого населения приобрело важное практическое значение, поскольку неиммунные взрослые люди могут явиться благоприятной средой для широкой циркуляции вакцинных вирусов и их потомства, которые останутся в популяции после прекращения вакцинации ЖПВ.

Для исследования этого вопроса московские ученые еще в конце 90-х гг XX в оценили состояние коллективного поствакцинального иммунитета у более, чем 6 тыс взрослых жителей 19 городов России. Согласно полученным результатам, частота выявления антител к полиовирусам и их титр колебалась в достаточно широком диапазоне.

Этот факт ставил на повестку естественный вопрос - почему у населения отдельных городов наблюдается существенное различие в напряженности коллективного иммунитета? Очевидно, что ответ на этот вопрос можно было получить лишь установив роль вакцинных и "диких" полиовирусов в его формировании путём изучения выявления штаммоспецифических антител,

которые позволяют с большой долей достоверности судить о роли первых и вторых вирусов в формировании иммунитета [4].

Анализ случаев выявления таких антител среди населения городов с разными показателями коллективного иммунитета, продемонстрировал, что в городах с низкими показателями иммунитета преобладали лица со штаммоспецифическими антителами к вакцинному вирусу. В городах же с высокими показателями коллективного иммунитета, напротив, преобладали лица со штаммоспецифическими антителами к "дикому" полиовирусу.

Иными словами в городах, где в минувшие десятилетия циркуляция "диких" вирусов была ограниченной, иммунитет у населения формировался за счет иммунизации ЖПВ, а так как он сохраняется более короткое время, то показатели коллективного иммунитета были низкими. В городах, где в прошлые годы широко циркулировали "дикие" полиовирусы, они оказали существенное влияние на формирование иммунитета, который после естественной инфекции сохраняется дольше, и поэтому показатели коллективного иммунитета оказались высокими.

А поскольку иммунитет к полиомиелиту у взрослого населения многих городов России низкий, и, следовательно, после прекращения вакцинации неиммунное взрослое население представляет определенную угрозу как благоприятная среда для циркуляции оставшихся в популяции вакцинных полиовирусов.

Это означало, что после ликвидации диких полиовирусов в мире сохранится большое количество потомков вакцинных вирусов, которые спустя какое-то время практически не будут отличаться от уничтоженных диких вирусов.

Данный факт в 2003 г был признан и экспертами ВОЗ [5]. Это выразилось в том, что в одном из документов эти эксперты представили классификацию вирусов полиомиелита, прицинпы которой отражены в таблице.

Таблица

Классификация изолятов вирусов полиомиелита (по докладу экспертов ВОЗ, 2003)

"Дикие" полиовирусы	штаммы, выделенные в природных условиях и постоянно циркулирующие среди людей;
Живая полиомиелитная вакцина (ЖПВ)	аттенуированные штаммы полиовируса, одобренные контрольными учреждениями для использования в качестве вакцины;
Полиовирусы, сходные с ЖПВ	штаммы, генетически отличающиеся от ЖПВ менее чем на 1%, а также штаммы, серологически близкие к ЖАВ
Полиовирусы вакцинного происхождения	штаммы, генетически отличающиеся от ЖПВ на 1-15% (такие вирусы классифицируют как "дикие" полиовирусы)

Из этой классификации прямо вытекает нереальность и бесперспективность идеи ликвидировать полиомиелит путём уничтожения только "диких" полиовирусов. В результате циркуляции вакцинных вирусов среди "недостаточно иммунного" населения постоянно будут появляться всё новые и новые штаммы-ревертанты вакцинного происхождения, которые согласно этой классификации должны быть отнесены к числу "диких" вирусов, т.е. уничтоженные дикие вирусы вновь возвращаются в популяцию.

Из этого вытекает и то, что первоначальные расчеты экспертов ВОЗ на то, что вакцинный вирус сам быстро исчезнет из циркуляции, в реальности оказались ошибочными. Действительно, при проведении массовых прививок, одномоментно охватывающих всё детское население, вакцинный вирус исчезает в короткий срок, так как у него нет условий для циркуляции [6].

Ясно, что при плановой вакцинации по достижении ребенком определенного возраста условия для циркуляции вакцинного вируса среди населения сохраняются, этому может способствовать и взрослое население. Так как нет никаких оснований рассчитывать, что в обозримом будущем мир удастся освободить от вируса полиомиелита, то нет никаких оснований думать о возможном прекращении вакцинации. Дело в том, как отмечает В.И.Агол, "свойства ЖПВ таковы, что прекратить ее применение будет вероятно, не легче, чем было внедрить в практику" [7].

В этой связи надо отметить и то, что одним из немногих недостатков ЖПВ является её способность вызывать у привитых вакциноассоциированный паралитический полиомиелит (ВАПП), который по данным различных исследователей встречается не чаще, чем 1 случай на 500 тыс-2,0 миллиона вакцинированных. К примеру, в России ежегодно регистрируют 8-10 случаев

ВАПП. Это заставляет некоторых исследователей вспомнить об "убитой" (инактивированной) полиомиелитной вакцине (УПВ).

После появления ЖПВ от использования УПВ практически отказались во всех странах, за очень редким исключением. Одним из серьезных недостатков УПВ является то, что она не создает "местного" иммунитета в кишечнике привитых и тем самым не ограничивает циркуляцию полиовирусов в популяции.

В настоящее время, когда заболевания вызванные "диким" полиовирусом регистрируют лишь в ограниченном числе стран, стали обращать большое внимание на случаи ВАПП - появились голоса в пользу перехода на иммунизацию УПВ. Отдельные исследователи предлагали полностью отказаться от ЖПВ, большинство других рекомендовали комбиинированную вакцинацию - две первые прививки делать УПВ, а затем - вакцинацию ЖПВ.

Однако полный переход на вакцинацию УПВ мало реален, так как для полного обеспечения населения вакциной необходимо строительство ряда новых крупных предприятий по её выпуску. Переход же на комбинированную вакцинацию также достаточно сложен и требует больших затрат. Кроме того, у УПВ, как у любой инактивированной вакцины, есть существенные противопоказания к применению.

Единственной реальной возможностью снижения числа случаев ВАПП является изменение схемы вакцинации ЖПВ - отказ от календарного плана прививок по достижении определенного возраста ребенка и переход на двукратную массовую туровую вакцинацию, которая существенно снижает число случаев ВАПП [8].

И, наконец, необходимо особо отметить, что полная ликвидация одного из вирусов, просуществовавшего на земле не одну сотню тысяч лет - грубое вмешательство в природу. Необходимо, наконец, понять на всех административных уровнях, что наука еще не достигла той степени развития, когда бы она могла исправлять природу. Занятие это, по исправлению и изменению природы, хотя и очень престижное, но невыполнимое, как минимум сегодня.

Так, ВОЗ успешно ликвидировала вирус натуральной оспы, но в природе остался вирус оспы обезьян. Прошло немного лет и выяснилось, что при контакте с больным животным человек может заразиться и заболеть оспой обезьян. Прошло еще несколько лет и оказалось, что вирус оспы обезьян приобрел способность передаваться от человека человеку и вызывать локальные вспышки [9]. Это пока. Но эволюция продолжается и её остановить невозможно.

Настал 2000 г, но полиовирусы продолжали свою циркуляцию. К этому моменту было неопровержимо доказано, что потомки вакцинного вируса, долгие годы не только циркулируют в популяции, но и вызывают как отдельные случаи заболеваний, так и эпидемические вспышки. Это означало, что существует и проблема заболеваний полиомиелитом, вызванным ревертантными штаммами вируса (реактивированными вакцинными штаммами) - стало очевидным, что возможная этиологическая роль таких вирусов, сама по себе, является основой эпидемиологической проблемы, которая должна оставаться объектом самостоятельного изучения [3].

Итак, когда стало очевидным, что ликвидировать полиомиелит в намеченные сроки не удалось, был высказан ряд суждений о перспективах дальнейших действий ВОЗ в этом направлении.

Так, было высказано мнение о целесообразности побудить ВОЗ к пересмотру указанной программы [4]. Было высказано мнение и о том, что "пришло время перейти от стратегии "ликвидации" полиомиелита к стратегии эффективного контроля" [10]. Более того, уже в 2003 г была высказана мысль и о том, что "проблема ликвидации инфекций оказалась гораздо сложнее, чем это представлялось в 60-е годы XX века" и уничтожить вирусы полиомиелита в обозримом будущем вряд ли удастся [1].

На этой основе многие исследователи пришли к заключению о том, что задача по ликвидации вируса полиомиелита может быть решена только в отдаленном будущем.

И это обусловлено лишь тем, что сегодня наука едва ли способна решить проблему эрадиации инфекционных болезней. Поэтому реалистичной целью современной науки должна стать не полная ликвидация инфекций, а лишь поддержание экологического баланса между микро- и макроорганизмом, т.е. снижение инфекционной заболеваемости до социально приемлемого уровня.

Вместе с тем, группа экспертов ВОЗ, вопреки приведенным выше выкладкам скептиков, полагала, что реализация Программы по ликвидации полиомиелита должна быть продолжена. При этом выдвигались несколько аргументов и, в том числе, расчеты, указывающие на то, что если не остановить распространение инфекции в странах Азии и Африки, где она продолжает регистрироваться, то через 10 лет в мире ежегодно будет происходить до 200 000 новых случаев

заболевания [11]. Кроме того, высказывалось мнение о том, что если реализация этой программы продолжится с большей интенсивностью, можно надеяться на то, что эрадикация инфекции в мировом масштабе станет возможной уже через несколько лет.

Эти обстоятельства побудили ВОЗ продлить реализацию Программы. В итоге с 1988 г до 2012 г на ликвидацию полиомиелита было израсходовано более 6 млрд долларов США (ликвидация оспы потребовала расхода лишь 100 млн долларов). Однако полученные результаты оправдывали эти затраты - к началу 2012 г в мире оставалось лишь 3 страны, в которых регистрировался полиомиелит, а общее число случаев заболеваний в мире составило лишь порядка 200.

С учетом этих успехов ВАЗ в мае 2012 г приняла резолюцию, провозгласившую завершение комплекса многолетних мероприятий по глобальной ликвидации полиомиелита путем разработки новой всесторонней научно обоснованной программы.

Новая программа, названная "Стратегическим планом ликвидации полиомиелита в 2013-2018 гг", предусматривает согласованную с рядом финансовых доноров, выделяющих на реализацию программы нужные средства (порядка 7 млрд долларов США) параллельную деятельность по ликвидации как "дикого" вируса полиомиелита, так вирусов вакцинного происхождения, которые способны вызывать вспышки паралитического заболевания.

И сегодня, когда указанный План уже реализуется, эксперты дают весьма оптимистические оценки перспективе. Они полагают, что ликвидация полиомиелита позволит сэкономить в ближайшие 20 лет, по меньшей мере, 40-50 млрд долларов США, причем главным образом, в странах с низким уровнем дохода. И, что самое важное, успех будет означать то, что ни один ребенок никогда больше не будет страдать от ужасных пожизненных последствий паралича, вызванного полиомиелитом.

ЛИТЕРАТУРА

1.Черкасский Б.Л. Концепция ликвидации инфекций в начале XXI века. / Ликвидация и элиминация инфекционных болезней - прогресс и проблемы. СПб, 2003, с.14-15;

2.Жданов В.М., Львов Д.К. Эволюция возбудителей инфекционных болезней. М.: Медицина, 1984, с.185-187;

3.Мамедов М.К. Полиомиелит - побежденная, но не исчезнувшая вирусная инфекция. // Биомедицина, 2008, N.1, с.61-63;

4.Сейбиль В.Б., Малышкина Л.П., Лаврова И.К., Ефимова В.Ф, Почему в настоящее время нельзя ликвидировать вирус полиомиелита. // Медицинская вирусология, 2006, N.1, с 67-73;.

5.Глобальный план действий для обеспечения безопасного хранения диких полиовирусов. 2-е изд. ВОЗ, Женева, 2003, 38 с.;

6.Roberts L. Polio eradication: is it time to give up? // Science, 2006, v.312, p.832-835;

7.Агол В.И. Парадокс вакцины Сэбина. // Медицинская вирусология, 2006, N.1, с.7-13;

8.Агол В.И., Короткова Е.А. Молекулярная эпидемиология и проблема ликвидации полиомиелита. / Ликвидация и элиминация инфекционных болезней - прогресс и проблемы. С.Петербург, 2003, с.2-3;

9.Львов Д.К., Калабухина Л.В. Оспоподобные инфекции. / Медицинская вирусология. Под ред. Д.К.Львова. М.: МИА, 2008, с.466-471;

10. Arita I., Nakane M., Fenner F. Is polio eradication realistic? // Science, 2006, v. 312, p. 852-854;

11. Полиомиелит. // Бюлл. ВОЗ, 2013, N.4, 28 с.

Xülasə

Antroponoz viruslu infeksiyalar qlobal eradikasiyası və onun poliomielitə münasibətdə həllinin yaxın perspektivləri

M.Q.Məmmədov, A.E.Dadaşova, H.A.Qədirova

Məqalə insanın viruslu infeksiyalarının eradikasiyası probleminə həsr olunmuşdur. Burada Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının poliomielitin ləğv edilməsi üzrə proqramının reallaşdırlmasının əsas mərhələlərini əks edirən göstəricilər verilmişdir.

Summary

About problem of global eradication of anthroponotic viral infections and visible perspective of its solving at poliomyelitis

M.Mamedov, A.Dadasheva, A.Kadyrova

The article is devoted to a problem of global eradication of human viral infections and contains the data reflecting the main stages of implementation of the World Health Organization's program on poliomyelitis elimination.

Daxil olub: 06.05.2013

РАСТЕНИЯ АЗЕРБАЙДЖАНА – НОВЫЕ ИСТОЧНИКИ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ И ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Д.Ю. Юсифова, И.С. Мовсумов

Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку

Açar sözlər: apiqenin, luteolin, oleanol turşusu

Ключевые слова: апигенин, лютеолин, олеаноловая кислота

Key words: apigenin, luteolin, oleanolic acid

С целью выявления новых источников биологически активных веществ и создания лекарственных препаратов в течение многих лет нами был изучен ряд растений из флоры Азербайджана.

Одним из них является Hypericum Karjaginii Rzazade (зверобой Карягина), сем. Guttiferae Luns.(зверобойные), который является эндемиком для Азербайджана.

Сырье для исследования было заготовлено в начале августа 2011 года в окрестностях Алтыагач Хызынского района Азербайджанской Республики.

Из 1,2 кг воздушно-сухих измельченных надземных частей путем экстракции 70%-ным этанолом и последовательной обработкой хлороформом, смесью этилацетат-гексан получили условно названные нами вещества А и Б. Из маточного (водного) экстракта получили вещества В и Г.

На основании физико-химических свойств и спектральных данных вещество А идентифицировали как лютеолин (5,7, 3′,4′ - тетрагидроксифлавон), вещество Б – как кверцетин (3,5,7,3′,4′- пентагидроксифлавон), вещество В – как гиперозид – (5,7,3′,4′-тетрагидрокси-3-(О-β-L-галактопиранозил)-флавон), вещество Г - как рутин - (кверцетин-3-О-β-D-глюкопиранозидо-(1→6)-α-L-рамнопиранозид). Следует отметить, что з. Карягина изучается впервые [1].

Filipendula ulmaria (L.) Maxim. (лабазник вязолистный) и F. vulgaris Moench. (лабазник обыкновенный), сем. Rosaceae (розоцветные). Оба многолетние травянистые растения, широко применяются в народной медицине во многих странах мира при различных заболеваниях [2].

Сырьем для исследования являлись цветки указанных растений. Цветки F. ulmaria были заготовлены в окрестностях села Турекаран Губинского района в середине июня 2008 года и F. vulgaris - в окрестностях Пиркулу Шамахинского района Азербайджана в мае того же года.

Из цветков F. ulmaria были получены вещества 1-5 тритерпеновой и флавоноидной природы. Вещество 1 идентифицировали как олеаноловая кислота (3β-гидрокси-Δ^{12}-28-карбоксиолеанен), вещество 2- как урсоловая кислота (3β-гидрокси- Δ^{12}-28-урсен), вещество 3-кемпферол (3,5,7-4′-тетрагидроксифлавон), вещество 4- как кверцетин (3,5,7,3′,4′-пентагидроксифлавон), вещество 5 – кверцетин-3′-О-β-D-глюкопиранозид [4].

Из цветков F. vulgaris были выделены вышеуказанные соединения кроме урсоловой кислоты.

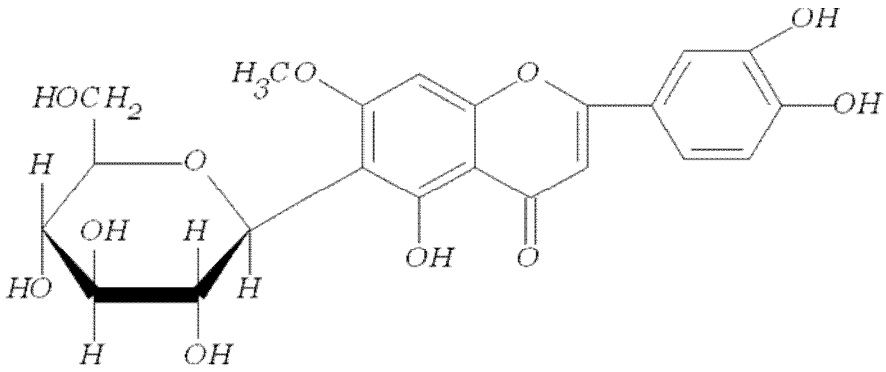
Выделенные из обоих видов Filipendula биологические активные вещества были идентифицированы на основании физико-химических свойств и спектральных данных. Установлено ноотропное действие флавоноидной фракции из цветков F.ulmaria [3].

Биологически активные вещества Filipendula ulmaria и F. vulgaris из флоры Азербайджана изучается впервые [4].

Knautia montana (M.B.).D.C. – короставник горный сем. Dipsacaceae – ворсянковые, дву- или многолетнее растение, цветки желтовато-белые

Цветки для исследования были заготовлены нами в середине июня 2009 года ниже села Будуг Губинского района Азербайджанской Республики. Из 1,2 кг воздушно-сухих цветков выделили вещество 1-3 флавоноидной природы.

Вещество 1 идентифицировали как апигенин- 5,7,4′- тригидроксифлавон; вещество 2 – как сверциаяпонин- (7-О-метиллютеолин-6-С-β-D-глюкопиранозид). Для установления структуры были использованы современные методы исследования- ЯМР-спектроскопия, также классический метод – кислотный гидролиз по Килиану.



Сверциаяпонин
(7-О-метиллютеолин-6-С-β-D-глюкопиранозид)

Вещество 3 идентифицировали как гигантозид А – кверцетин-7-О-[α-L-арабинопиранозил-(1→6)]-β-D-глюкопиранозид. Knautia montana – второй представитель семейства Dipsacaceae, в цветках которого обнаружен гигантозид А.

Биологически активные вещества K. montana из флоры Азербайджана изучается впервые [5,6].

Scabiosa bipinnata C. Koch. (Скабиоза дваждыперистая) сем. Dipsacaceae (Ворсянковые) многолетнее травянистое растение, высота стебли 40-80 см. Венчики желтые.

Сырье для исследований заготовлено нами в окрестностях села Сусай Губинского района Азербайджанской Республики в конце июня 2011 года на стадии полного цветения. Из 1,1 кг листьев и стеблей выделили гиперазид, цинарозид и кверцимеритрин. Из листьев данного растения выделили один флавоноид - цинарозид. Идентификации выделенных веществ проводили на основании физико-химических свойств, продуктами кислотного и щелочного гидролиза и спектральных данных [7].

Rumex tuberosus L. (Щавель клубневидный) семейство Polygonaceae Lindl. (Гречишные) многолетнее травянистое растение 50-125 см высотой. Из 1,5 кг воздушно-сухих надземных частей путем экстракции этанолом выделили вещества 1-3. Все они являются флавоноидной природы [8].

Вещество 1: состав $C_{10}H_{15}O_7$, температура плавления > 300^0C (ацетон). На основании физико-химических свойств, данных щелочного гидролиза и УФ-спектров идентифицировали как кверцетин (3,5,7,3',4'-пентаоксифлавон).

Вещество 2: состав $C_{21}H_{20}O_{12}$, т.пл. 234-236^0C (этанол), $[\alpha]_D^{20}$ -42^0 (с 0,26; диметилформамид), УФ-спектр (МеОН, $\lambda_{мах}$, нм): 360, 305, 257. Вещество 2 идентифицировали как гиперозид – 5,7,3',4'-тетраокси-3-(-О-β-L-галактопиранозил)-флавон.

Вещество 3: состав $C_{21}H_{20}O_{11}$ х $2H_2O$ (вода-этанол), УФ-спектр (EtOH, $\lambda_{мах}$, нм): 360, 260, т.пл. 178-180^0C, $[\alpha]_D^{20}$ -159^0 (с 0,6;этанол). Вещество 3 идентифицировали как кверцитрин (кверцетин-3-О-α-L-рамнопиранозид). В корнях R.tuberosus L. флавоноиды не обнаружили. Биологически активные вещества R. tuberosus из флоры Азербайджана изучается впервые [9].

Cephalaria velutina Bobr. (Цефалярия бархатистая) сем. Dipsacaceae L. (Ворсянковые), многолетнее травянистое растение. Цветки крупные, желтого цвета. Следует отметить, что некоторые представители Cephalaria издавна применяются в народной медицине. C. velutina является эндемичным видом для Кавказа.

Из цветков, собранных в окрестностях села Будуг Губинского района Азербайджанской Республики в конце июля 2009 года экстракцией этанолом с последующей очисткой и разделением выделены флавоноиды – вещества 1-5.

Вещество 1: состав $C_{20}H_{28}O_{16}$ идентифицировали как гигантозид А – кверцетин-7-О-[-α-L-арабинопиранозил(1→6)]-β-D-глюкопиранозид; вещество 2: состав $C_{10}H_{15}O_6$ идентифицировали с лютеолином – 5,7,3',4'–тетраоксифлавон; вещество 3: состав $C_{10}H_{15}O_7$ идентифицировали как кверцетин – 3,5,7,3',4'-пентаоксифлавон; вещество 4: состав $C_{21}H_{20}O_{12}$ идентифицировали как кверцимеритрин – кверцетин-7-О-β-D-глюкопиранозид; вещество 5: состав $C_{21}H_{20}O_{11}$ идентифицировали с цинарозидом – лютеолин-7-О-β-D-глюкопиранозид.

Продолжая исследования биологически активных веществ цветков C.velutina обнаружили, что наряду с флавоноидами в цветках содержатся в значительном количестве тритерпеновые сапонины. При кислотном гидролизе суммы очищенных тритерпеновых сапонинов в качестве агликонов получили хедерагенин (3β,23-дигидрокси-Δ^{12}-28-карбоксиолеанен) и олеаноловую кислоту (3β-гидрокси-Δ^{12}-28-карбоксиолеанен).

Идентификация выделенных биологически активных веществ из цветков C.velutina проводили на основании физико-химических свойств, продуктов ступенчатого и полного кислотного гидролиза, и УФ-спектральных данных.

Биологически активные вещества цветков C. velutina изучаются впервые [10,11].

Malus domestica (яблоня домашняя), сем. Rosaceae Juss. Культивируется почти по всему Азербайджану. Плоды яблони имеют широкое применение в пищевой промышленности, в том числе для получения соков путем холодного прессования. При этом образуется огромное количество отходов (шрот) переработки плодов.

С целью полного и рационального использования этого ценного продукта нами были изучены биологически активные вещества указанного отхода. При этом были получены вещества 1-4.

Вещество 1: состав $C_{29}H_{50}O$ идентифицировали как β-ситостерин; вещество 2: состав $C_{30}H_{48}O_3$ идентифицировали как урсоловая кислота [3-окси-Δ-12(13)-урсен]-производное α-амирина; вещество 3: состав $C_{15}H_{10}O_5$ идентифицировали как апигенин – 5,7,4'-тригидроксифлавон; вещество 4: состав $C_{15}H_{10}O_7$ идентифицировали с кверцетином – 3,5,7,3',4'-пентаоксифлавон.

Путем кислотного гидролиза из этилацетатного извлечения в качестве агликона также выделили апигенин. Следовательно, флавоноидные гликозиды отходов переработки плодов яблони являются производными одного генина - апигенина [12].

Cephalaria procera Fisch. et Ave'-Lall. (Цефалярия высокая), сем. Dipsacaceae L. (Ворсянковые) многолетнее травянистое растение до 1 м высотой. Венчики серно-желтые.

Сырье (соцветие) для исследования биологически активных веществ заготовили в начале июля 2009 года в окрестностях села Хыналыг Губинского района Азербайджанской Республики.

Общеизвестными методами из цветков C. procera были получены условно названные нами флавоноиды A,B,C,D,E и F.

Вещество А: состав $C_{15}H_{10}O_5$, т.пл.>300^{0}C (хлороформ-метанол). Т.пл. ацетата 184-187^{0}C. При щелочном гидролизе в жестких условиях расщепляется на флороглюцин и п-гидроксибензойную кислоту. Вещество А идентифицировали с апигенином- 5,7,4'-триоксифлавон.

Вещество В: состав $C_{15}H_{10}O_6$, т.пл. >300^{0}C (этанол). Т.пл. ацетата 224-226^{0}C (петролейный эфир-хлороформ). Продуктом щелочного распада являются флороглюцин и протокатеховая кислота. Вещество В идентифицировали как лютеолин – 5,7,3',4'-тетраоксифлавон.

Вещество С: состав $C_{15}H_{10}O_7$, т.пл. >300^{0}C (этанол). При щелочном гидролизе образуются флороглюцин и протокатеховая кислота. Вещество С идентифицировали как кверцетин - 3,5,7,3',4'-пентаоксифлавон.

Вещество D: состав $C_{21}H_{20}O_{11}$, т.пл. 232-234^{0}C, $[\alpha]_D^{20}$ -52^0 (с 0,5; пиридин-метанол). Продуктами кислотного гидролиза являются лютеолин и D-глюкоза. Вещество D является цинарозидом – лютеолин-7-О-β-D-глюкопиранозид.

Вещество Е: состав $C_{21}H_{20}O_{12}$, т.пл. 255-257^{0}C (ацетон), $[\alpha]_D^{20}$ -50^0 (с 0,26; диметилформамид). При кислотном гидролизе образуется кверцетин и D-глюкоза. Вещество Е идентифицировали с кверцимеритрином – кверцетин-7-О-β-D-глюкопиранозид.

Вещество F: состав $C_{28}H_{26}O_{16}$ x H_2O, т.пл. 220-222^{0}C, $[\alpha]_D^{20}$ -45^0 (с 0,5; пиридин). При ступенчатом кислотном гидролизе расщепляется на вещество Е (кверцимеритрин) и D-глюкозу. При полном кислотном гидролизе в качестве агликона образуется кверцетин (48%), в качестве углеводов L-арабиноза и D-глюкоза. Вещество F идентифицировали как биозид кверцетина – кверцетин-7-О-[-α-L-арабинопиранозил-(1→6)]-β-D-глюкопиранозид [13].

Corylus avellana L. (Лещина обыкновенная) сем. Corylaceae Mirb. (Лещинные), кустарник 1-4 м высоты, редко древовидный. Л. обыкновенная в значительном количестве распространена в

лесах, где образует подлесок. Корни, кора, лисья, плоды применяются в народной медицине при различных заболеваниях.

Сырьем для исследования являлись листья, которые заготовили в конце июня 2011 года в окрестностях города Губа Азербайджанской Республики.

1,5 кг воздушно-сухих листьев экстрагировали 95% этанолом с последующей очисткой, получили 6 веществ, относящихся к различным группам.

Вещество 1: состав $C_{30}H_{50}O$, т.пл. 249-251^{0}C (этанол). На основании физико-химических свойств и ИК-спектральных данных вещество 1 идентифицировали как тритерпеновый спирт бетулин.

Вещество 2: состав $C_{15}H_{10}O_7$, т.пл. > 300^{0}C, т.пл. ацетата 198-200^{0}C, УФ-спектр ($\lambda_{мах}$, метанол,нм): 375, 256. При щелочном распаде образуются флороглюцин и протокатеховая кислота. Вещество 2 идентифицировали как кверцетин (3,5,7,3',4'-пентаоксифлавон).

Вещество 3: состав $C_{15}H_{10}O_8$, т.пл. > 300^{0}C (этанол). Т.пл. гексаацетата 218-220^{0}C, УФ-спектры ($\lambda_{мах}$, метанол,нм): 379,340 пл., 254. ИК-спектры (KBr, $\lambda_{мах}$, метанол,см$^{-1}$): 3380-3300, 1660, 1556, 1516. Вещество 3 идентифицировали с мирицетином (3,5,7,3',4',5'-гексаоксифлавон).

Вещество 4: состав $C_{15}H_{10}O_6$, т.пл. 277-279^{0}C (водный этанол). Т.пл.ацетата 182-185^{0}C. УФ-спектры ($\lambda_{мах}$, метанол,нм): 253пл., 266, 294,322 пл., 367. При щелочном гидролизе образуются флороглюцин и п-оксибензойная кислота. Вещество 4 идентифицировали как кемпферол (3,5,7,4'-тетраоксифлавон).

Вещество 5: состав $C_{21}H_{20}O_{10}$ х 2 H_2O, т.пл. 170-172^{0}C, $[\alpha]_D^{20}$ -180^0 (с 0,1; метанол). При количественном кислотном гидролизе в качестве агликона обнаруживается кемпферол (64%), в качестве сахаров – L-рамноза. Вещество 5 отожествляли с афзелином (кемпферол-3-О-α-L-рамнозид).

Вещество 6: состав $C_{21}H_{20}O_{11}$, т.пл.173-175^{0}C, $[\alpha]_D^{20}$ -160^0 (с 0,1; метанол). УФ-спектр ($\lambda_{мах}$, метанол,нм): 355,257. Вещество 6 при кислотном гидролизе образует в качестве агликона кверцетин, а в качестве углеводного остатка – L-рамноза. Вещество идентифицировали как кверцитрин (кверцетин -3-О-α-L-рамнозид) [14].

Cephalaria media Litv – Цефалярия средняя, сем.Dipsacaceae – Ворсянковые. Многолетнее травянистое растение, является эндемиком Кавказа.

Из 1.0 кг воздушно-сухих цветков выделили и идентифицировали два вещества из группы флавоноидов, условно названные нами вещества 1 и 2. Сырье для исследования нами было заготовлено в начале августа 2012 года в Алтыагадже Хызынского района Азербайджана.

Вещество 1: состав $C_{21}H_{20}O_{11}$, т.пл.250-252^{0}C (этанол), $[\alpha]_D^{20}$ -52^0 (с 0,5;пиридин- метанол). При кислотном гидролизе в качестве агликона образуется лютеолин, в качестве углеводного остатка - D-глюкоза. УФ-спектры (МеОН, $\lambda_{мах}$, нм): 349, 267пл., 255. Вещество 1 идентифицировали как цинарозид - лютеолин-7-О-β-D-глюкопиранозид.

Вещество 2: состав $C_{21}H_{20}O_{12}$, т.пл. 252-254^{0}C (ацетон), УФ-спектры (МеОН, $\lambda_{мах}$, нм): 370,254. При количественном кислотном гидролизе (4% H_2SO_4,4ч.) образуется кверцетин (64,2%) и D-глюкоза. Вещество 2 идентифицировали как кверцимеритрин – кверцетин-7-О-β-D-глюкопиранозид.

Из н-бутанольного извлечения получили сумму тритерпеновых сапонинов. С целью установления природы сапонинов, сумму подвергали кислотному гидролизу (7%H_2SO_4,5ч.). В качестве агликонов получили 2 вещества, которых разделили на колоночной хроматографии (окись алюминия второй степени активности по Брокману). Агликон 1: состав $C_{30}H_{48}O_3$, т.пл. 303-305^{0}C (этанол), $[\alpha]_D^{20}$ +79±2^0(с 1,2; пиридин-метанол). Агликон 1 идентифицировали как олеаноловую кислоту. Агликон 2: состав $C_{30}H_{48}O_4$, т.пл. 322-324^{0}C (этанол), $[\alpha]_D^{20}$ +76±2^0(с 1,0; пиридин-метанол). Агликон 2 идентифицировали как хедерагенин [15].

Кроме того из корней C. media выделили свободную тритерпеновую кислоту, которая на основании физико-химических свойств, ЯМР данных идентифицировали как урсоловая кислота.

С целью рационального и полного использования плодов Hippophae ramnoides (Облепиха крушиновая) нами был изучен компонентный состав шрота при производстве облепихового масла. При этом были получены 6 веществ, относящихся к различным группам [16].

Вещество 1: состав $C_6H_4O_5$, т.пл. 100-102^{0}C, $[\alpha]_D^{20}$ -2,2^0(с 9,3; вода).В ИК-спектре обнаруживаются полосы поглощения при 3200 (-ОН группа) и 1700 см$^{-1}$(-СООН). Вещество 1 идентифицировали как L-яблочная или гидроксиянтарная кислота.

Вещество 2: состав $C_{29}H_{50}O$, т.пл. 139-140^{0}C (этанол), $[\alpha]_D^{20}$ -40^0(с 0,25; хлороформ). Т.пл. ацетата 128-130^{0}C (водный этанол). Смещенная проба вещества 2 с β-ситостерином не дала депрессии температуры плавления. Вещество 2 идентифицировали с β-ситостерином.

Вещество 3: состав $C_{30}H_{48}O_3$, т.пл. 282-283^{0}C (этанол), $[\alpha]_D^{20}$ +68^0(с 0,9; хлороформ). ИК-спектры вещества 3 и урсоловой кислоты идентичны.

Вещество 4: состав $C_{15}H_{10}O_6$, т.пл. 275-277^{0}C (этанол). УФ-спектры ($\lambda_{мах}$, метанол,нм): 367, 322 пл., 294, 266, 254. Т.пл. ацетата 183-185^{0}C (метанол-хлороформ). Вещество 4 идентифицировали как кемпферол (3,5,7,4′-тетраоксифлавон).

Вещество 5: состав $C_{15}H_{10}O_7$, т.пл. > 300^{0}C (этанол). УФ-спектр ($\lambda_{мах}$, метанол,нм): 370, 256. Т.пл. ацетата 198-200^{0}C (этанол). Вещество 5 идентифицировали как кверцетин (3,5,7,3′,4′-пентаоксифлавон).

Вещество 6: состав $C_{27}H_{30}O_{16}$, т.пл. 189-190^{0}C (этанол), $[\alpha]_D^{20}$ -17^0(с 0,2; метанол). УФ-спектры ($\lambda_{мах}$, метанол,нм): 354, 264 пл., 256. При кислотном гидролизе в качестве Вещество 6 идентифицировали как рутин [кверцетин-3-О-β-D-глюкопиранозидо-(1→6)-α-L-рамнопиранозид].

Таким образом, в течение ряда лет впервые нами были изучены более десяти растений из флоры Азербайджана. Один из этих растений - Hypericum Karjaginii (Зверобой Карягина), являющийся эндемичным видом для Азербайджана, два – Cephalaria velutina (Цефалярия бархатистая) и Cephalaria media (Цефалярия средняя), являющиеся эндемичными видами для Кавказа. Наряду с этим также были изучены некоторые отходы переработки плодов облепихи и плодов яблони.

При этом были выявлены новые источники для получения апигенина, лютеолина, кемпферола, афзелина, кверцетина, гиперозида, цинарозида, кверцимеритрина, рутина, сверциаяпонина, гигантозида А, β-ситостерина, яблочной, олеаноловой и урсоловой кислот.

Почти все эти природные вещества обладают в той или иной степени фармакологическими свойствами. Апигенин (5,7,4′-триоксифлавон) оказывает спазмолитическое действие [17].

Лютеолин (5,7,3′,4′-тетраоксифлавон) обладает противовоспалительным, спазмолитическим, иммуномоделирующим эффектом [18]. Предварительное клиническое изучение сотен пациентов с бронхитом показало, что лютеолин был эффективен при лечении хронического бронхита. Кроме того, лютеолин также обладает антиаллергическими свойствами. Лютеолин является антагонистом аденозина A_1 рецептора [19].

Рутин и кверцетин являются фармакопейными препаратами из группы флавоноидов и в настоящее время применяются в современной медицине [15]. Кроме того, рутин используют как исходное вещество для полусинтеза троксевазина (Troxerutin) [17].

Установлено, что кверцетин и мирицетин ингибируют процессы перекисного окисления липидов, катализируемые цитохромом С. Это связано с большим количеством гидроксильных групп в их структуре [20].

Мирицетин (3,5,7,3′,4′,5′-гексаоксифлавон) обладает гепатотропным действием. Это объясняется тем, что в структуре мирицетина имеются вицинальные оксигруппы в боковом фенильном радикале, что усиливает его желчегонную активность в 2 раза, чем у кверцетина [21,22].

Гиперозид (кверцетин-3-О-β-О-галактопиранозид) обладает кардиотоническим, желчегонным и гипоазотомическим действиями [23]. Цинарозид (лютеолин-7-0-β-D-глюкопиранозид) снижает содержание холестерина и триглицеридов в крови [24]. β-ситостерин применяется для синтеза стероидных соединений.

Яблочная кислота в природе распространена в виде L-изомера. Она – один из важных промежуточных продуктов обмена веществ в живых организмах. В промышленности L-яблочную кислоту используют при производстве вин, кондитерских продуктов, как вкусовую добавку и регулятор pH. В медицине применяют как составную часть слабительных средств и препаратов от хрипоты.

Установлено, что урсоловая кислота обладает противовоспалительными, анальгезирующими свойствами, сравнимыми с индометацином и ацетилсалициловой кислотой, при этом не

обнаруживается побочное действие. Выявлены гиполипидемическое, гипогликемическое, противосклеротическое, гепатопротекторное действия олеаноловой и урсоловой кислот. Установлено, что олеаноловая и урсоловая кислоты и их полусинтетические производные обладают антиканцерогенными, антимикробными, антигрибковыми действиями. Для урсоловой и олеаноловой кислот выявлены кардиотоническое действие. Урсоловая кислота усиливает кровообращение в коронарных сосудах и мозге. Олеаноловая и урсоловая кислоты не являются токсичными [25-35].

Следовательно, вышеуказанное растительное сырье из флоры Азербайджана может служить источником для получения как индивидуальных биологически активных веществ и также их в суммарных видах, пригодных для получения лекарственных препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мовсумов И.С., Юсифова Д.Ю., Гараев Э.А. Флавоноиды надземных органов Hypericum Karjaginii, произрастающего в Азербайджане // Химия растительного сырья, 2012, № 3, с.107-110.

2. Мовсумов И.С., Гараев Э.А., Юсифова Д.Ю. Химические компоненты цветков Filipendula ulmaria и F. vulgaris из флоры Азербайджана // Химия растительного сырья, 2011, №3,с.159-162.

3. Мовсумов И.С., Юсифова Д.Ю. Патент i 20130055 Способ получения флавоноидов, обладающих ноотропным действием.

4. Растительные ресурсы СССР: Цветковые растения, их химический состав, использование. Сем. Hydrangeaceae - Haloragaceae. Л., 1987, 321 с.

5. Movsumov I.S., Yusifova C.Y., Garayev E.A., Isayev M.I. Flavonoids from Knautia montana flowers growing in Azerbaijan // Chemistry of Natural Compounds. Vol. 47, № 3, p. 438-439.

6. Растительные ресурсы СССР. Цветковые растения, их химический состав, использование. Сем. Caprifoliaceae – Plantaginaceae. Л., 1990, 327 с.

7. Мовсумов И.С., Юсифова Д.Ю., Гараев Э.А. Флавоноиды Скабиозы дваждыперистной (Scabiosa bipinnata, произрастающей в Азербайджане // Химические проблемы, 2012, № 3,с.376-380.

8. Мовсумов И.С., Юсифова Д.Ю., Гараев Э.А. Флавоноиды Rumex tuberozus L., произрастающего в Азербайджане / Материалы V Всероссийской конференции с международным участием. Барнаул, 2012, с.265-266.

9. Растительные ресурсы СССР. Цветковые растения, их химический состав, использование. Сем. Magnoliaceae – Limoniaceae. Л., 1985, 460 с.

10. Мовсумов И.С., Юсифова Д.Ю. Флавоноиды Cephalaria velutina из флоры Азербайджана // Химические проблемы , 2009, № 4, с.705-708.

11. Мовсумов И.С., Юсифова Д.Ю. Флавоноиды и тритерпеновые сапонины цветков Cephalaria velutina // Химические прблемы,2010, № 1, с.135-137.

12. Мовсумов И.С., Юсифова Д.Ю. Биологически активные вещества из отходов переработки плодов яблони // Актуальные вопросы технологии и защиты окружающей среды. Сборник материалов III Всероссийской конференции с международным участием. Новочебоксарск, 21-22 ноября 2013 г., с.45-46.

13. Мовсумов И.С., Юсифова Д.Ю., Гараев Э.А. Флавоноиды соцветий Cephalaria procera (Dipsacaceae),произрастающей в Азербайджане // Растительные ресурсы, 2013, Вып.1, с.103-107.

14. Мовсумов И.С., Юсифова Д.Ю., Гараев Э.А. Биологически активные вещества Corylus avellana L., произрастающий в Азербайджане // Химия растительного сырья, 2013, № 4, с. 216-219.

15. Movsumov I.S., Yusifova J.Y., Garayev E.E. Flavonoids and triterpenoids of Cephalaria media from Azerbaijan flora // Xth International Symposium on the Chemistry of Natural Compounds. Abstracts. November 21-23, 2013, c. 262, Tashkent-Bukhara, Respublic of Uzbekistan.

16. Растительные ресурсы СССР. Цветковые растения, их химический состав, использование. Сем. Rutaceae – Elaeaganaceae. Л., 1988, 356 с.

17. Машковский М.Д. Лекарственные средства.Москва, 2005,15-е издание, 1206 с.

18.Попова Н.В., Маслова Н.Ф., Дихтярев С.И., Литвиненко В.И. Лекарственные свойства лютеолина. Сообщение 3. Перспективы использования лютеолина для лечения бронхита // Фітотерапія. Часопис, 2010, №4, с.68-71.

19.Попова Н.В., Маслова Н.Ф., Дихтярев С.И., Литвиненко В.И. Лекарственные свойства лютеолина. Сообщение II // Фітотерапія. Часопис, 2010, №3, с. 43-48.

20.Червяковский Е.М., Власова Т.М., Гилеп А.А., Курченко В.П., Усанов С.А. Влияние флавоноидов на процессы перекисного окисления липидов, протекающих в присутствии цитохрома С // Биологичеки активные вещества растений в медицине, сельском хозяйстве и других отраслях / Материалы международной научно-практической конференции (Нарочанские чтения) Минск – Нарочь, 27-30 сент. 2006, г.Минск: РИВШ. 2006, с.212-222.

21.Комиссаренко Н.Ф., Левашова И.Г. Биологические активные вещества листьев рододендрона

желтого // Раст. ресурсы, 1980, Т.16, В.3, с.402

22.Георгиевский В.П., Комиссаренко Н.Ф., Дмитрук С.Е. Биологически активные вещества лекарственных растений. Новосибирск, “Наука”, 1990, 327 с.

23.Безрук П.И., Хаджай Я.И., Королев В.Ф. К фармакологии гиперозида и кверцетина // Материалы 9-й Всесоюзной конференции фармакологов. Свердловск, 1961. с. 22-23

24.Лицевитская Л.Н., Шинкаренко А.Л., Земцова Г.Н. Компанцев В.А. В кн.: Актуальные вопросы фармации. Пятигорск: Типография им. Революции, 1905, 1968, в.1, с. 178-179.

25.Kozai K., Miyake Y., Kohda H., Kametaka S. et al. Inhibition of Clycosiltransferaze from Streptococeus mutans oleanolic acid and ursolic acid // Garies Res. 1986, Vol.21, №2, p.104-108.

26.Yin M.C., Chan K.C. Nonezymatic antioxydative and antiglycative effects of oleanolic acid and ursolic acid // J.Agric. Food Chem. 2007. Vol.55, №17, p.7177-7181.

27.Залетова Н.И., Щавлинский А.Н., Толкачев О.Н., Вичканова С.А., Фатеев Т.В.. Крутикова Н.М., Ярцева И.В., Клюев Н.А. Получение некоторых производных урсоловой кислоты и их противомикробная активность // Хим.-фарм. ж. 1986, № 5, с. 568-571.

28.Козлова Л.П., Кукина Т.П., Обут С.М., Овсянникова Л.Г., Покровский Л.М., Попов С.А., Сальникова О.И., Шеремет О.П. Отходы пилотной наработки урсоловой кислоты из ягодных шротов как источников БАВ // Новые достижения в химии и химической технологии растительного сырья. Материалы III Всероссийской конференции. Книга 2. Барнаул, 2007, с. 314-317.

29.Dai I.M., Cheng H., Li W.P. et al. The influence of luteolin on experimental inflammatory mosels in rats // Acto anhui Med. Univ., 1985. Vol. 20, p.1-3.

30.Tokuda H., Ohigashi H., Koshimizu K., Ifo Y. Inhibitory effect of ursolic and oleanolic acids on skin tumor promotion by 12-0-tetyradecanoylphorbol-13-acetate // Cancer Lett 1986.V. .33, № 3, p. 648-651.

31.Trumbull E.R., Bianchi E., Eckert D.I. Tumoringibitory agents from Vanqueliania corimbosa Rosaceae // J. Pharm. Sci. 1976. V.65, № 9, p.1407-1408.

32.Yin M.C., Chan K.C. Nonezymatic antioxidative and antiglycative effects of oleanolic acid and ursolic acid // J. Agric. Food Chem., 2007, v.55(17), p.7177-7181.

33.Lei Liu. Oleanolic acid and ursolic acid: Research perspectives // Jornal of Ethnopharmacolog, 2005, 100, 92-94.

34.Lie Lin. Pharmacology of oleanolic and ursolic acid // Journal of Ethnopharmacolog, 1995, v.49, p.57-68.

35.Gao D.W., Li Q., Li Y., Liu Z.H., Lin Z.W., Fan Y.S., Han Z.S., Li J., Li K. Antidiabetic potential of oleanolic acid from Ligusrum licidum Ait. Can // J. Physiol. Pharmacol., 2007, v.85, p.1076-1083.

Xülasə

Azərbaycan bitkiləri – bioloji fəal maddələrin və dərman preparatlarinin yeni mənbələri

C.Y. Yusifova, İ.S. Mövsümov

Azərbaycan florasından olan 10-dan çox bitkilərin bioloji fəal maddələri öyrənilmişdir. Bu bitkilərdən biri Azərbaycan endemi, ikisi isə Kafkaz endemi hesab olunur. Bununla yanaşı bitki xammalından səmərəli və tam istifadə etmək məqsədi ilə alma və çaytikanı meyvələrinin emalı tullantıları da öyrənilmişdir. Beləliklə, apiqenin, luteolin, kversetin, sinnarozid, kversimeritrin, β-sitosterin, oleanol və ursol turşuları, hiperozid, kversetrin, rutin kimi bioloji fəal maddələrin yeni alınma mənbələri aşkar edilmişdir.

Summary

Azerbaijan plants - the new sources of biologically active substances and medicine preparations

J.Y. Yusifova, I.S. Movsumov

It were studied biologically active substances of more than 10 plants in the flora of Azerbaijan. One of them is endemic plant in Azerbaijan, two of them are endemic in the Caucasus. In addition, it was studied waste of apple and sea buckthorn fruit processing in order to make full and rational use of plant materials. Thus, it have been discovered the new sources of biologically active substances such as apigenin, luteolin, quercetin, cynaroside, quercimeritrin, β-cytosterin, oleanolic and ursolic acids, hyperoside, quercetrine, rutoside.

Daxil olub: 04.06.2013

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПОДХОДА К НАРУШЕНИЯя РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

И.А. Шамхалова, С.Ч.Кулиева

АзГИУВ им А. Алиева кафедра акушерства и гинекологи, г.Баку;
Бакинский Центр Здоровья

Açar sözlər: doğuç fəaliyyəti, pozuntular, korreksiya
Ключевые слова: родовой деятельность, нарушения, коррекция
Keywords: labor, violations correction

Беременность, завершающаяся рождением доношенного плода характеризуется выраженной индивидуальной изменчивостью. Своевременные физиологические роды начинаются и протекают самопроизвольно, т.е. без использования каких-либо методов акушерской активности [1,2]. Физиология родов с учетом всех задействованных в данном процессе функциональных звеньев, значительно шире и сложнее. Современные исследования позволяют выделить следующие звенья родового акта: релаксация тканей родового канала, соединение костей таза, схватки в общепринятом смысле, сглаживание и открытие шейки матки, сгибание и разгибание плода, изменение плодных оболочек, самопроизвольное вскрытие плодного пузыря, конфигурация головки, начало и завершение биомеханизма родов, рождение плода и отделение и выделение последа [3,4,5]. Несмотря на поверхностную эдинтичность процесса родов отмечаются видимые проявления изменчивости (полиморфизма). Термин «полиморфизм» многими авторами используется для обозначения изменчивости по ряду показателей родовой деятельности, характеризующиеся аномалией родового процесса. Характер начала, течения родов в свете нормы и патологии оказывают существенное влияние на тактику их ведения, использования при этом методов оказания воздействия на родовой процесс акушерской активностью [6,7]. Возможность изменения родовой деятельности имеет самое непосредственное отношение к вопросу полиморфизма. Значение о физиологической вариабильности родовой деятельности по ряду признаков является одним из главных условий недопущения существенного ограничения гипердиагностики интранатальных нарушений и прежде всего при развитии аномалий родовой деятельности. Это в свою очередь позволит своевременно диагностировать начало и развитие патологических нарушений родового процесса [8,9].

Аномалии родов, характеризующиеся слабостью родовой деятельности, дискоординацией родового процесса, наиболее часто встречающиеся патологические процессы, приводят к

затяжному течению родов, увеличению длительности безводного интервала, повышению травматизма матери и плода, патологической кровопотере. Развивающаяся аномалия родовой деятельности является причиной достаточно частого завершения родов путем операции кесарево сечение, в связи либо с отсутствием эффекта от родостимуляции, либо по поводу возникновения дистресс синдрома у плода. Доказано, что расширение показаний к абдоминальному родоразрешению при аномалиах родовой деятельности привело к увеличению частоты кесарева сечения на 20-30%. В этой связи следует отметить, что чрезмерное расширение показаний к оперативному родоразрешению не приводит к уменьшению показателей перинатальной заболеваемости и смертности, а материнская смертность при оперативных родах выше, чем при физиологических [10].

Наряду с существующими установками по тактике управляемого ведения родов акушерская активность, проявляющаяся медикаментозным вмешательством в родовой процесс, в большей степени проводится с опозданием, так как с одной стороны происходит не своевременная диагностика растройств родовой деятельности, а с другой стороны проявляется скудность информации об интранатальных нарушений при аномалиях родового процесса [11]. Управляемое ведение родов с использованием медикаментозных методов акушерской активности при развитии аномалий родовой деятельности позволяет обеспечить профилактику родовых осложнений как со стороны плода, так и со стороны матери. Использованием активного ведения родов при своевременной диагностике аномалий родовой деятельности с применением различных схем родостимуляции, способствует понижению риска интранатальных нарушений, слабости родовой деятельности в последующим периоде родов, развитию хронодискоординации, гипоксии в связи с гибернационым дистрессом, родовой травмы, родившегося новорожденного [12].

Роды представляют собой сложный физиологический процесс, сопровождающийся функциональной перестройкой сегментарного аппарата центральной нервной системы, направленное на развитие рефлекторных механизмов рождения плода. Клинико-физиологическая организма перестройка проявляется изменениями в сфере экстероцептивных и проприоцептивных рефлексов, проявляющиеся усилением схваток для конца первого периода и начала второго периода родов и характеризующиеся наличием волны сокращений, направленных от дна матки к нижнему сегменту при физиологическом течении родов. Ближайшие предвестники родов представляют собой не что иное, как проявление предродовой нейрогормональной перестройки системы роженица-плацента-плод. Эту закономерность следует особо учитывать при оценки течения беременности в последние сроки и решения вопроса об тактике выбора метода родоразрешения [13].

В целях повышения корректности в тактике ведения родов, следует внимательно относиться к признакам начала развития аномалий родовой деятельности и своевременно использовать медикаментозные методы акушерской активности в целях снижения риска развития интранатальных нарушений. Физиологическое течение беременности наряду со схватками и рефлекторными потугами, включает в себя так же, что доказано многими исследованиями, аутоанельгизию роженицы, интранатальную гибернацию плода, являющиеся базисными формами адаптации матери и плода. Норма родов, родовой деятельности характеризуется выражены полиморфизмом, индивидуальной изменчивостью. Это касается характера начала родов, скорости развития родовых процессов, механизмов (схватки, раскрытие шейки матки, релаксация тканей родового канала, соединение костей таза, рефлекторные потуги), времени (фаза родов) самопроизвольного вскрытия плодного пузыря [14].

Анализ функциональной структуры родов, проведенный многими исследователями показал, что возникающая даже на самых ранних стадиях родового процесса, аномалия родовой деятельности, способствует формированию патологических синдромов и дисинхронизациородового акта. Сохранность физиологических механизмов рождения плода, механизмов адаптации роженицы характеризуются выраженной изменчивостью. Своевременная коррекция аномалий родовой деятельности ведения родов характеризуется активной акушерской тактикой. Установленные тактики по оценки течение родов в аспектах нормы и патологии, сложность своевременной диагностики и полиморфизм нарушений родовой деятельности, тяжесть определения адекватности медикаментозной коррекции и степени акушерской активности являются причинами акушерских неонатальных и

неврологических нарушений, приводящих у родившихся детей к развитию симптомов и синдромов поражения центральной и периферической нервной системы обусловленные как дефицитом поступления кислорода, так и биологически детерминироваными отклонениями в процессе родовой деятельности [15]. Именно отмеченные факты нарушений родовой деятельности являются одним из главных причин высокого уровня необоснованного оперативного родоразрешения, интранатальных нарушений, большой частоты неврологических расстройств у новорожденных особенно в первые час, дни жизни [16].

Слабость родовой деятельности характеризуется недостаточной силой и продолжительностью сокращений матки, увеличением промежутков между схватками, нарушением их ритмичности, замедлением раскрытия шейки матки, задержкой продвижения плода. Различают первичную и вторичную слабость родовой деятельности. При первичной слабости схватки с самого начала родов слабые и неэффективные. Вторичная слабость возникает на фоне нормально начавшейся родовой деятельности. Слабость родовой деятельности приводит к затяжному течению родов, гипоксии плода, утомлению роженицы, удлинению безводного промежутка, инфицированию родовых путей, развитию воспалительных осложнений, кровотечениям в родах и послеродовом периодах. Причины слабости родовых весьма многочисленные. Основными среди них являются нарушения механизмов регулирующих родовой процесс, к которым относятся: изменения функции нервной системы в результате стресса, расстройства эндокринных функций, нарушения менструального цикла, заболевания обменного характера. В целом ряде случаев слабость родовых сил обусловлена такими патологическими изменениями матки, как пороки развития, воспалительные явления, перерастяжение. Недостаточность сократительной деятельности во время родов возможна также при наличии крупного плода, при многоплодии, многоводии, миоме матки, переношенной беременности, у женщин с выраженным ожирением. Среди причин вторичной слабости родовой деятельности, кроме уже перечисленных следует отметить утомление роженицы в результате длительных и болезненных схваток, препятствие рождающемуся плоду из-за несоответствия размеров головки и таза, при неправильном положении плода, при наличие опухоли в малом тазу [17,18].

Основным методом лечения слабости родовой деятельности является родостимуляция при вскрытом плодном пузыре, которая заключается во внутривенном капельном введении лекарственных препаратов, усиливающих сократительную активность матки (окситоцин, простагландин F2a). Значительный эффект при лечении слабости родовых сил может быть получен при сочетании простагландина F2a с окситоцином. При утомлении роженицы, выявлении слабости родовых сил в ночное время, при плохой готовности шейки к родам или малом открытии ее, лечение следует начинать с предоставления женщине отдыха в течение 2 - 3 ч (акушерский наркоз). В противном случае проведение родостимуляции может еще больше осложнить течение родов. После отдыха осуществляют влагалищное исследование для определения акушерской ситуации и оценивают состояние плода. После сна родовая деятельность может усилиться, и дальнейшее лечения не требуется. Если же родовая деятельность остается недостаточной, назначают стимулирующие матку средства. Противопоказаниями к стимуляции родовой деятельности являются: несоответствие между размерами плода и таза матери, наличие рубца на матке после кесарева сечения или после удаления узлов миомы матки, симптомы угрожающего разрыва матки, предшествующие тяжелые септические заболевания половых органов. Если при введении препаратов, усиливающих сокращения матки в течение 2 ч не наблюдается динамики раскрытия шейки матки или состояние плода ухудшается, то дальнейшее введение препаратов нецелесообразно. В этой ситуации следует решать вопрос в пользу оперативного родоразрешения. Выбор метода зависит от конкретной акушерской ситуации. При слабости родовой деятельности в первом периоде родов следует выполнить кесарево сечение. Во втором периоде родов целесобразным является наложение выходных акушерских щипцов или выполнение вакуум-экстракции [19,20,21].

Чрезмерно сильная, бурная родовая деятельность характеризуется очень сильными и/или частыми схватками и потугами (через 1- 2 мин), которые могут приводить к стремительным (1 - 3 ч) или быстрым (до 5 ч) родам. Изгнание плода происходит иногда за 1-2 потуги. Бурная родовая деятельность представляет опасность для матери и плода. У рожениц часто возникают

глубокие разрывы шейки матки, влагалища, клитора, промежности; возможна преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты или развитие кровотечения. Частые, очень сильные схватки и стремительное изгнание плода нередко приводят к гипоксии и родовой травме плода [22,23].

При коррекции бурной родовой деятельности роженице придают положение на боку, противоположном позиции плода, которое она сохраняет до конца родов. Вставать роженице не разрешают. Для регуляции и снятия чрезмерной родовой деятельности применяют внутривенное введение сернокислой магнезии, токолитических препаратов (партусистен, гинипрал и др.), добиваясь уменьшения числа схваток до 3-5 за 10 мин.

Тетания матки встречается редко. При этом матка совершенно не расслабляется, а все время остается в состоянии тонического напряжения, что обусловлено одновременным возникновением нескольких водителей ритма в различных участках матки. При этом сокращения различных отделов матки не совпадают друг с другом. Отсутствует суммарный эффект действия от сокращения матки, что приводит к замедлению и остановке родов. Из-за существенного нарушения маточно-плацентарного кровообращения развивается выраженная гипоксия плода, что проявляется в нарушении его сердечной деятельности. Степень раскрытия маточного зева уменьшается по сравнению с данными предыдущего влагалищного исследования. У роженицы может повышаться температура тела и развиться хориоамнионит, ухудшающий прогноз для матери и плода. Тетания матки может быть одним из симптомов таких серьезных осложнений, как угрожающий или начавшийся разрыв матки, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Причинами этой аномалии являются наличие значительных препятствий на пути продвижения плода, узкий таз, опухоль, необоснованное, ошибочное назначение родостимулирующих препаратов [24].

При лечении тетания матки используют наркоз. Часто после наркоза родовая деятельность нормализуется, и роды заканчиваются самопроизвольно. При тетании матки, являющейся симптомом ее разрыва, при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, механическом препятствии прохождению плода выполняют кесарево сечение. Если имеет место полное открытие шейки матки, то под наркозом извлекают плод с помощью акушерских щипцов или за ножку (при тазовом предлежании).

Дискоординация родовой деятельности характеризуется беспорядочными сокращениями различных отделов матки вследствие смещения зоны водителя ритма. Одновременно может возникать несколько таких зон. При этом не соблюдается синхронность сокращения и расслабление отдельных участков матки. Несинхронно могут сокращаться левая и правая половины матки, чаще же это относится к нарушению процессов сокращения в нижнем ее отделе. Схватки становятся болезненными, спастическими, неравномерными, очень частыми (6-7 за 10 мин) и длительными. Между схватками матка полностью не расслабляется. Поведение роженицы беспокойное. Могут быть тошнота и рвота. Наблюдаются затруднение мочеиспускания. Несмотря на частые, сильные и болезненные схватки, раскрытие маточного зева происходит очень медленно или же вовсе не прогрессирует. При этом плод почти не продвигается по родовым путям. Из-за нарушений сокращения матки, а также вследствие неполного расслабления матки между схватками нередко развивается выраженная гипоксия плода, возможно также и вознркновение внутричерепной травмы плода. Дискоординация маточных сокращений часто вызывает несвоевременное излитие околоплодных вод. Шейка матки становится плотной, края маточного зева остаются толстыми, тугими и не поддаются растяжению. Развитию дискоординированной родовой деятельности способствуют отрицательный настрой роженицы к родам, возраст первородящей старше 30 лет, несвоевременное излитие околоплодных вод, грубые манипуляции в процессе родов, аномалии развития и опухоли матки [25].

При лечении дискоординации родовой деятельности, которое направлено на устранение чрезмерного тонуса матки, используют успокаивающие средства, препараты устраняющие спазм, обезболивающие и токолитические препараты. Наиболее оптимальным способом обезболивания является эпидуральная анестезия. Роды ведут при постоянном врачебном контроле и мониторном наблюдении за сердечной деятельностью плода и сокращениями матки. При неэффективном лечении, а также при наличии дополнительных осложнений целесообразно выполнить кесарево сечение без попытки проведения корригирующей терапии.

С целью профилактики аномалий родовой деятельности необходимо тщательное соблюдение лечебно-охранительного режима, бережное и безболезненное ведение родов. Медикаментозную профилактику проводят при наличии факторов риска развития аномалий сократительной деятельности матки: юный и пожилой возраст первородящих; отягощенный акушерско-гинекологический анамнез; указание на хроническую инфекцию; наличие соматических, нейроэндокринных и психоневрологических заболеваний, вегетативно-сосудистых нарушений, структурной неполноценности матки; фетоплацентарная недостаточность; перерастяжение матки из-за многоводия, многоплодия или крупного плода.

Женщинам, входящим в группу риска развития аномальной родовой деятельности необходимо проводить физиопсихопрофилактическую подготовку к родам, обучить методам мышечного расслабления, контролю за тонусом мускулатуры, навыкам снижения повышенной возбудимости. Ночной сон должен составлять 8-10 ч, дневной отдых не менее 2-3 ч. Предусматриваются длительное пребывание на свежем воздухе, рациональное питание [26,27].

Своевременность и адекватность использования в практике соответствующих методов коррекции аномалий родовой деятельности, с последующей нормализацией родового процесса позволит снизить частоту интранатальных нарушений, а следовательно и уменьшить не благоприятный исход ролов как для матери, так и для новорожденного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В. Активное ведение родов. СПб, 2004, 466с.
2. Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинаева Л.Г. и др. Акушерство, учебник. М.: "ГЭОТАР - Медиа", 2009.
3. Чернуха Е.А., Пучко Т.К., Васильченко О.Н. Индуцированные роды и их исход // Акуш. и гинекол, 2008, №5, с. 58-60
4. Подтетенев А.Д., Братчикова Т.В., Котайш Г.А. Регуляция родовой деятельности текст. М.: Изд-во РУДН, 2003, 54 с.
5. Тесакова М.Л., Санько Л.М. Профилактика аномалий родовой деятельности // Журнал "Медицинские новости", №12, 2004
6. В.И.Дуда, Вл.И.Дуда, И.В.Дуда. Акушерство. Минск, "Вышейшая школа", 2004.
7. Акушерство / Под ред Г.М.Савельевой. М.: Медицина, 2000.
8. Стрнжахов А.Н., Баев О.Р., Игнатко И.В., В.Д.Дуболазов Клиническое значение исследования гемодинамики матери и плода при физиологической и осложненной беременности // Вестник РАМН, 2004, №11, с, 3-8.
9. Оразмурадов А.А. Особенности плацентарного ложа матки при осложнениях беременности и зкетрагеннтальных заболеваниях текст: Автореф. днс. ...докт.мед.наук. М., 2003, 47с.
10. Carbillon L.T., Ziot M., Challier J.C. et al Doppler and immunohistochemical evaluation of decidual spiral arteries in early pregnancy text // Gynecol. Obstct, Invest., 2005, v.59, N1, p, 24-28
11. Киселева Е.В. Исход родов для новорожденного и матери при профилактике и лечении слабости родовой деятельности // Вопросы охраны материнства и детства, 2012, №2, с.25-32.
12. El-Hamcdi A., Shillito J., Simpson N.A., Walker J J. A prospective analysis of the role of uterine artery Doppler waveform notching in the assessment of at-risk pregnancies iext // Hypertens Pregnancy, 2005, v.24, N2, p. 137-145.
13. Facchinetti F., Venturini P., Blasi L, Giannella L. Changcs in the cervical competence in preterm labour text // BJOG, 2005, v.12, Suppl. 1.1, p. 23-27.
14. Halakenaka M., Yoshimrtsu K,, Adachi T. et al Transient uterine myometria. contraction associated with moles // J. Magn. Reson. Imaging, 2004, v. 19, N2, p. 182-187
15. Lyall F. Priming and remodelling of human placental bed spiral arteries during pregnancy-a review text.// Placenta, 2005, v.26 SuppJ A, p. 31-6
16. Бабкин П.С., Черненко Н.Н. Политипия течения беременности и родов и роль генетических факторов // Акушерство и гинекология, 2010, №3, с 32-34.
17. Tribe R.M., Moriarty P., Dalrymple A. et al Interleukin-1 beta induces calcium transients and enhances basal and йоте operated calcium entry in human myometrial smooth muscle // Biol. Reprod., 2003, v.68, N5, p. 1842-1849.
18. Сидорова И.С., Кулаков В.И., Макаров И.О. Руководство по акушерству: Учебное пособие. М.: Медицина, 2006, 240 с.

19. Кулаков В.И. Барашнев Ю.И. Перинатальная патология: истоки и пути Снижения // Акушерство и гинекология, 2006, №1, с.6-9

20. Sanchez-Ramos L., Quillen M.J., Kaunitz A.M. Randomized trial of oxytocin alone and with propranolol in the management of dysfunctional labor // Obstet. Gynecol., 1996, v.88, 517-520

21. Руководство к практическим занятиям по акушерству: Учебное пособие / Под ред.В.Е. Радзинского. М.: ГЭОТАРМедиа, 2007, 656 с.

22. Стрижова Н.В., Ткаченко О.Ю. Применение сопряженной электронейромиомтимуляции при слабости родовой деятельности //Акушерство и гинекология, 2003, №3, с.26-29.

23. Ayar A., Celik H., Ozcelik O., Kelestimur H. Homocysteine-induced enhancement of spontaneous contractions of myometrium isolated from pregnant women // Acta Obstet. Gyn. Scand., 2003, v.182, p.789-793.

24. Bricento P.C. Thyroid dysfunctions and pregnancy // Ginecol.Obstet.Mex., 2006, v.74, p.462-470.

25. Monir-Bishty E., Pierce S.J., Kupittayanant S., Shmygol A. The effects of metabolic inhibition on intracellular calcium and contractility of human myometrium // B.J.OG, 2003, v.110, .1050—1056.

26. Hansem N.K., Staff A.C. He L., Roald B, The decidual suction method: a new way of collecting decidual tissue for functional and morphological studies text // Acta Obstet. Gynecol, Scand, 2004, v. 83, p. 724-730.

27. Treacy A., Robson M., O'Herlihy C. Dystocia increases with advancing maternal age // Am. J. Obstet. Gynecol., 2006, v.195, p.657-672

Xülasə

doğuş fəaliyətinin pozulmasına yanaşamnın müasti aspektləri

İA.Şamxalova, S.Ç.Quliyva

Vaxtına çatdırılmış və doğuşla sona yetmiş hamiləlik fərdi dəyişkənliyi ilə fərqlənir. Vaxtında başlamış fizioloji doğuşlar özbaşına başlayır və heç bir mamalıq fəaliyyəti olmadan sona yetir. Lakin doğuş fəaliyytinin anomaliyaları zamanı artıq müxtəlif mamalıq manipulyasiyalarından və başqa metodlardn istifadə etmək lazım gəlir. Bu məqalədə doğuş fəaliyyətinin pozulması zamanı istifadə olunan müasir və adekvat korreksiya metodları haqqında məlumat verilmişdir.

Summary

Modern aspects of violations labor

İ.A.Shamkhalova, S.Ch.Guliyeva

Pregnancy, birth of a full-term fetus terminated characterized by marked individual variability. Timely start and physiological labor occur spontaneously , ie without using any methods of obstetric activity. However, at the time of birth anomalies fəaliyytinin various obstetrical manipulation, and it is necessary to use other metodlardn. This article used during disturbances in the delivery of modern and adequate information was given about the correct methods.

Daxil olub: 21.05.2013

CAVAN QADINLARDA ÜRƏYİN İŞEMİK XƏSTƏLİYİNİN RİSK AMİLLƏRİ VƏ DİAQNOSTİKASININ MÜASİR ASPEKTLƏRİ

M.C.Sultanova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Şüa diaqnostikası və şüa terapiyası kafedrası, Bakı

Açar sözlər: ürəyin işemik xəstəliyi, risk amilləri, diaqnostika

Ключевые слова: ишемический болезнь сердца, факторы риска, диагностика

Key words: ischemic heart disease, risk factors, diagnosis

Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının məlumatına görə dünyada hər il təqribən 17 milyon insan ürək-damar sistemi xəstəlikərindən dünyasını dəyişir ki, bu da ümumi ölümün 29%-ni təşkil edir [1].

Müasir dövrdə dünyanın bütün ölkələrində cavan şəxslərdə ürəyin işemik xəstəliyinin (ÜİX) rastgəlmə tezliyi artmaqdadır. Bu proses xəstələrdə kliniki təzahürün aqressivliyi və risk spektrinin geniş olması ilə səciyyələnir.

Ürək damar sistemi xəstəliklərinin profilaktikasının əsas bazasını risk faktorları konsepsiyası təşkil edir. Konsepsiyanın əsasında risk faktorlarının aşkarlanması və onların korreksiysı durur.

Risk faktorları dedikdə xəstəliyin inkişaf riskini artıran, onun proqressivləşməsinə və arzuolunmayan nəticələrinə səbəb olan müxtəlif xüsusiyyətlər və göstəricilər nəzərdə tutulur [2].

Aterosklerozun və ÜİX-nin 200-dən artıq risk faktoru ayird edilir. Bu risk faktorları iki qrupda birləşdirilir:

-ənənəvi risk faktorları (yaş, siqaretçəkmə, arterial hipertenziya, hiperxolesterinemiya,şəkərli diabet, piylənmə)

-yeni risk faktorları. Bu amillərin içərisində psixososial stress və social-iqtisadi faktorlar əhalinin saglamlıq səviyyəsinə daha ciddi təsir göstərməklə yanaşı, ənənəvi risk faktorlarının təsirini də gücləndirə bilir.

Ürək damar sistemi xəstəliklərinin inkişaf riskinin qiymətləndirilməsinin bir neçə modeli vardır. Bu aspektdə Freminhem müayinəsi (1949-cu ildə başlamış və 25 il davam etmişdir) ilk prospektiv epidemioloji müayinə hesab edilir. Ekspertlərin fikrincə Freminhem müayinəsi yalnız müəyyən regionda keçərlidir və social-iqtisadi, coğrafi və iqlim xüsusiyyətlərini nəzərə almaqla qiymətləndirilməlidir.

2003-cü ildən etibarən risk faktorları SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) şkalası ilə qiymətləndirilir. Qeyd etmək lazımdır ki, bu şkala yalnız ÜİX-ini kliniki təzahürü olmayan praktiki saglam şəxslərdə ürək riskinin qiymətləndirmək üçün tərtib edilmişdir.

Əsrimizdə dünyanın iqtisadi inkişaf etmiş ölkələrində ürək-damar sistemi xəstəliklərindən ölümün sayı 55 yaşdan yuxarı qadınlarda birinci yeri tutur [3]. Yanlış diaqnozun səbəbi-qadınlarda və kişilərdə ÜİX-nin təzahür əlamətlərinin fərqli olmasıdır [4]. Indiyəcən ÜİX-yə orta yaşlı kişilərin ənənəvi xəstəliyi kimi baxılır və qadınlarda bu xəstəliyin riski tam dəyərləndirilmir.

Statistik tədqiqatlar göstərir ki, menopauza müddətinədək qadınlarda ÜİX-nin rast gəlmə tezliyi eyni yaşlı kişilərə nisbətən daha azdır. Xəstəliyin inkişaf piki 65-75 yaşa təsadüf edir. Lakin son illərdə fertil yaş həddində olan qadınlarda ÜİX-nin artma riski qeyd edilir [5]. Məsələn, ABŞ-da qadınlarda ÜİX-dən ölüm kişilərdən daha çoxdur və ildən-ilə artmaqdadır [6]. ÜİX-yə tutulan hər 4 qadından birində xəstəlik ölümlə nəticələnir. Onu qeyd etmək kifayətdir ki, süd vəzi xərçəngində isə bu göstərici 1:30 təşkil edir [7]. Bu göstəricilər həm kardioloqların, həm də bu problemin diaqnozu ilə məşğul olan radiologiya mütəxəssislərinin qarşısında duran aktual məsələlərdəndir.

ÜİX-nin risk amilləri tam açıqlığı ilə məlumdur, lakin qadınlarda bu amillər rastgəlmə tezliyi və əhəmiyyətinə görə kişilərdən fərqlidir. Qadınların reproduktiv vəziyyətini, oral kontraseptivlərin qəbulunu, menopauza və hamiləlik göstəricilərini nəzərə alaraq, bəzi faktorlar onlar üçün unikal hesab edilir [8].

Qadınlarda ÜİX-nin risk amillərinin xüsusiyyətləri.

Arterial hipertenziya (AH)

AH ürək-damar sistemi xəstəlikləri ilə xəstələnmə və ölümün əsas risk amili hesab edilir. Bu amil əsasən 65 yaşdan yuxarı qadınlarda bu yaş qrupundan olan kişilərə nisbətən daha geniş yayılmışdır.

AH-nin daha geniş yayılmış formasına izolə olunmuş sistolik AH aiddir. Cavan qadınlarda AH-nın yüksək göstəricilərinə (>140/90 mm c.süt.) bu yaşda olan kişilərə nisbətən daha az rast gəlinməsinə baxmayaraq, ölüm göstəricisi anamnezində AH qeydə alınmayan cavan qadınlara nisbətən 10 dəfə , eyni yaş qrupundan olan kişilərə nisbətən 1,3 dəfə şoxdur.

Piylənmə

Freminheym müayinəsinə əsasən piylənmə olan qadınlarda ÜİX-nin inkişaf riski 2 dəfə artıqdır [9]. Bu amil hətta digər risk amilləri gözlənildikdə belə qorunur. Qeyd etmək lazımdır ki, bu şəxslərdə ÜİX-nin inkişafı dərialtı piy toxumasının bədəndə toplanma xüsusiyyətlərindən də asılıdır. Təsdiq olunmuşdur ki, abdominal tipdə piylənmə qadınlarda ÜİX-nin mütləq inkişaf riskidir. Belə qadınlarda-andromorflarda miokard infarktına, insult və qəfləti ölüm hallarına ginekomorflara nisbətən daha tez-tez rast gəlinir.

Şəkərli diabet

Freminheym tədqiqatı göstərir ki, anamnezində şəkərli diabet olan kişilərdə ÜİX-nin inkişaf riski 2,4 dəfə çox olduğu halda, qadınlarda bu göstərici 5,4 təşkil edir. Tədqiqatlar göstərir ki, qadınlarda ÜİX-nin kişilərə nisbətən 10 il gec inkişaf etməsinə baxmayaraq, anamnezində şəkərli diabet olan qadınlarda ÜİX-nin yaranma riski anoloji yaş qruplu kişilərlə eynilik təşkil edir [10].

İrsiyyət

Tədqiqatçılar yaşı 45-dən az olan və döş sümüyü arxasında ağrıdan əziyyət çəkən qadınların retrospektiv analizini apararkən, onlardan yalnız 29%-nin koronaroqramında dəyişiklik aşkar etmişlər. Bu qadınlarda daha çox təsadüf edilən risk amillərindən 67% hallarda anamnezdə ÜİX-nin olması, 55% hallarda siqaretçəkmə və 55% hallarda dislipidemiya qeydə alınmışdır [11].

Siqaret çəkmə

Son illərdə cavan qadınlar arasında siqaretçəkənlərin sayı sürətlə artmaqdadır. Freminheym tədqiqatlarına əsasən bu faktor xüsusən postmenopauza dövründə vacib hesab edilir. Həmçinin tədqiqatçılar göstərir ki, aşağı yaş qrupundan olan qadınlar siqaret çəkməyə daha həssas olub, onlarda fatal ürək-damar hadisələrinin rast gəlmə tezliyi gün ərzində çəkilən siaqretin sayı ilə düz əlaqədədir [12]. Məsələn gündə 4 və daha çox siqaret çəkən qadınlarda ÜİX-nin letal nəticələri və qeyri letal miokard infarkt 2,4 dəfə artır.

Lipid mübadiləsinin pozğunluğu

Hər iki cins üçün hiperxolesterinemiya ÜİX-nin vacib risk faktoru hesab edilir. Freminheym tədqiqatı göstərir ki, cavan qadınlarda qanda xolesterinin səviyyəsi eyni yaşlı kişilərə nisbətən aşağı olur, sonra tədricən yüksəlir və 40 yaşda kişilərlə eynilik təşkil edir, 50 yaşdan sonra isə artmağa meylli olur. Tədqiqatçıların fikrincə bu amil kişilərdə qadınlara nisbətən daha qorxulu hesab edilir [13].

Oral kontraseptivlər (OK) və hormonoterapiya.

OK və trombembolik ağırlaşmaların inkişaf riski, o cümlədən miokard infarktı onların tətbiq olunduğu vaxtdan öyrənilməyə başlanmışdır. Kombinə olunmuş OK lipid profilinə, karbohidrat mübadiləsinə, damar homeostazina və AH səviyyəsinə coxşaxəli təsir göstərir.

OK və siqaretin birgə tətbiqi zamanı xüsusilə 35 yadan yuxarı qadınlarda ÜİX-nin inkişaf riski 20 dəfə artır [14].

Son illərdə ÜİX və ginekoloji xəstəliklərin arasında sıx əlaqənin olduğu göstərilir. Xüsusən uşaqlığın mioması, hestozun postmorbid mərhələsi, cinsi hormon və OK tətbiqi ateroskleroz və ÜİX-nin inkişafı üçün daha təhlükəli hesab edilir.

Yaşı 35-dən aşağı olan ikitərfli ovariektomiya keçirmiş qadınlarda Mİ inkişaf riski 7 dəfə artıqdır. Bəzi epidemioloji tədqiqatlar göstərir ki, estrogenlər qəbul edən qadınlar arasında ürək-damar sistemi xəstəliklərinin inkişaf riski daha yüksəkdir [15].

Cavan qadınlarda koronar damarların zədələnmə xüsusiyyətləri

Praktiki təcrübə göstərir ki, koronar angioqrafiya qadınlara nisbətən kişilərdə daha çox icra edilir [16]. Həmçinin miokardın revaskulyarizasiyası da kişilərdə daha çox aparılır. Miokard infarktı keçirmiş reproduktiv yaşlı qadınlarda koronar angioqramlarda damarların aterosklerotik zədələnməsi yalnız qadınların 58%-də aşkarlanmış və onlardan 18%-də bir koronar arteriyanın, 82%-də iki koronar arteriyanın zədələnməsi müşahidə edilmişdir. 3 və daha çox koronar damarın zədələnməsi qeydə alınmamışdır [17].

Lakin son illərdə reproduktiv yaşlı qadınlarda coxsaylı koronar damar zədələnmələrinə daha tez-tez rast gəlinməyə başlanmışdır. Hesab edilir ki, qadınlarda ÜİX koronar şəbəkənin xüsusuyyətlərindən və miokardın metabolizmindən asılıdır. Məlumdur ki, yeni doğulmuş oğlanlarda koronar arteriyaların intimasının qalınlığı qızlara nisbətən 3 dəfə çox olur və qadınlarda kollateral qan dövranı daha yaxşı inkişaf etməsi ilə səciyyələnir [18]. Tədqiqatlar göstərir ki, eyni yaşlı kişilərlə müqayisədə qadınlarda sol koronar arteriya daha çox zədələnir.

Məlum olmuşdur ki, qadınlarda ÜİX zamanı aterosklerotik dəyişilmiş koronar damarlara kişilərə nisbətən daha az hallarda rast gəlinir. Angioqramların retrospektiv analizi nəticəsində kişilərin 3,5-10%-də, qadınların isə 25-50%-də dəyişilməmiş koronar arteriyalar qeydə alınmışdır. Belə hallarda ÜİX-nin inkişafı koronar damarların intramural şaxələrinin mənfəzinin daralması ilə izah edilir . Əgər kişilərdə xəstəliyin kliniki əlamətləri damar mənfəzinin 70-75%-nin zədələnməsi zamanı təzahür edərsə, qadınlarda isə bu göstərici 50% təşkil edir.

Kişilərə nisbətən qadınlarda koronar damarların periferik-distal tipdə zədələnməsi səciyyəvidir [18].

Tədqiqatlar göstərir ki, aybaşı sikli saxlanılan qadınlarda daha çox-56,2% hallarda bir, 20% hallarda iki, 23,8% hallarda 3 və daha çox koronar damar zədələnir. Klimakterik dövrdə isə koronar damarların çoxsaylı zədələnməsinə daha tez-tez rast gəlinir və yuxarıdakı göstəricilər müvafiq olaraq 38,0%; 29,6% və 31,6% təşkil edir.

Sonda qeyd etmək yerinə düşər ki, cavan qadınlarda ÜİX-nin erkən diaqnostikasını təmin etmək məqsədilə risk amillərini, xəstəliyin kliniki təzahür əlamətlərini ardıcıllıqla izləmək lazımdır. Koronar zədələnmələri erkən mərhələlərdə aşkara çıxartmağa imkan verən müasir texnologiyalar və risk prediktorlarının korreksiyası xəstəliyin gedişini stabilləşdirməyə, fəsadların qarşısını almağa, həmçinin

ÜİX zamanı proqnozun yaxşılaşmasına kömək etməklə cavan şəxslərdə bu problemin müvəffəqiyyətli həllini təmin edə bilər.

ƏDƏBİYYAT

1. Устюжанин Д.В. КТ-ангиография коронарных артерий. Автореф. дис. … канд.мед.наук. М., 2007, 21 с.
2. Chen Y.L., Bhasin A., Youssef A.A. et al. Prognostic factors and outcomes in young chinese patients with acute myocardial infarction undergoing primary coronary angioplasty // International Heart Journal, 2009, v.50(1), p.1-11.
3. Лебедева А.Ю., Клыков Л.Л. ИБС у молодых женщин: проблемы диагностики и профилактики // Российский кардиологический журнал, №6, 2011, с.90-97
4. Rohit Seth Loomba; Rohit Arora Prevention of Coronary Heart Disease in Women // Ther Adv Cardiovasc Dis., 2008, v.2(5), p.321-327.
5. Емельянова Л.А., Цыбулина Е.В., Жаркин А.Ф. Распространенность и прогностическая значимость основных факторов риска и изменений репродуктивной системы для развития атеросклероза и ишемической болезни сердца у женщин детородного возраста // Терапевтический архив, 2000, №9, с.27-33
6. AHA. Heart Disease and Stroke Statistics-2004 Update, American Heart Association, 2004
7. National Heart, Lung, and Blood Institute. The healthy heart handbook for women. NIH Website. Available at http://www.nhlbi.nih.gov/hbp/ issues/issues.htm. Accessed December 18, 2007.
8. Hubert H, Feinleib M, McNamara P et al. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: 26-year follow-up of participants in Framingham Heart Study// Circulation, 1983, v.67 (5), p.968-977.
9. Rohit Seth Loomba; Rohit Arora Prevention of Coronary Heart Disease in Women// Ther Adv Cardiovasc Dis., 2008, v.2(5), p.321-327.
10. De S, Searles G, Haddad H. The prevalence of cardiac risk factors in women 45 years of age or yonger undergoing angiography for evalution of undiagnosed chest pain // Can J Cardiol., 2002, v.18(9), p.945-948
11. HRT, Women, and Heart Disease: What We Need to Know About Prevention. Brigitte Aflalo-Calderon // Medscape Cardiology, 2002, v.6
12. Anderson K.M., Castelly W.P., Levy D. Cholesterol and mortality: 30 years of follow-up from the Framingham study// JAMA, 1987, v.257, p.2176
13. Mosca L., Appel L.J., Benjamin E.J. et al. (2004) Evidence based guidelines for prevention of cardiovascular disease in women // Circulation, 2004, v.109, p.672-693.
14. Hulley S., Grady D., Bush T. et al. For the Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group Cardiovascular risk overview and management // JAMA, 1998, v.280, p.605-613.
15. National Heart, Lung, and Blood Institute. The healthy heart handbook for women. NIH Website. Available at http://www.nhlbi.nih.gov/hbp/ issues/issues.htm. Accessed December 18, 2007.
16. Гиляревский С.Р. Современные подходы к профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний у женщин в постменопаузе: роль ЗГТ // Сердце, 2006, т.5, №7(31), с. 340-345.
17. Титов В.Н. Общность атеросклероза и воспаления: специфичность атеросклероза как воспалительного процесса // Российский кардиологический журна, 2006, №5, 99
18. Омельяненко М.Г., Краснова Л.Г., Полятыкина Т.С. Роль эндотелиальной дисфункции и метаболического синдрома в патогенезе ранней ИБС у женщин // Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2002, Т.1, №1, с. 47-52

Резюме

Современные аспекты факторов риска и диагностики ишемического болезни сердца у молодых женщин

М.Дж.Султанова

В статье описаны основные фактор риска ишемического болезни сердца у молодых женщин. Показаны новые методы диагностики этого заболевания. В обзоре проанализированы литературные материалы по этой теме.

Summary

Modern aspects of risk factors and diagnosis of ischemic heart disease in young women

M.J.Sultanova

The article describes the main risk factors for coronary heart disease in young women. Recently new methods of diagnosis of the disease. In this review the literature data on this subject.

Daxil olub: 27.09.2013

ORİJİNAL MƏQALƏLƏR- ОРИГИНАЛЬНЫЕ

QARACİYƏRİN QISA MÜDDƏTLİ İŞEMİYASI ZAMANI ZÜLAL MÜBADİLƏSİNDƏ BAŞ VERMİŞ DƏYİŞİKLİKLƏRİN PATOGENEZİNDƏ ANTİOKSİDANT MÜDAFİƏ SİSTEMİNİN ROLU

R.C.Kərimova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Elmi Tədqiqat Mərkəzi, Bakı

Açar sözlər: qaraciyərin işemiyası, zülal mübadiləsi, antioksidant müdafiə
Ключевые слова: ишемия печени, белковый обмен, антиоксидантная защита
Key words: liver ischemia, protein metabolism, antioxidant protection

Müasir dövrdə qaraciyərin toksiki zədələnməsinə daha çox təsadüf edilir, bu da əksər hallarda qaraciyər çatışmazlığı ilə nəticələnir və onların böyük əksəriyyətində ölüm baş verir [3,4,5,6]. Ölümün çoxsaylı səbəbləri içərisində zülal mübadiləsinin pozulması daha vacib rol oynayır [7,8,10,11]. Ona görə də qaraciyərin toksiki zədələnməsində zülal mübadiləsində baş verən dəyişikliklərin patogenezinin aydınlaşdırılması patogenetik müalicə vasitəsinin işlənib hazırlanması üçün zəruridir.

Tədqiqatın **məqsədi** xroniki toksikoz modeli yaradılmış ağ siçovullarda qaraciyər işemiyasının müddətindən asılı olaraq qanda zülal mübadiləsində baş vermiş dəyişikliklərin patogenezində antioksidant müdafiə sisteminin rolunun aydınlaşdırılmasından ibarət olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqatlar ATU-nun Elmi-Tədqiqat Mərkəzində, 3 qrupa ayrılmış 45 baş ağ siçovul üzərində aparılmışdır (cədvəl 1).

Cədvəl1

Təcrübə heyvanlarında qruplardan asılı olaraq aparılan tədqiqatlar

Qrup	Təcrübələrin aparılması	Təcrübə heyvanlarının sayı
1-ci qrup	İntakt vəziyyət	5 baş
2-ci qrup	Xroniki intoksikasiya modeli fonunda qaraciyər arteriyasının 10 dəqiqə müddətində sıxılması	20 baş
3-cü qrup	10 dəqiqəlik işemiya fonunda antioksidant müdafiə sistemini stimullaşdırılması	20 baş

Karkişenko metodu ilə (9)20%-li hidrogen-xlorid (HCl) turşusundan istifadə etməklə yaradılmış xroniki intoksikasiya fonunda qaraciyərə gedən arteriyanı liqaturaya almaqla işemiya modeli yaradılmışdır. Təcrübə heyvanları 3,7,15,30-cu günlərdən hər birində 5 baş olmaqla dekaputasiya edilərək qan götürülmüş və Röşe firmasının istehsalı olan reaktiv dəstlərindən istifadə edərək Bioscreen MS-2000 mikroanalizatorda ümümi zülalın, albuminin, α_1, α_2, β , γ qlobulinlərinin miqdari LDH-in aktivliyi ilə təyin edilmişdir. Təcrübə heyvanlarının 3-cü qrupuna antioksidant müdafiə sistemini gücləndirmək məqsədilə quyruq venasına 7 gün müddətində gündə 1 dəfə olmaqla hər dəfə 2 ml Ridutox məhlulu yeridilmişdir. Alınmış kəmiyyət göstəriciləri müasir tövsiyyələri nəzərə almaqla qeyri-parametrik metodla statistik işlənmişdir.

Alınmış nəticələrin müzakirəsi. 1-ci qrupa daxil olan ağ siçovullardan götürülmüş qanda LDH-ın aktivliyi 1011-2028U/l arasında (M±m=1491±163,6 U/l-ə), ümumi zülalın miqdarı 67,4-84,5q/l arasında (M±m=73,5±2,9 q/l-ə), albuminin miqdarı 34,8-41,1q/l arasında (M±m=37,8±1,3 q/l-ə), α_1 qlobulinin miqdarı 1,42-1,62q/l arasında (M±m=1,50±0,04 q/l-ə), $\alpha_2$qlobulinin miqdarı 3,87-4,93q/l arasında (M±m=4,45±0,23 q/l-ə), β qlobulinin miqdarı8,94-9,65 arasında (M±m=9,31±0,11 q/l-ə γ qlobulinin miqdarı 2,33-2,47q/l arasında (M±m=2,37±0,03q/l-ə) dəyişmişdir. 2-ci qrupa daxil olmuş ağ siçovullarda işemiya yaradıldıqdan 3 gün sonra qanda zülal mübadiləsində aşağıdakı dəyişikliklər baş vermişdir. LDH-ın aktivliyi intakt vəziyyətlə müqayisədə 90,8%, α_1 qlobulinin miqdarı 406,0%, α_2 qlobulinin miqdarı 5,7%, γ qlobulinin miqdarı 234,0% artmış, ümumi zülalın miqdarı intaktla

müqayisədə 42,3%, albuminin miqdarı intaktla müqayisədə 63,5%, β qlobulinin miqdarı 42,9% azalmışdır (Cədvəl 2).

Modelin yaradılmasının 7-ci günündə qanda LDH-ın aktivliyi intakt vəziyyətlə müqayisədə 115,2%, α_1 qlobulinlərin miqdarı 670,7%, $\alpha_2$qlobulinin miqdarı 12,1%, γ qlobulinlərin miqdarı 233,4% artmış, ümumi zülalın miqdarı intakt vəziyyətlə müqayisədə 33,7%, albuminin miqdarı 46,9%, β qlobulinin miqdarı 43,6%, azalmışdır (Cədvəl 2).

Modelin yaradılmasının 15-ci günündə qanda LDH-ın aktivliyi intakt vəziyyətlə müqayisədə 78,8%, α_1 qlobulinlərin miqdarı 646,5%, α_2 qlobulinin miqdarı 3,8%, γ qlobulinlərin miqdarı 241,4% artmış, ümumi zülalın miqdarı intakt vəziyyətlə müqayisədə 26,2%, albuminin miqdarı 25,1%, β qlobulinin miqdarı intakt vəziyyətlə müqayisədə 42,7% azalmışdır (Cədvəl 2).

Modelin yaradılmasının 30-cu günündə qanda LDH-ın aktivliyi intakt vəziyyətlə müqayisədə 21,1%, $\alpha_1$qlobulinlərin miqdarı346,7%, $\alpha_2$lobulinin miqdarı 348,1%, βqlobulinin miqdarı 156,6%, γ qlobulinlərin miqdarı 419,8% artmış, ümumi zülalın miqdarı intakt vəziyyətlə müqayisədə 23,9%, albuminin miqdarı 41,6% azalmışdır (cədvəl 2).

Cədvəl 2

10 dəqiqəlik işemiyadan sonra ağ siçovulların qanında zülal mübadiləsi göstəricilərinin dəyişməsi

Göstəricilər		II-qrup			
		10 dəqiqəlik işemiya			
		3-cü gün (n=5)	7-ci gün (n=5)	15-ci gün (n=5)	30-cu gün (n=5)
LDH U/l	M±m	2844,2±381,8	3208,2±280,0	2665,2±118,2	1806,0±78,1
	min - max	1816-3896	2642-3952	2375-2987	1565-2015
	p_1	p_1<0,01	p_1<0,01	p_1<0,01	p_1>0,05
Ümumi zülal q/l	M±m	42,4±3,3	48,8±3,3	54,3±4,7	56,0±2,9
	min - max	36,5-55	40,5-55,7	42,1-69,8	47,9-62,4
	p_1	p_1<0,01	p_1<0,01	p_1<0,01	p_1<0,01
Albumin q/l	M±m	13,8±1,3	20,0±0,8	28,3±1,9	22,1±2,1
	min - max	10-17,7	17,5-22,3	24,4-33,5	17,8-29,8
	p_1	p_1<0,01	p_1<0,01	p_1<0,01	p_1<0,01
α_1Qlobulin q/l	M±m	7,59±0,95	11,56±1,21	11,20±0,86	21,70±3,70
	min - max	5,08-10,3	8,83-15,74	8,85-13,7	10,9-30,5
	p_1	p_1<0,01	p_1<0,01	p_1<0,01	p_1<0,01
α_2-Qlobulin q/l	M±m	4,70 ±0,74	4,99±0,40	4,62±0,96	19,93±2,89
	min - max	2,21-6,27	3,56-5,74	3-8,13	9,85-27,5
	p_1	p_1>0,05	p_1>0,05	p_1>0,05	p_1<0,01
β - Qlobulin q/l	M±m	5,32±0,36	5,25±0,49	5,34±1,04	23,88±3,98
	min - max	4,72-6,7	4,12-6,72	2,1-7,63	17,8-39,5
	p_1	p_1<0,01	p_1<0,01	p_1<0,01	p_1<0,01
γ-Qlobulin q/l	M±m	7,93±1,61	7,92±1,19	8,10±1,15	12,34±3,52
	min - max	4,96-14	4,87-12,17	5-11,8	2,5-20,9
	p_1	p_1<0,01	p_1<0,01	p_1<0,01	p_1<0,01

Qeyd: 1.–p_1 intakt vəziyyət

3-cü qrupa daxil olmuş ağ siçovullarda müalicədən 3 gün sonra qanda zülal mübadiləsində aşağıdakı dəyişikliklər baş vermişdir. LDH-in aktivliyi intaktla müqayisədə 32,0%, artmış, 10 dəqiqəlik işemiyaya nisbətən 30,8% azalmışdır. Ümumi zülalın miqdarı intakt vəziyyətlə müqayisədə 24,3% azalmış, 10 dəqiqəlik işemiyaya nisbətən31,3% artmış, albuminin miqdarıintaktla müqayisədə 35,8%, azalmış, işemiyaya nisbətən 75,9% artmışdır. α_1 qlobulinin miqdarı intaktla müqayisədə 714,8%, işemiya ilə müqayisədə61,0% artmışdır. α_2 qlobulinin miqdarı intaktla müqayisədə 73,8%, işemiya ilə müqayisədə 64,4% artmışdır. β qlobulinin miqdarı intaktla müqayisədə 26,2%,azalmış, işemiyaya nisbətən 29,1% artmışdır, γ qlobulinin miqdarıintaktla müqayisədə 167,2%artmış, işemiya ilə müqayisədə 20,0% azalmışdır.

Modelin yaradılmasının 7-ci günündə LDH-in aktivliyi intaktla müqayisədə 32,8% artmış, işemiya ilə müqayisədə 38,3% azalmışdır. Ümumi zülalın miqdarı intaktla müqayisədə 26,0% azalmış,işemiya ilə müqayisədə 11,5% artmışdır. albuminin miqdarı intaktla müqayisədə 46,2%, azalmış, işemiyaya nisbətən 1,4% artmışdır. α_1 qlobulinin miqdarı intaktla müqayisədə 438,1% artmış, işemiya ilə müqayisədə 30,2% azalmışdır. α_2 qlobulinin miqdarı intaktla müqayisədə 0,4% artmış, işemiya ilə müqayisədə 10,5% azalmışdır. β qlobulinin miqdarı intaktla müqayisədə 40,7% azalmış, işemiya ilə müqayisədə 5,0% artmışdır, γ qlobulinin miqdarı intaktla müqayisədə 112,9% artmış, işemiya ilə müqayisədə 36,2% azalmışdır.

Modelin yaradılmasının 15-ci günündə LDH-in aktivliyi intaktla müqayisədə 22,5%, 10 dəqiqəlik işemiya ilə müqayisədə 31,5% azalmışdır. Ümumi zülalın miqdarı intaktla müqayisədə 22,6%,azalmış, işemiyaya nisbətən 4,9% artmışdır, albuminin miqdarı intaktla müqayisədə 23,0% azalmış, işemiya ilə müqayisədə 2,8% artmışdır. α_1 qlobulinin miqdarı intaktla müqayisədə 1110,7%, işemiya ilə müqayisədə 62,2% artmışdır. $\alpha_2$qlobulinin miqdarı intaktla müqayisədə 307,1%,işemiya ilə müqayisədə 292,2% artmışdır. β qlobulinin miqdarı intaktla müqayisədə 104,0%, işemiya ilə müqayisədə 255,7% artmışdır, γ qlobulinin miqdarı intaktla müqayisədə 242,4%, işemiya ilə müqayisədə 0,3% artmışdır (cədvəl 3).

Modelin yaradılmasının 30-cu günündə LDH-in aktivliyi intaktla müqayisədə 7,5% artmış, işemiya ilə müqayisədə 11,3% azalmışdır, ümumi zülalın miqdarı intaktla müqayisədə 16,1% azalmış,işemiya ilə müqayisədə 10,3% artmışdır, albuminin miqdarıintaktla müqayisədə 21,1% azalmış, işemiya ilə müqayisədə 35,1% artmışdır. α_1 qlobulinin miqdarı intaktla müqayisədə 2030,7%, işemiya ilə müqayisədə 47,3% artmışdır. α_2 qlobulinin miqdarı intaktla müqayisədə 864,5%, işemiya ilə müqayisədə 115,3% artmışdır. β qlobulinin miqdarı intaktla müqayisədə 284,1%, işemiya ilə müqayisədə 49,7% artmışdır, γ qlobulinin miqdarı intaktla müqayisədə 658,6%, işemiya ilə müqayisədə 45,9% artmışdır.

Cədvəl 3

10 dəqiqəlik işemiya fonunda antioksidant müdafiə sistemini stimullaşdırdıqdan sonra ağ siçovulların qanında zülal mübadiləsi göstəricilərinin dəyişməsi

		III-qrup			
		10 dəqiqəlik işemiya			
		3-cü gün (n=5)	7-ci gün (n=5)	15-ci gün (n=5)	30-cu gün (n=5)
LDH U/l	M±m	1968,4±49,7	1980,4±51,8	1826,4±74,4	1602,2±202,3
	min – max	1814-2112	1819-2121	1619-2016	1070-2128
	p_1	$p_1<0,05$	$p_1<0,01$	$p_1>0,05$	$p_1>0,05$
	P_3	$p_3<0,05$	$p_3<0,01$	$p_3>0,01$	$p_3>0,05$
Ümumi zülal q/l	M±m	55,7±2,6	54,4±2,1	56,9±3,8	61,7±2,1
	min - max	45,7-60,1	49,3-60,3	43,2-66,1	56,6-69,3
	p_1	$p_1<0,01$	$p_1<0,01$	$p_1<0,01$	$p_1<0,05$
	p_3	$p_3<0,05$	$p_3<0,05$	$p_3>0,05$	$p_3>0,05$
Albumin q/l	M±m	24,2±2,4	20,3±1,6	29,1±1,3	29,8±0,7
	min - max	17,4-30,3	17,1-25,2	24,9-32,8	27,3-31,2
	p_1	$p_1<0,01$	$p_1<0,01$	$p_1<0,01$	$p_1<0,01$
	p_3	$p_3<0,01$	$p_3>0,05$	$p_3>0,05$	$p_3<0,05$
α_1- Qlobulin q/l	M±m	12,22±1,79	8,07±1,50	18,16±3,04	31,96±3,38
	min - max	9,16-19,1	5,14-13,72	7,5-25,9	21,7-41,5
	p_1	$p_1<0,01$	$p_1<0,01$	$p_1<0,01$	$p_1<0,01$
	p_3	$p_3<0,05$	$p_3<0,05$	$p_3>0,05$	$p_3<0,05$
α_2- Qlobulin q/l	M±m	7,73 ±0,51	4,46±0,68	18,11±1,98	42,90±2,52
	min - max	6,14-9,17	3,1-6,72	14,7-25,42	35,9-49,7
	p_1	$p_1<0,01$	$p_1>0,05$	$p_1<0,01$	$p_1<0,01$
	p_3	$p_3<0,01$	$p_3>0,05$	$p_3<0,01$	$p_3<0,01$
β - Qlobulin	M±m	6,86±0,36	5,52±1,04	18,98±2,05	35,75±2,33
	min - max	6,15-7,85	3,64-9,5	15,17-26,92	29,97-39,8

Qlobulin q/l	p_1	p_1<0,01	p_1<0,01	p_1<0,01	p_1<0,01
	p_3	p_3<0,05	p_3>0,05	p_3<0,01	p_3<0,05
γ - Qlobulin q/l	M±m	6,34±0,58	5,05±0,58	8,13±1,99	18,01±2,26
	min - max	5,16-8,13	3,9-7,17	5,17-15,98	12,16-23,7
	p_1	p_1<0,01	p_1<0,01	p_1<0,01	p_1<0,01
	p_3	p_3>0,05	p_3<0,05	p_3>0,05	p_3>0,05

Qeyd: 1.– intakt vəziyyət p_1; 2.– 10 dəqiqəlik işemiya p_3

Apardığımız təcrübələrin nəticəsi göstərmişdir ki,qısa müddətli işemiya modeli yaradıldıqdan sonra qanda zülal mübadiləsində bir sıra dəyişikliklər baş vermişdir. LDH-ın aktivliyi yüksəlir, ümumi zülalın, albuminin miqdarı azalır, α_1, α_2, β, γ qlobulinlərin miqdarıartmışdır. Vena daxilinə Ridutox məhlulu yeridildikdən sonra pozulmuş zülal mübadiləsi normallaşmağa doğru yönəlmişdir.Bizim fikirimizcə vena daxilinə Ridutox yeritdikdın sonra qanda zülal mübadiləsində baş vermiş pozitiv dəyişikliklərə səbəb orqanizmin antioksidant müdafiə sisteminin güclənməsi ilə bağlıdır.Çünki А.П.Агуреев вəА.И.Терехина hələ 1983-cü ildə göstərmişdir ki,antioksidantlar qaraciyərin elektron zəncirinə müsbət təsir göstərməklə mitoxondirlərin funksional fəaliyyətini gücləndirir (1).Digər tərəfdən isə М.В.Биленко-nun 1983-cü ildə göstərdiyi kimi antioksidantlar qaraciyərin işemiyası zamanı mikrosomal monooksigenazanı fəallaşdırır (2).

Hər iki alimin verdiyi məlumatlara və bizim təcrübələrdən aldığımız nəticələrə əsaslanaraq hesab edirik ki,xroniki intoksikasiya fonunda qaraciyərin qısa müddətli işemiyası zamanı zülal mübadiləsinin patogenezində antioksidant müdafiə sisteminin zəifləməsi vacib rol oynayır.

ƏDƏBİYYAT

1. Агуреев, А.П., Терехина А.И. Действие 2-пирролидонацетамида на дыхательную цепь переноса электронов в митохондриях печени крыс // Вопр. мед. хим., 1983 Т.3, вып.5, №5, с.32-34.
2. Биленко М.В. Защитное действие антооксидантов и индукторов микросомальных монооксигеназ при ишемическом и реоксигенационном повреждении печени // Бюлл. экспер. биологии и мед., 1983, Т.95, №4, с.30-38.
3. Бурневич Э. Внепеченочные прояления хронических диффузных заболеваний печени. Врач, 2001, №3, с.26-29.
4. Радченко В.Г;Шабров А.В;Зиновьева Е.Н.Основы клинической гептологии. СПб, 2005, с.306-318.
5. Рахманова А .Г;Яковлев А .А;Виноградова Е.Н.Хронические вирусные гепатиты и цирроз печени. СПб: Спецлит, 2006.
6. Серов В.В., Апросина З.Г. хронический вирусный гепатит. М.: Медицина; 2002.
7. Танашук Е.Л., Апросина З.Г. и др Клинико-морфологическая характеристика, особенности течения хронических заболеваний печечени у больных, злоупотребляющих алкоголем и инфицированных вирусами гепатита // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол., 2001, №11 (4, прил. 12), с.137-139.
8. Оковитый С.В., Безбородкина Н.Н., Улейчик С.Г. Гепатопротекторы. М., 2010, с.176-180.
9. Каркищенко Н.Н. Основы Биомоделирования. Межакадемическое издательство ВПК. М., 2004, 607с.
10. X.Y. Xia, R.X. Peng, R. Kong et al. Effects of Angelica sinensis polysaccharides on hepatic drug metabolism enzymesactivities in mice. China // J. Chinese Materia Medica, 2003, v.28, İss.2, p.149-152.
11. Lopez-Cepero J.M; Lerma S; Fernandez M.D. Hepatotoxicidad grave asociada al consume de Noni. Rev. Esp. Enferm. Dig., 2007, v.99, p.179-181

Резюме

Роль антиоксидантной защиты в патогенезе изменения обмена белка при кратковременном ишемии печени

Р.Дж.Керимова

По методу Каркишенко посредством зажатия печеночной артерии лигатурой, используя 20% р-р соляной кислоты на фоне хронической интоксикации было создана 10 минутная модель ишемии печени. Опыт проводился на 45 белых крысах, поделенных на 3 группы. I группа – интактные животные II группа - на фоне хронической интоксикации 10 минутное

зажатие печеночной артерии крыс. III группа - на фоне10 минутной ишемии стимуляция антиоксидантной защитной системы. Животным III группы для усиления антиоксидантной защитной системы в течении 7 дней 1 раз в день в хвостовуго вену вводили 2 мл р-ра Ридутокса. Во взятой крови обследовали содержание общего белка, альбумина, α_1, α_2, β, γ глобулинов и активность LDH. На основе проведенных исследований было выяснено, что после создания краткосрочной модели ишемии в белковом обмене крови произошло ряд изменений. Так, повысилась активность LDH, в то время как понизилось содержание общего белка и альбумина, а содержание α_1, α_2, β, γ глобулинов возросло. После внутривенного введения р-ра Ридутокса наблюдалась тенденция к нормализации белкового обмена.По нашему мнению после внутривенного введения р-ра Ридутокса возникшим позитивным изменениям в крови способствовало усиление антиоксидантной защитной системы организма.

Summary

The role of antioxidative protective system in changes of pathogenesis of protein exchange during shor term hepatic ischemia

R.J.Kerimova

10 minute model of hepatic ischemia was created on the background of chronic intoxication using 20% of hydrochloric acid due to Karnishenko method by squeezing of hepatic artery by liqature. The experiment has been performed on 45 white rats, divided into 3 groups. The 1st group – intact animals. The 2nd group – on the background of chronic intoxication 10 minute squeezing of rats hepatic artery. The 3rd group stimulation of antioxidative protective system on the bacground of 10 minute ischemia. 2 ml of Ridutox solution was injected into tail vein to the animals of the 3rd group for strengthening of antioxidative protective system for 7 days (once a day). Composition of general protein, albumin, , α_1, α_2, β, γ globulins and activity of LDH has been investigated in taken blood. On the base of carried investigations it has been revealed,that some changes have happened in protein exchange after creation of short term model of ischemia. Thus, activity of LDH increased,while composition of general protein and albumin decreased, but composition of , α_1, α_2, β, γ globulins became higher. After intravenous injection of Ridutox solution, the tendeney to normalization of protein exchange has been observed. In our opinion, after intravenous injection of Ridutox solution, appearing pozitive changes in blood were caused by strengthening of oxidative protective system of organism.

Daxil olub: 24.07.2013

ЗАВИСИМОСТЬ РИСКА СМЕРТНОСТИ ОТ ТЕМПЕРАТУРЫ ВОЗДУХА В УСЛОВИЯХ ГОРОДА БАКУ

А.К.Мамедбейли

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им. А.Алиева

Açar sözlər: *havanın temperaturu, ölüm riski*

Ключевые слова: температура воздуха, риск смертности

Key words: air temperature, risk of death.

Вероятность влияния климатических и погодных условий на риск заболеваемости подтверждена в работах многих исследователей. Известны группы заболеваний, которые возникают или обостряются в определенных сезонах года. В последние годы появились сообщения о возможности влияния температуры воздуха на риск смертности [1,2,4]. Вероятность изменения риска смертности в условиях города Баку не изучена, что побудило нас проверить состоятельность этой гипотезы.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в 2012 году. Использованы врачебные свидетельство о причинах смертности и метеорологические данные за вес год. В Баку в течение 2012 года были зарегистрированы 9090 случаев смерти, из которых 2444 были связаны с болезнями нервной системы (инфекционные заболевания, новообразования, сосудистые патологии нервной системы и болезни, включенные в VI класс МКБ-10). Все случаи смерти были распределены по суткам календарного года. По этим же суткам были получены сведения из Национального гидрометеорологического департамента Министерства экологии и природных ресурсов Азербайджанской Республики. Статистическая обработка проводилась при помощи программы Excel-2010, которая позволяла получить

полноценную описательную статистику среднесуточной температуры воздуха, среднесуточных случаев смерти вследствие всех причин и цереброваскулярных болезней.

Среднесуточная температура ниже 25-й процентилии температуры воздуха за 2012 год условно обозначалась как холод, а выше 75-й процентелии – как тепло. Из общей совокупности случаев смерти были выделены две группы, одна из которой включали случаи смерти в холодном периоде, а другая в теплом периоде года, для каждой группы была получена характеристика случаев смерти по программе описательной статистике. Сравнения этих групп проводилось двухвыборочным F тестом для дисперсии и двухвыборочным t тестом с разными дисперсиями [3].

Полученные результаты. Описательная статистика среднесуточной температуры воздуха и среднесуточных случаев смерти отражена в таблице 1. В течение 2012 года среднесуточная минимальная и максимальная температура воздуха составляла соответственно 3,9 и 26,8^{o}C. Медиана (50-й процентил), 25-й и 75-й процентил соответствует 11,8; 7,5 и 21,0^{o}C.

Среднесуточное число умерших в городе Баку составляло 25,0. Ежесуточно умирает в городе минимум 20, максимум 33 человека. Среднесуточное число умерших, вследствие цереброваскулярных болезней (ЦВБ) составляло 6,7 (минимальное – 5,5 и максимальное 8,8). Доля ЦВБ среди всех причин смерти составляла: 26,8% по среднесуточной, 27,2% по минимальной, 26,7% по максимальной величине.

В течение календарного года 152 сутки относились к холодному периоду (среднесуточная температура меньше 7,5^{o}C). Продолжительность теплого периода (среднесуточная температура больше 21^{o}C) составляла 121 суток. Умеренная среднесуточная температура (7,5-21,0^{o}C) наблюдалась в течение 92 суток.

Описательная статистика среднесуточных случаев смерти в зависимости от температуры воздуха отражена в таблице 2. В холодном периоде (среднесуточная температура воздуха меньше 7,5^{o}C) года среднесуточное число умерших составляло 27,2. При этом среднесуточное число умерших вследствие ЦВБ составляло 7,5 (доля ЦВБ среди всех причин смерти 27,5%). Медиана и мода среднесуточного числа умерших (соответственно 25,9 и 25,3) вследствие ЦВБ (соответственно 7,7 и 5,9) друг от друга отличаются. При этом доля ЦВБ среди всех случаев смерти соответственно составляло 29,7% (по медиане) и 23,3% (по моде). Минимальная и максимальная величина среднесуточного числа умерших (соответственно 24 и 33) имела относитель-но узкий интервал (9). Минимальная и максимальная величина среднесуточного числа умерших вследствие ЦВБ соответственно составляла 5,9 и 8,8 (интервал 2,9). Доля ЦВБ среди всех причин смерти составляла 24,6% по минимальному, 26,7% по максимальному числа случаев смерти.

Таблица 1

Описательная статистика среднесуточной температуры воздуха, среднесуточных случаев смерти от всех причин и вследствие ЦВБ

Показатели	Температура	Смерть от всех причин	Смерть от ЦВБ
Среднее	14,8	25,0	6,7
Стандартная ошибка	0,41	0,17	0,05
Медиана	11,8	24,9	6,4
Мода	24,1	25,3	6,2
Стандартное отклонение	7,78	3,25	0,96
Дисперсия	60,5	10,69	0,9
Эксцесс	-1,5	0,83	-0,44
Асимметрия	0,09	0,87	0,82
Интервал	22,9	12,8	3,3
Минимум	3,9	20,2	5,5
Максимум	26,8	33,0	8,8
25% процентил	7,5	23,9	6,0
75% процентил	21	27,1	7,6
Счет	365	365	365
Уровень надежности	0,80	0,34	0,09

Таблица 2

Описательная статистика среднесуточных случаев смерти в зависимости от температуры воздуха (в скобке смерть от ЦВБ)

Показатели	Холод (<25-й процентили)	Тепло (>75-й процентили)
Среднее	27,2 (7,5)	22,8 (6,6)
Стандартная ошибка	0,25 (0,08)	0,19 (0,06)
Медиана	25,9 (7,7)	24,6 (6)
Мода	25,3 (5,9)	24,9 (6)
Стандартное отклонение	3,17 (1,06)	2,05 (0,66)
Дисперсия	10,1 (1,1)	4,2 (0,4)
Эксцесс	-0,40 (-1,16)	-1,87 (-1,21)
Асимметрия	1,02 (-0,37)	-0,11 (0,63)
Интервал	9 (2,9)	4,7 (1,6)
Минимум	24 (5,9)	20,2 (6)
Максимум	33 (8,8)	24,9 (7,6)
25% процентил	25,3 (6,3)	20,8 (6)
75% процентил	27,6 (8,6)	24,9 (7,2)
Счет	152 (152)	121 (121)
Уровень надежности	0,51 (0,17)	0,36 (0,12)
Двухвыборочный: F тест для дисперсии F критический	2,39 (2,63) 1,33 (1,33)	
Двухвыборочный t тест с разными дисперсиями: t статистический t критический	13,9 (8,8) 1,96 (1,96)	

По всем случаем смерти, в том числе вследствие ЦВБ 25-й и 75-й процентили среднесуточного числа умерших (25,3 и 27,6 все причины, 6,3 и 8,6 вследствие ЦВБ) относительно были близкими. При этом доля ЦВБ среди всех причин смерти составляла соответственно 24,9 и 31,1%.

В теплом периоде года (среднесуточная температура более 21^{o}C) среднесуточное число умерших от всех причин, в том числе от ЦВБ соответственно составляло: 22,8 и 6,6. Доля ЦВБ среди всех причин смерти – 28,9%. Медиана и мода среднесуточного числа умерших от всех причин (24,6 и 24,9) и от ЦВБ (6 и 6) практически была одинаковой. При этом доля ЦВБ среди всех причин смерти (24,6 и 24,1%) была сравнительно меньше (по сравнению со средней величиной).

Интервал между максимальной (24,9) и минимальной (20,2) величиной среднесуточного числа умерших в теплом периоде года составлял 4,7. По среднесуточным случаем смерти от ЦВБ максимальная (7,6) и минимальная (6,0) величина относительно меньше отличались друг от друга (интервал 1,6). Доля ЦВБ среди всех причин смерти соответственно составляла 29,7 и 30,5%.

Сравнение среднесуточных величин числа случаев смерти от всех причин (27,2±0,25 в холодном и 22,8±0,19 в теплом периоде), в том числе от ЦВБ (соответственно 7,5±0,08 и 6,6±0,06) подтверждает статистически значимость различия между ними ($p<0,001$). Из данных таблицы 2 обращает на себя внимание более выраженность различия среднесуточного числа случаев смерти в холодном и теплом периоде года по средним, минимальным, максимальным величинам, а также по 25-й и 75-й процентилям. Учитывая отмеченное можно с высокой точностью утверждать, что холодный период года в городе Баку характеризуется существенным повышением риска смертности как по всем случаям, так и по случаям вследствие ЦВБ.

Обсуждение полученных результатов. Литературные сведения [1;2;4] однозначно подтверждают связь между риском заболеваемости и смертности населения и метеорологическими условиями. Считается, что характер связи зависит от географических широт. Причем ученые разных стран к факторам риска относят либо холод, либо жару. Отсутствие единого мнение о роли погодных условий в изменение риска смертности в первую

очередь можно объяснить разностью методологических подходов в проведенных исследованиях.

Повышение риска смертности в связи с холодом отмечены в основном в регионах, расположенных в средних широтах. Причем не исключается роль уровня социально-экономического развития региона в плане защиты людей от воздействия климатических факторов. Влияние холодных погодных условий на риск смертности отмечено как в Европе, так и в Китае. Порог воздействия тепла на риск смертности находится на уровне 30-31^{o}C. В городе Баку теплый период года характеризуется умеренностью среднесуточной температуры (максимальная среднесуточной температура составляла 26,8^{o}C в самом жарком месяцах 2012 года). Поэтому по данным 2012 года в Баку повышение риска смертности в теплом периоде года не наблюдалось. В Китае при изучении влияние холода на риск смертности порогом температуры был взят 13,8^{o}C. В нашей работе порогом холода был выбран 7,5^{o}C.

В целом наши данные о повышение риска смертности в холодном периоде года согласуется с результатами многих исследователей [2;4] , хотя методологические подходы существенно отличаются.

Изучение роли температуры воздуха в повышение риска смертности является прикладной задачей. В нашей работе доказано повышение риска смертности при температуре воздуха в интервале 3,9-7,5^{o}C по сравнение с вероятностью смертности в условиях, когда среднесуточная температура воздуха находится в интервале 21,0-26,8^{o}C. При этом величина относительного риска составляла 1,29 для всех случаев смерти, 1,14 для случаев смерти вследствие ЦВБ. Прикладное значение приведенных данных в том, что они могут быть полезными для руководящих работников служб здравоохранения при планировании работы лечебно-профилактических учреждений, а также при координации деятельности служб городского хозяйства (служба тепло -обеспечения, дорожно-транспортного обслуживания).

Выводы:

1. В условиях города Баку, где интервал между 25-й (7,5^{o}C) и 75-й процентилями (21^{o}C) среднесуточной температуры воздуха находится на уровне 13,5^{o}C, подтверждается существенность изменения риска смертности обусловленной холодом и теплом;
2. Колебание среднесуточной температуры в интервале 3,9-7,5^{o}C по сравнение со среднесуточной температурой воздуха 21-26,8^{o}C ассоциируется повышением риска всех случаев смерти и смертности вследствие ЦВБ (1,19 и 1,14 раз);
3. Медико-организационные меры по планированию работ служб здравоохранения и коммунального хозяйства необходимо усиливать при среднесуточной температуре воздуха ниже 7,5^{o}C.

ЛИТЕРАТУРА

1. Варакина Ж.Л., Юрасова Е.Д., Ревич Б.А. и др. Влияние температуры воздуха на смертность населения Архангельска в 1999-2008 гг. // Экология человека, 2011, №6, с. 28-36
2. Измеров Н.Ф., Ревич Б.А., Коренберг Э.И. Оценка влияние климата на здоровье населения – новая задача профилактической медицины // Вестник РАМН, 2005, №11, с.33-37
3. Стентон Г. Медико-биологическая статистика. М.: Изд. Практика, 1999, 459 с.
4. Kysely J., Lucie P. and Bohumer K. Excess cardiovascular mortality associated with cold spells in Czech Republic // BMC Public Health, 2009, №10, p. 9-19

Xülasə

Bakıda havanın temperaturundan asılı ölüm riski

A.K.Məmmədbəyli

Tədqiqatın məqsədi Bakıda havanın temperaturu ilə əhali arasında ölüm hadisələrinin sayının əlaqə ehtimalının öyrənilməsi olmuşdur. 2012-ci ildə hər sutka ərzində ölüm hadisələri (ölüm haqqında verilmiş tibbi şəhadətnamələrə əsasən) və havanın sutkalıq orta temperaturu (hidrometeorologiya departamentinin məlumatlarına görə) qeydə alınmışdır. Bu məlumatlara görə təsviri statistika göstəriciləri hesablanmışdır. Orta sutkalıq temperaturun 25-ci sentilindən az və 75 sentilindən çox səviyyədə olan sutkalar üzrə ölüm hadisələrinin təsviri statistikası göstəriciləri dispersiya üçün "F" testi və onun orta kəmiyyətləri üçün "t" testi ilə müqayisə edilmişdir.

Müəyyən olunmuşdur ki, 2012-ci ildə havanın sutkalıq temperaturu 3,9-26,8^{o}C, sutkalıq ölüm hadisələri 20-33 (ocümlədən serebrovaskulyar xəstəliklərlə bağlı 5,5-8,8) intervalında dəyişmişdir. Havanın orta sutkalıq temperaturu 7,5 ^{o}C-dən az və 21^{o}C-dən çox olan sutkalarda orta hesabla

27,2±0,25 və 22,8±0,19 sayda ölüm hadisəsi qeydə alınmışdır (p<0,001). Serebrovaskulyar xəstəliklərlə bağlı orta sutkalıq ölüm hadisələri müvafiq olaraq 7,5±0,08 və 6,6±0,06 sayda olmuşdur (p<0,001). Bakıda havanın temperaturu ilə əhalinin ölüm riski arasında əlaqənin obyektiv mövcudluğu barədə nəticə əsaslandırılmışdır.

Summary

The risk of death depended on the air temperature in Baku

A.K.Mammadbayli

Research objective was the probability of interrelation between air temperature in Baku and amount of death among the population. In 2012 death cases for every day (according to medical certificates about death) and average daily air temperature (according to department of hydrometeorology) were registered. According to these data indicators of descriptive statistics were calculated. According to these data displays of statistics were counted. Displays of statistics of mortal incidents on the days having average daily temperature less than 25 centiles and above levels of 75 centiles for dispersions were compared to the "F" test and for its average indicators - to the "T" test.

It was established that in 2012 air temperature changed in the range of 3,9 - 26,8 °C, daily deadly incidents (including, connected with cerebrovascular diseases (5,5-8,8) in the range of 20-33. Those days when average daily air temperature was less than 7,5°C and more than 21°C by average calculations it was registered (p<0,001) 27,2±0,25 and 22,8±0,19 deadly incidents. Due to the cerebrovascular diseases average daily deadly incidents corresponded 7,5±0,08 and 6,6±0,06 (p<0,001). The result of objective existence of communication between the air temperature and risk of death of the population in Baku was based.

Daxil olub: 04.07.2013

AORTA-KORONAR ŞUNTLAMA ƏMƏLİYYATINDAN SONRAKI AĞIRLAŞMALAR İLƏ QANDA İLTİHABİ MEDİATORLARIN SƏVİYYƏSI ARASINDA OLAN QARŞILIQLI ƏLAQƏ

R.M.Mahmudov

Mərkəzi Neftçilər Xəstəxanası, Bakı

Açar sözlər: aorta-koronar şuntalama əməliyyatı, ağırlaşmalar, iltihab mediatorları

Ключевые слова: операция аортокоронарного шунтирования, осложнения, медиаторы воспаления

*Key words: C*oronary artery bypass surgery, complications, inflammatory mediators

Aorta-koronar şuntlama əməliyyatı travmatik müdaxilə olmaqla yanaşı əməliyyatdan sonra orqanizmin bütün kompensator mexanizmlərinin tam bərpa olunması vacibdir. Xəstələrin hərtərəfli hazırlanmasına, yüksək ixtisaslı həkimlər tərəfindən və əməliyyatdansonraskı dövrdə tam medikamentoz müalicəyə baxmayaraq əməliyyat sonrası ağırlaşmalar tez-tez müşahidə olunur. Əməliyyatdansonrakı ağırlaşmalar içərisində ən çox rast gəlinən və ağır kliniki gedişi ilə fərqlənən ürək çatışmazlığıdır. Son illərdə ürək çatışmazlığının rastgəlmə tezliyi 8%-ə qədər azalmışdır [1,2,3].

Perioperativ miokard infarktı da əməliyyatdansonrakı ağırlaşmalardan biridir [4,5,6]. Müxtəlif mənbələrə görə aorta-koronar şuntlama əməliyyatı olan xəstələrin 3%-də miokard infarktı qeyd edilir [7,8]. Sol ana koronar darlığı olan xəstələrdə perioperativ miokard infarktı 3-19% hallarda müşahidə edilir [9].

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə ekstrasistolalar, səyirici aritmiya, paroksizmal mədəcik taxikardiyaları kimi aritmiyalar daha çox müşahidə olunur. Aritmiyalar daha çox işemiya fonunda, elektrolit balansının pozulmasında və kəskin miokard infarktı zamanı müşahidə edilir.

Tənəffüs sistemi tərəfdən isə daha çox rast gəlinən ağırlaşma plevrada eksudatın olmasıdır. Nadir hallarda pnevmoniya, atelektaz kimi ağırlaşmalar müşahidə edilir [10,11]. Lakin aorta-koronar şuntlama erkən əməliyyatındansonrakı dövrdə olan ağırlaşmalar ilə qanda pentraksin 3 (PTX3) və şiş nekrozu amili (TNFα) səviyyəsi arasında olan qarşılıqlı əlaqə öyrənilməmişdir. Bütün bunları nəzərə alaraq biz aorta-koronar şuntlama əməliyyatı olan sabit stenokardiyalı xəstələrdə əməliyyatdan əvvəl, 8 və 24 saat sonra qanda PTX3 və TNFα səviyyəsi ilə əməliyyatdan sonrakı erkən dövr ağırlaşmaları arasında olan qarşılıqlı əlaqənin öyrənilməsini qarşımıza **məqsəd** qoyduq.

Tədqiqatın material və metodları. Bu məqsədlə Mərkəzi Neftçilər Xəstəxanasında II-III funksional sinif sabit stenokardiyalı ÜİX olan 44-73 yaş arasında 92 xəstə müayinə edilmişdir. Bütün xəstələrdə aorta-koronar şuntlama əməliyyatı həyata keçirilmişdir. Əməliyyatdan sonra xəstəxana daxilində olan bütün ağırlaşmalar qeydə alınmışdır. Eyni zamanda tədqiqata alınan bütün xəstələrdə aorta-koronar şuntlama əməliyyatından əvvəl, 8 və 24 saat sonra götürülmüş qan nümunəsində (Mərkəzi Neftçilər Xəstəxanası, GenLab laboratoriya, Human, ELISA kit) PTX3, TNFα səviyyəsi tədqiq edilmişdir. Nəticələrin statistik təhlilini aparmaq üçün "Statistika"-kompüter paketindən istifadə edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri. Tədqiqatın nəticələrinin təhlili göstərdi ki, aorta-koronar şuntlama əməliyyatı olan xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı erkən ağırlaşmalarla qanda PTX3 və TNFa səviyyəsi arasında qarşılıqlı əlaqə vardır. Belə ki, nəticələrdən göründüyü kimi ağırlaşma olmayan xəstələrdə qanda PTX3 səviyyəsi əməliyyatdan əvvəl 70,9±2,9 pq\ml olduğu halda, əməliyyatdan 24 saat sonra qanda PTX3 səviyyəsi 709,6±48,3 pq\ml qədər artmışdır. Əməliyyatdan sonra ağırlaşmalar müşahidə edilən xəstələrdə isə əməliyyatdan əvvəl qanda PTX3 səviyyəsi 89,9±9,7 pq\ml, əməliyyatdan 24 saat sonra bu göstərici 931,3±105,2 pq\ml- ə qədər artmışdır. Həmçinin müayinə olunan xəstələrdə qanda TNFα səviyyəsi də ağırlaşmalar olan xəstələrdə daha yüksək olmuşdur. Belə ki, əməliyyatdan sonra ağırlaşmalar olmayan xəstələrdə əməliyyatdan 24 saat sonra qanda TNFα səviyyəsi 427,0±35,6 pq\ml olduğu halda, ağırlaşmalar müşahidə olunan xəstələrdə bu göstərici 504,7±53,2 pq\ml olmuşdur. Aşağıdakı cədvəl 1-də əməliyyatdan sonrakı erkən ağırlaşmalarla qanda PTX3 və TNFα səviyyəsi arasında olan qarşılıqlı əlaqə göstərilmişdir.

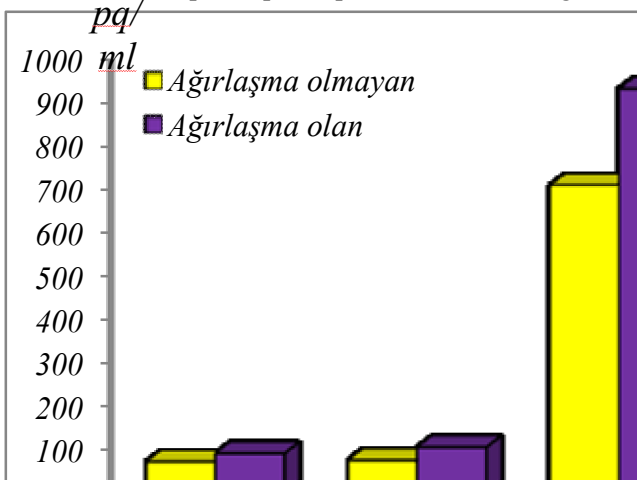
Cədvəl 1

Qanda PTX3 və TNFα səviyyəsi ilə əməliyyatdan sonrakı erkən ağırlaşmalar arasında olan qaşılıqlı əlaqə

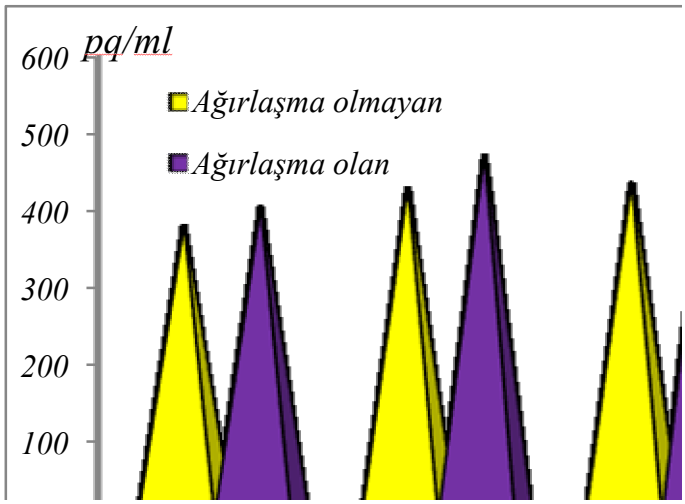
Ağırlaşma	PTX3, pq/ml			TNFα, pq/ml		
	Əməliyyatdan əvvəl	8 saat	24saat	Əməliyyatdan əvvəl	8 saat	24 saat
Olmayan (n=39)	70,9±2,9 (39 – 165)	74,4±3.7 (39 – 148)	709,6±48,3 (187 – 1345) ***	371,6±31,9 (189 – 954,5)	421,2±35,1 (228-1019)	427,0±35,6 (201 – 1045)
Olan (n=30)	89,9±9,7 (39 – 328) ^	104,1±15,9 (39 – 396) ^	931,3±105,2 (78 – 2185) *** ^	395,3±38,6 (189 – 1001)	463,6±48,6 (222 – 1008)	504,7±53,2 (227 – 1012)

Qeyd: göstəricilər arasında fərqin statistik dürüstlüyü: 1.Əməliyyatdan əvvəlki göstəricilər ilə: *** - p0 <0,001; 2.Ağırlaşma olmayan xəstələrin göstəriciləri ilə: ^ - p <0,05.

Aorta-koronar şuntlama əməliyyatı olan xəstələrdə xəstəxanadaxili ağırlaşmalar ilə qanda PTX3 və TNFα arasında olan qarşılıqlı əlaqəsi şəkil 1 və 2 də göstərilmişdir.

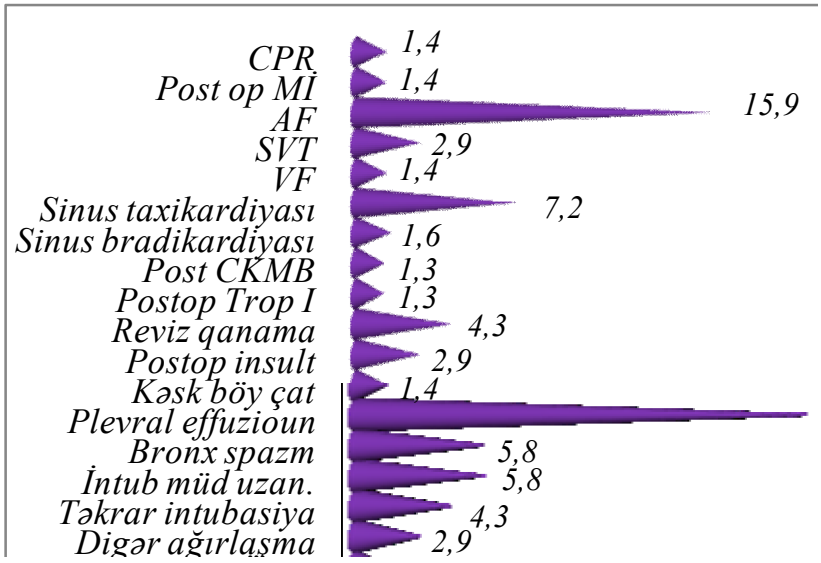


Şək.1 Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar ilə qanda PTX3 səviyyəsi arasında olan qarşlıqlıqlı əlaqə



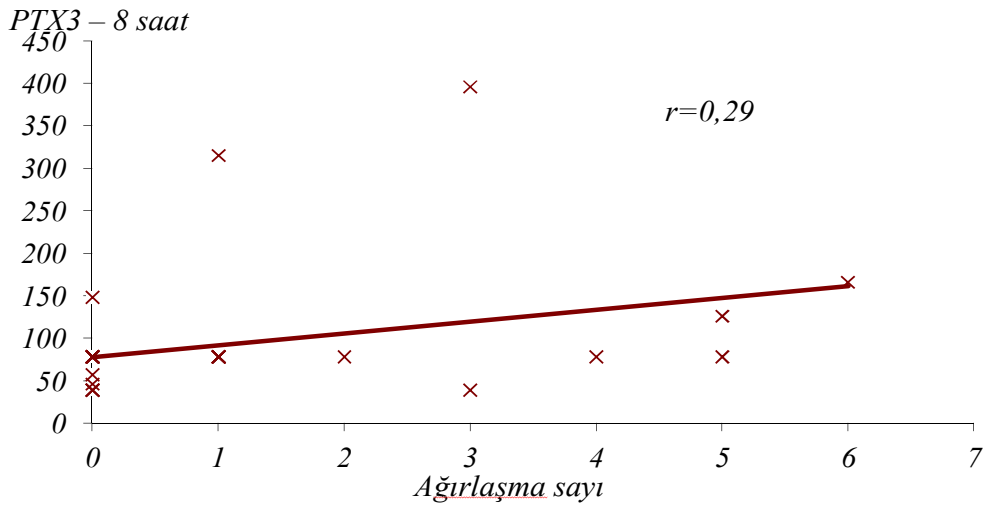
Şək.2 Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar ilə qanda TNFα səviyyəsi arasında olan qarşılıqlı əlaqə

Tədqiqata daxil olan xəstələrdə xəstəxanada qalma müddətində olan bütün ağırlaşmalar və onların rastgəlmə tezliyi şəkil 3-də göstərilmişdir.

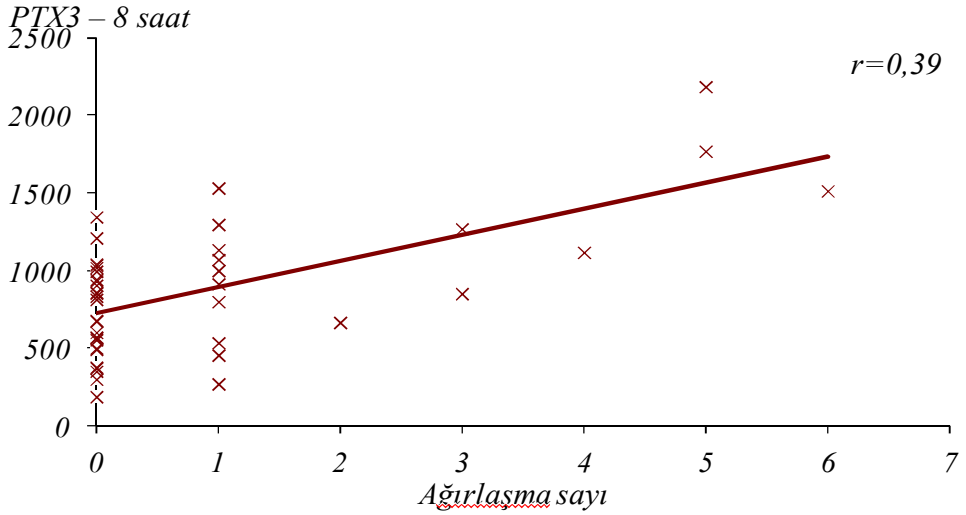


Şək. 3 Aorta-koronar şuntlama əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların rast gəlmə tezliyi

Eyni zamanda tədqiqata daxil olan xəstələrdə əməliyyatdan 8 və 24 saat sonra qanda PTX3 səviyyəsi ilə ağırlaşmalar arasında olan korrelyativ əlaqədə öyrənilmişdir. Əldə olunan nəticələr şəkil 4 və 5-də göstərilmişdir.



Şək.4 Əməliyyatdan 8 saat sonra qanda PTX3 səviyyəsi ilə ağırlaşmaların sayı arasında olan qarşılıqlı əlaqə



Şək.5 Əməliyyatdan 24 saat sonra qanda PTX3 səviyyəsi ilə ağırlaşmaların sayı arasında olan qarşılıqlı əlaqə

Müzakirə. Tədqiqatın nəticələri göstərdi ki, aorta-koronar şuntlama əməliyyatı olan sabit stenokardiyalı xəstələrdə erkən əməliyyatdansonrakı dövrdə olan ağırlaşmalar ilə qanda iltihabi mediatorların səviyyəsi arasında korrelyativ əlaqə mövcuddur. Belə ki, nəticələrdan məlum olmuşdur ki, qanda PTX3 səviyyəsi yüksək olan xəstələrdə ağırlaşmalar daha çox müşahidə edilir. Bu korrelyativ əlaqə daha çox özünü aorta-koronar şuntlama əməliyyatından 24 saat sonra qanda PTX3 səviyyəsində göstərmişdir. Əməliyyatdan 24 saat sonra götürülmüş qan nümunəsində PTX3 səviyyəsi yüksək olan xəstələrdə ölüm və digər ağırlaşmalar daha çox olmuşdur. Eyni zamanda əməliyyatdan 24 saat sonra qanda TNFα səviyyəsi yüksək olanlarda da ağırlaşmalar daha çox müşahidə edilmişdir. Bütün bunlar bir daha qanda PTX3 və TNFα səviyyəsi ilə əməliyyat sonrası ağırlaşmalar arasında qarşılıqlı əlaqənin olmasını göstərir. Bu istiqamətdə aparılmış tədqiqatlar da buna bənzər nəticələr alınmışdır. İltihabi mediatorlardan olan C-reaktiv zülal ilə aorta-koronar şuntlama əməliyyatından sonrakı ağırlaşmalar arasında olan korrelyativ əlaqə daha çox öyrənilmişdir. Belə ki, 8500 aorta-koronar şuntlama əməliyyatı olan xəstələr üzərində aparılan tədqiqatda C-reaktiv zülal səviyyəsi ilə əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar və ölüm halları arasında pozitiv korelyativ əlaqə aşkar edilmişdir [12]. Başqa bir tədqiqatda isə C-reaktiv zülal səviyyəsinin yüksək olması aorta-koronar şuntlama

əməliyyatı olan xəstələrdə proqnostik əhəmiyyətinin olmasını göstərmişdir [13]. Aorta-koronar şuntlama əməliyyatı olan 223 xəstə üzərində aparılan tədqiqatda isə qanda PTX3 səviyyəsi ilə əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar arasında qarşılıqlı əlaqə aşkar edilmişdir. Nəticələr göstərmişdir ki, qanda PTX3 səviyyəsi yüksək olan xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar statistik əhəmiyyətli dərəcədə daha çox müşahidə edilir [14]. Bütün bunlar bir daha aorta-koronar şuntlama əməliyyatı olan sabit stenokardiyalı xəstələrdə qanda iltihabi mediatorlardan olan PTX3 və TNFα səviyyəsinin dinamik analizinin aparılmasının proqnostik əhəmiyyətinin olmasını göstərir.

ƏDƏBİYYAT

1.Агапов А.А., Ширяев А.А., Тарасова Л.В. и др. Прогноз коронарного шунтирования у больных ишемической болезнью сердца с поражением ствола левой коронарной артерии // Кардиология, 1996, №8, с.4-7.

2. Акчурин Р.С., Ширяев А.А., Агапов А.А. и др. Ранний прогноз трудоспособности у больных после прямой реваскуляризации миокарда // Клиническая медицина,1994, №2, с.25-27.

3.Лобанова Т.Е., Козлов С.Г., Лякшиев А.А. и др. Ранние результаты шунтирования коронарных артерий у больных ИБС в сочетании с сахарным диабетом И типа // Кардиология, 2000, №10, с. 18-22.

4.Соловьев Г.М., Шаенко О.Ю. Актуальные вопросы хирургического лечения ишемической болезни сердца // Кардиология, 1997, №4, с.76-79.

5.Соловьев Г.М., Михеев А.А., Клембовский А.А. Хирургическое лечение нестабильной и ранней постинфарктной стенокардии // Кардиология, 1990, №10, с.58.

6.Сумароков Б.А., Абугов С.А., Лякишев А.А. Окклюзия ствола левой коронарной артерии // Кардиология,1994, №1, с.27-32.

7.Бураковский В.И. Работников В.С. Хирургическое лечение ишемической болезни сердца (опыт 1200 операций) и перспективы его развития // Грудная хирургия, 1985, №5, с.5-10.

8.Бураковский В.И., Работников В.С., Иоселиани Д.Г. Ишемическая болезнь сердца. Сердечно-сосудистая хирургия / Под ред. Бураковского В.И., Бокерия Л.А. М.: Медицина, 198, с.523-587.

9. Михеев А.А., Шаенко О.Ю. Прямые реконструктивные операции на стволе левой коронарной артерии при его изолированном поражении у больных ишемической болезнью сердца // Кардиология, 1995, №9, с.49-53

10.Синопальников А.И. Ишемическая болезнь сердца у больных с сопутствующей бронхиальной астмой: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М.,1991, 48с.

11.Синопальников А.И., Алексеев В.Г., Клочков О.И. Клиническое течение ишемической болезни сердца при сопутствующей бронхиальной астме // Клиническая медицина, 1989, №10, с.44-48.

12.Van Straten A.H., Soliman Hamad M.A., van Zundert A.J., Martens E.J. Scho¨ nberger JP and de Wolf AM. Preoperative C-reactive protein levels to predict early and late mortalities after coronary artery bypass surgery: eight years of follow-up // J Thorac Cardiovasc Surg., 2009, v.138, p.954-958.

13. Jianyang Wang, Zhe Zheng, Limeng Yang, et al. High-sensitive C-reactive protein predicts outcome after coronary artery bypass // Asian Cardiovascular and Thoracic Annals, 2012, v.20, p.525 DOI: 10.1177/0218492312439402

14.Ferratini M., Ripamonti V., Masson S. Et al. Pentraxin-3 predicts functional recovery and 1-year major adverse cardiovascular events after rehabilitation of cardiac surgery patients // J Cardiopulm Rehabil Prev., 2012, v.32(1), p.17-24

Резюме

Взаимная связь между осложнениями после операции аортокоронарного шунтирования и уровнем медиаторов воспаления в крови

Р.М.Махмудов

Основной целью исследовательской работы является изучение взаимной связи между осложнениями раннего периода после операции и уровнем PTX3 и TNFα в крови у больных со стабильной стенокардией до операции и через 8 и 24 часов после операции аортокоронарного шунтирования. В этих целях в Центральной Больнице Нефтяников были обследованы 92 больных в возрасте 44-73 лет со стабильной стенокардией ИБС II-III функционального класса. Результаты проведенного нами исследования показали, что у больных с повышенным уровнем PTX3 в крови осложнения наблюдаются чаще. Эта

коррелятивная связь больше отмечается на уровне PTX3 в крови через 24 часа после операции аортокоронарного шунтирования. В пробе крови, взятой через 24 часа после операции, у больных с повышенным уровнем PTX3 чаще встречались фатальные исходы и осложнения. В то же время через 24 часа после операции у больных с повышенным уровнем PTX3 осложнения наблюдались больше. Все это еще раз показывает прогностическую значимость проведения динамического анализа уровня медиаторов воспаления PTX3 и TNFα в крови у больных со стабильной стенокардией, над которыми была исполнена операция аортокоронарного шунтирования.

Summary

The interaction between the complications after coronary-artery bypass surgery and the level of inflammatory mediators in the blood

R.M.Mahmudov

The objective of the investigastion is to study the correlation between the PTX3 and TNFα level in the blood before, 8 and 24 hours after surgery and post-operative complications during the early period in the patients with stable angina who had coronary artery bypass surgery. Fort his purpose, 92 patients between the ages of 44-73 with IHD stable angina of II-III functional class were examined in Central Hospital of Oil Workers. The results of study showed that, more complications are observed in the patients with high PTX3 level in the blood. This correlative relation showed itself more in PTX3 level in the blood after 24 hours of coronary artery bypass surgery. There were more deaths and other complications in the patients with high PTX3 level in the blood sample taken after 24 hours of surgery. At the same time, the complications were also observed more in the patients with high TNFα level in the blood after 24 hours of surgery. All these show the prognostic significance of carrying out dynamic analysis of PTX3 and TNFα which are inflammatory mediators in the blood of patients with stable angina who had coronary artery bypass surgery.

Daxil olub:11.06.2013

QARACİYƏRIN XOŞ- VƏ BƏDXASSƏLİ YENİ TÖRƏMƏLƏRİNİN KOMPÜTER TOMOQRAFİYA ÜSULU İLƏ DİAQNOSTİKASI

Ə.S.Əsədov

Azərbaycan Tibb Universitetinin Şüa diaqnostikası və şüa terapiyası kafedrası, Bakı

Açar sözlər: qaraciyər, törəmələr, kompüter tomoqtafiyası, diaqnostika

Ключевые слова: печень, новообразования, компьютерная томография, диагностика

Key words: liver tumors, computer tomography, diagnostic

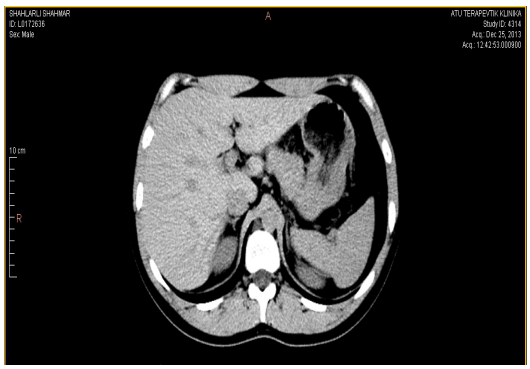
Qaraciyərin ocaqlı patologiyası ilə müşayiət olunan çoxsaylı xəstəliklərin olması, bu xəstəliklərin klinik simptomlarının zəif təzahür etməsi və az informativliyi bu orqanın xoş- və bədxassəli yeni törəmələrinin erkən mərhələdə diaqnostikasının çətinliklərini şərtləndirən amillər hesab edilir [1,7]. Yeni vizualizasiya üsullarının inkişafı və praktikada tətbiqi müasir klinik təbabətin diaqnostika imkanlarını genişləndirmiş, qaraciyər şişlərinin və şişəbənzər törəmələrinin dəqiq diaqnostikasını aparmağa imkan vermişdir [2,4].

Qaraciyər şişlərinin aşkar olunmasında və diferensial diaqnostikasında kompüter tomoqrafiyası (KT) müayinə üsulunun mühüm əhəmiyyəti vardır [3,9]. KT qaraciyərdə olan kiçik ölçülü şişlərin diaqnostikasına imkan verməklə, ilkin şişin lokalizasiyasının, yerli yayılma dərəcəsinin, magistral damar və sinirlərə münasibətinin və regionar metastazların müəyyənləşdirilməsində, eləcə də xəstəliyin mərhələsinin təyin edilməsində yüksək informativliyə malikdir [5,10]. Bununla yanaşı, şüalanma təhlükəsi səbəbindən hamilələk zamanı istifadə edilə bilməməsi, səthdə yerləşən və kiçik ölçülü törəmələrdə həssaslığının az olması, şişləri dərhal ayırmaqda spesifikliyinin yüksək olmaması, bahalı olması və daşına bilməməsi KT müayinə üsulunun çatışmayan cəhətləri hesab edilir [8].

Qeyd etmək lazımdır ki, müxtəlif mənşəli qaraciyər şişlərinin KT üsulu ilə müayinəsi zamanı alınan diaqnostik nəticələrin şərhinə dair ədəbiyyatda çoxsaylı və ziddiyyətli məlumatlar vardır [6]. Qaraciyər şişlərinin diaqnostikasında olan problemlərin həlli, çatışmazlıqların aradan qaldırılması, istifadə edilən metodların təkmilləşdirilərək məqsədyönlü və kompleks istifadəsi mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

Tədqiqat işinin **məqsədi** KT üsulunun müqayisəsi əsasında qaraciyərin bədxassəli, metastatik və xoşxassəli şişlərinin diaqnostkasını təkmilləşdirmək olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Qarşıya qoyulmuş məqsədə çatmaq üçün qaraciyərin birincili bədxassəli, metastatik və xoşxassəli şişi olan 75 xəstə və 16 nəfər praktik sağlam şəxs KT üsulu ilə müayinə edilmişdir. Kontrol qrupa daxil olan sağlam şəxslərin KT müayinəsi zamanı qaraciyər dəqiq və hamar kontura malik, parenximası homogen strukturlu üzv kimi görünmüş, sərtliyi 55-70 Haunsfild vahidi təşkil etmişdir. Qaraciyər venaları X-XI döş fəqərələri səviyyəsində, arxa medial səthdə XI-XII fəqərə səviyyəsində aşkarlanmışdır. 1-ci şəkildə praktik sağlam şəxsin qaraciyərinin KT təsviri əks etdirilmişdir.



Şək. 1. Kompüter tomoqramı: normal qaraciyər

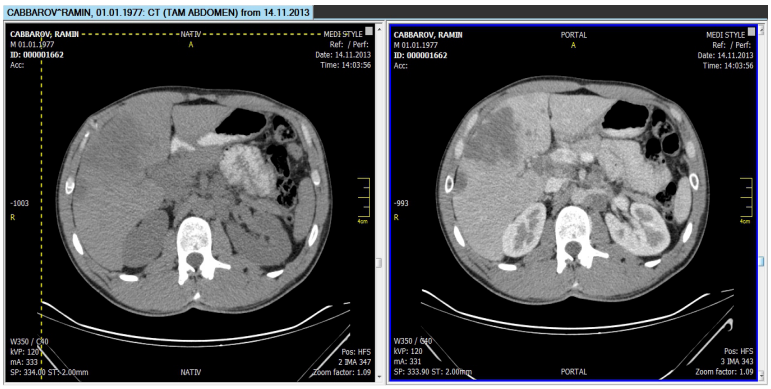
Tədqiqat işinin yerinə yetirilməsi zamanı qaraciyərin birincili xərçəngi diaqnozu qoyulmuş 16 xəstə KT üsulu ilə müayinə edilmiş, 14 xəstədə hepatosellülyar xərçəng, 2 xəstədə xolangiosellülyar xərçəng aşkar olunmuşdur. 13 xəstədə şiş hipodens törəmə şəklində aşkarlanmış, 9 xəstədə patoloji ocağın forması qeyri-düzgün, 7 xəstədə oval olmuşdur. Xəstələrin əksəriyyətində patoloji törəmənin konturları qabarlı və qeyri-düzgün olmuş, 12 xəstədə qeyri-dəqiq kontur aşkar edilmişdir. Qaraciyər daxili axacaqların genişlənməsi müayinə olunan xəstələrin yalnız ikisində müşahidə edilmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, qaraciyərin birincili xərçənginin təzahür formalarının müxtəlifliyi KT müayinəsi zamanı onun diaqnostikasında və diferensial diaqnostikasında müəyyən çətinliklər törədir. Qaraciyərin diffuz dəyişiklikləri, xüsusilə qaraciyərin piy infiltrasiyası və sirrozu fonunda birincili xərçəngin diaqnostikası xeyli çətinləşir. 2-ci şəkildə qaraciyərin birincili xərçəngi olan xəstənin KT təsviri verilmişdir.



Şək. 2. Kompüter tomoqramı: qaraciyərin birincili xərçəngi

Qaraciyərin birincili xərçəngi diaqnozu qoyulmuş 16 xəstədən 9-da KT müayinəsi kontrast maddə yeridilməsi fonunda aparılmışdır. Kontrast KT müayinə üsulunun tətbiqi qaraciyərin birincili xərçəngi zamanı hepatosellülyar xərçəngi xolangiosellülyar xərçəngdən fərqləndirməyə imkan verir. Belə ki, xolangiosellülyar xərçəng daha çox qaraciyərin mərkəzi hissəsini zədələdiyi üçün parenximanın mərkəzi hissələri intakt qalır, qaraciyərdaxili öd yollarının genişlənməsi müşahidə edilir (şək. 3).

Qaraciyərin metastatik xərçəngi diaqnozu qoyulmuş 27 xəstədən 16-da KT müayinəsi zamanı metastazlar oval, 11 xəstədə qeyri-düzgün formalı törəmələr şəklində aşkar edilmiş, ocaqların sıxlığı 38 Haunsfild vahid olmuşdur. 14 xəstədə törəmənin qabarlı konturları müşahidə edilmiş və bu patoloji ocağın ölçüsündən asılı olmamışdır. Müayinə edilmiş xəstələrin təxminən yarısında metastaz ocaqları həmcins olmuş, 5 xəstədə dəqiq, 9 xəstədə qeyri-dəqiq kontur aşkarlanmışdır. 15 xəstədə KT müayinəsi vena daxilinə kontrast maddə yeridilməklə aparılmışdır. 4-cü şəkildə qaraciyərin çoxsaylı metastatik xərçəngi olan xəstənin KT təsviri verilmişdir.

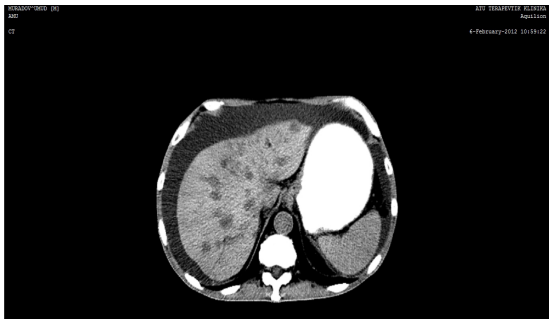


Şək. 3. Kompüter tomoqramı: xolangiosellülyar xərçəng

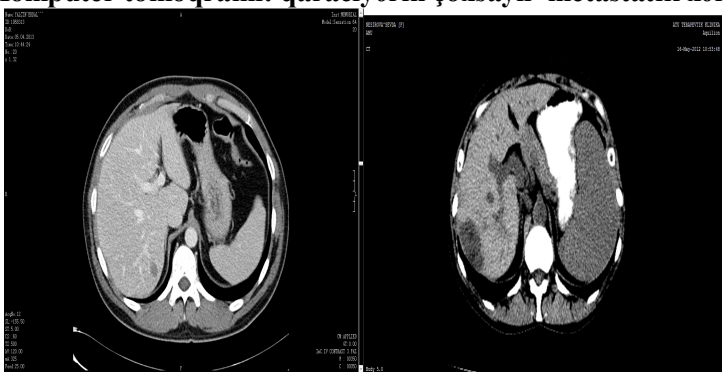
Çoxsaylı zədələnmə ocaqları, həmcins strukturlu və qeyri-dəqiq konturlu törəmələrin aşkar edilməsi qaraciyərin metastatik zədələnmələrinin KT əlamətləri hesab edilə bilər.

Biz öz tədqiqatlarımızda qaraciyər hemangioması diaqnozu qoyulmuş 38 xəstədən 31-də KT müayinəsi aparmışıq. Bu zaman hemangiomalar dəqiq konturlu, oval formalı, həmcins, hipodens törəmələr şəklində aşkarlanmışdır. 5 xəstədə qeyri-düzgün formalı, 3 xəstədə konturları dəqiq olmayan, 2 xəstədə isə qaraciyərin piy infiltrasiyası fonunda vizyalizasiya olunmayan törəmələr aşkar edilmişdir. Məlum olmuşdur ki, hemangiomaların konturlarının dəyişmə xarakteri onların ölçüsündən asılıdır, belə ki, iri ölçülü hemangiomalar üçün qabarıq kontur xarakterikdir.

8 xəstədə KT müayinəsi venadaxili kontrast maddə yeridilməsi fonunda aparılmış, kontrast maddənin periferiyada xarakter şəkildə toplanması 6 xəstədə qeyd edilmişdir. 5-ci şəkildə qaraciyərin kapillyar və kavernoz hemangioması olan xəstələrin kompüter tomoqramı verilmişdir.



Şək. 4. Kompüter tomoqramı: qaraciyərin çoxsaylı metastatik xərçəngi

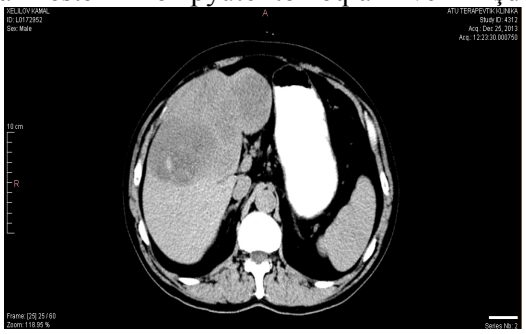


a) b)

Şək. 5. Kompüter tomoqramı: qaraciyərin hemangiomaları: a) kapillyar; b) kavernoz

Tədqiqat işinin yerinə yetirilməsi zamanı 1 xəstədə qaraciyər hüceyrəli adenoma (QHA) aşkar edilmişdir. Məlum olduğu kimi, QHA geniş sinusoidlərə malik olan xoşxassəli şiş olub, qanaxmaya və maliqnizasiyaya meyillidir. QHA kontrastsız KT müayinəsi zamanı hipodens görüntüyə malik olmuş, arterial şaxə hesabına qanla təchiz olunduğu üçün kontrastlı KT müayinədə arterial fazalı təsvirdə

müvəqqəti hiperdens, gecikmiş fazalı görüntülərdə hipodens görüntü ortaya çıxarmışdır. 6-cı şəkildə qaraciyər hüceyrəli adenoması olan xəstənin kompyüter tomoqramı verilmişdir.



Şək. 6. Kompüter tomoqramı: qaraciyər hüceyrəli adenoma

Beləliklə, KT diametri 1-sm dən böyük olan törəmələri aşkar etməyə imkan verir. Lakin qaraciyər şişləri üçün xarakter olan identik KT təsvirləri bəzi hallarda onların diferensial diaqnostikanı çətinləşdirir, yəni şişin sıxlığının qaraciyərin sıxlığından 15-20 Haunsfild vahidi aşağı olması onu aşkarlamağa imkan versə də, nozoloji diaqnostika üçün kifayət deyildir.

ƏDƏBİYYAT

1.Əmiraslanov Ə. T., Bayramov R. B. Abdominal onkologiya (rəhbərlik). Bakı: Təhsil, 2004, 320 s.

2.Bayramov H.Y. Qaraciyərin cərrahi xəstəlikləri. Bakı: Nurlan, 2012, 324 c.

3.Габуния Р.И., Колесникова Е.К. Компьютерная томография в клинической диагностике. М.: Медицина, 1995, 352 с.

4.Гранов А.М., Полысалов В.И. Гемангиомы печени. СПб: Гиппократ, 2002, 176 с.

5.Кармазановский Г.Г., Вилявин М.Ю., Никитаев Н.С. КТ печени и желчных путей. М.: «Паганель-Бук», 1997, 366 с.

6.Медведева Б.М. Возможности РКТ и МРТ в диагностике метастатического поражения печени // Практ. онкология, 2008, № 4, с. 194-196.

7.Яценко Т.Г. Сравнительная оценка методов диагностики новообразований печени. Дисс.... канд. мед. Наук. Уфа, 2003, 154 с.

8.Baert A.L., Rigauts H., Marshal G. Diagnosis of liver tumor with ultrasound, computed tomography and magnetic resonance imaging // Gastrointestinal and Urogenital Radiology, 1991, (Merit communications). p.196-221.

9.Minro C.L. Computer tomoqraphy of the liver // Radiology, 1981, v.3, p. 73-79

10.Schreve R. H., Terpstra O.T., Ausema L. et al. Detection of the liver metastases. A prospective study comparing liver enzymes, scintigraphy, ultrasonography and computer tomography // Br J Surg 1984, v.71, p.947- 949.

Резюме

Диагностика злокачественных и доброкачественных новообразований печени методом компьютерной томографии

А.С.Асадов

Целью исследования явилось усовершенствование методов диагностики злокачественных, доброкачественных и метастатических опухолей печени на основании результатов компьютерной томографии. Была проведена КТ-обследование 16 больных с первичным раком печени, которое, выявило гепатоцеллюлярную карциному у 14 больных и холангиоцеллюлярную карциному у 2 больных. При этом у 9 больных КТ проводили на фоне введения контрастного вещества, что позволяет отдифференцировать гепатоцеллюлярную карциному от холангиоцеллюлярной. Так как холангиоцеллюлярная карцинома повреждает в большей степени центральную часть печени, эта область остается интактной и при этом наблюдается расширение желчных протоков в печени. Многочисленные очаги повреждения, обнаружение образований с однородной структурой и нечеткими контурами, можно считать КТ – признаками метастатических поражений печени. В ходе работы нами было проведено КТ-обследование 31 из 38 больных с гемангиомой печени. При этом гемангиомы выявлялись в виде однородных, гиподенсных образований с четкими контурами и овальной формой. Таким образом, КТ позволяет обнаруживать образования с размером более 1 см, однако идентичность КТ-изображений, характерная для опухолей печени, в некоторых случаях

затрудняет их дифференциальную диагностику. Меньшая плотность опухоли на 15-20 единиц Хаунсфильда по сравнению с плотностью печени, хотя и позволяет ее выявить, но этого недостаточно для ее нозологической диагностики.

Summary

Diagnosis of malignant and benign liver tumors by computed tomography

A.S.Asadov

The aim of the study was to improve methods for diagnosing malignant, benign and metastatic tumors of the liver on the basis of computed tomography. CT examination was conducted of 16 patients with primary liver cancer, which revealed hepatocellular kartsionomu 14 patients and cholangiocellular carcinoma in 2 patients. While 9 patients CT was performed during injection of contrast media, which allows to differentiate hepatocellular carcinoma from cholangiocellular. Since cholangiocellular carcinoma largely damages the central portion of the liver, this domain remains intact and is thus observed expansion of the bile ducts within the liver. Numerous lesions, detection formations with a homogeneous structure and indistinct contours can be considered CT signs of metastatic lesions of the liver. During the work we have carried out CT examination 31 of 38 patients with hemangioma of the liver. At the same hemangioma detected in the form of homogeneous, hypodense formations with precise contours and oval shape. Thus, CT can detect the formation larger than 1 sm, but the identity of CT images, which is characteristic for liver tumors, in some cases, their differential diagnosis difficult. Smaller density of tumor 15-20 Hounsfield units compared with the density of the liver, although it allows to identify, but it is not enough for her nosological diagnosis.

Daxil olub: 27.09.2013

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ УРОНЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

С.Т. Валиева, А.И. Гасанов, М.С.Караханова

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования врачей им. А.Алиева, кафедра педиатрии, Баку

Açar sözlər: uronefroloji xəstəliklər, uşaqlar, müayinələr

Ключевые слова: уронефрологические заболевания, дети, исследования

Key words: uro-nephrology diseases, children, researc

Сокращение репродуктивного потенциала населения стало характеристикой современной рождаемости в Азербайджане. Только за последние 10 лет в нашей стране открылось несколько крупных центров экстракорпорального оплодотворения. Одной из причин этого является снижение естественной фертильности, происходящее из-за увеличения доли бесплодия в детородном возрасте, причем мужское бесплодие составляет более 40%, женское – более 35%. По данным официальной медицинской статистики в последние годы в структуре бесплодия возрастает удельный вес нарушений репродуктивной функции, обнаруженных уже в детском возрасте и не связанных с издержками половой жизни [1,2].

В законопроекте "Об обязательной диспансеризации детей", обсуждаемом на заседании комитета по социальной политике Милли Меджлиса (Парламента) Азербайджана от 25 января 2013 года, отмечено, что в Азербайджане раз в год будет проводиться принудительная диспансеризация детей. Служба охраны репродуктивного здоровья в нашей стране еще не сформирована, чтобы курировать детское население в этом аспекте. Педиатрия как таковая долгое время не предполагала наличия специалистов репродуктивной медицины. Во времена СССР с 1970-х гг. был утвержден штат детского гинеколога, но в нашей стране посещение этих специалистов населением так и не стало популярным в силу особенностей нашего менталитета. Андролог же как специалист по мужским болезням традиционно считался «взрослым» доктором. Таким образом, все бремя по выявлению заболеваний мочеполовой системы (уронефрологической патологии включительно) в детском возрасте и дальнейшей тактике, вкючая лечение и диспансеризацию прерогатива педиатров. Среди уронефрологической патологии, активно выявляемой во время диспансеризации, наиболее частыми являлись: пороки развития мочевыделительной системы; инфекции мочевых путей; патология репродуктивной системы у девочек; патология наружных половых органов у мальчиков.

Цель работы. Получение объективной информации об уронефрологической заболеваемости среди детей раннего возраста в некоторых районах Азербайджана.

Материалы и методы. Исследование проводилось с июня по сентябрь 2013 года в трех районах Азербайджана: Исмаиллинском, Нефтечалинском и Акстафинском, которые нами были обозначены как 1, 2 и 3 кластеры соответственно. Исследование было организовано следующим образом: при поддержке главных врачей Центральных Городских Больниц соответствующих областей были созданы рабочие группы из 3 – 4 человек, состоящие в сельских больницах из врача и 2-3 медицинских сестер, а в сельских медицинских пунктах из фельдшера и медицинских сестер. В Исмаиллинским районе было организовано 8 рабочих групп, в Нефтчалинском районе 5 и Акстафинском 7. В некоторых отдаленных горных деревнях соответствующих районов организационную помощь оказывали местные органы власти. С каждой группой проводились специальные тренинги и инструктаж по проведению интервью матерей, анкетированию и обследованию детей. В задачи каждой рабочей группы входило создание списка всех детей от 1 до 60 месяцев (5 лет), организацию их прибытия на обследование, помощь в проведении интервью с матерями и заполнении анкеты.

Нами проведено анкетирование 1287 матерей, обследование их детей и анализ информации содержащейся в истории развития ребенка (форма №112/у). Опрос матерей проводили на основании специальной анкеты, содержащей 150 вопросов.

Для проведения статистического анализа была сформирована электронная база данных в программе Microsoft Exell. Перед внесением информации по анкетированию в базу данных была проведена проверка анкет на полноту и правильность их заполнения. Были обнаружены 4 анкеты, заполненные с нарушением предписаний, а также содержащие неполные данные, эти анкеты не были включены в статистическую обработку. Таким образом, статистически обработано 1283 анкеты.

Анализ данных проводили с использование пакета «Статистика» в программе Mikrosoft Exell, достоверность данных рассчитывали с использованием дисперсионного анализа в статистической программе «Биостат».

Распределение исследуемой группы детей по возрасту и полу показано в таблице 1.

Таблица 1

Характер распределения детей по возрасту и полу в исследуемых регионах Азербайджанской Республики

Возраст в месяцах	1 кластер		2 кластер		3 кластер		Всего	
	М	Д	М	Д	М	Д	М	Д
(0-5)	21	15	29	31	22	22	72	68
(6-11)	28	27	32	30	36	30	96	87
(12-23)	45	28	70	43	62	53	177	124
(24-35)	42	44	64	31	47	48	153	123
(36-47)	55	57	46	44	38	52	139	153
(48-60)	11	9	15	12	25	19	51	40
Всего(0-60)	**202**	**180**	**256**	**191**	**230**	**224**	**688**	**595**

Результаты и обсуждение: В нашем исследовании среди 1283 детей от 1 месяца до 5 лет мочеполовая (уронефрологическая) патология была обнаружена у 55 детей (4,3%). Из них 14 девочек и 41 мальчик. Структура выявленной патологии представлена в диаграмме 1.

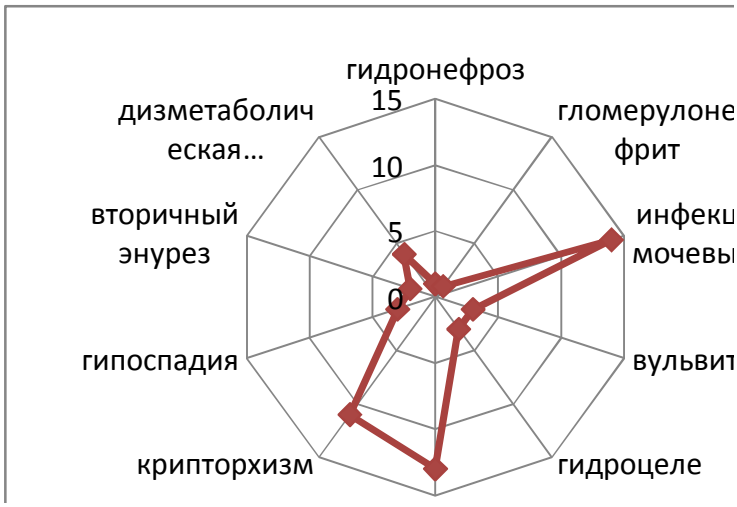


Рис. 1. Структура выявленной мочеполовой патологии у детей до 5 лет

Прежде чем приступить к более подробному анализу, следует отметить, что даже имеющиеся ограниченные статистические данные в нашей стране об уронефрологической заболеваемости у детей очень занижены по сравнению со странами исповедующими христианство. Связано это с тем, что при многих патологиях у мальчиков, таких как баланит, синехии крайней плоти, фимоз, родители данное состояние не лечат, зачастую даже не обращаются к врачам и проводят процедуру обрезания крайней плоти. Поэтому в настоящей работе мы представляем анализ имеющихся данных и пытаемся очертить перспективы развития с целью использования их в дальнейшем.

Известно, что для своевременной диагностики пороков развития мочевых путей важна антенатальная диагностика таких состояний как гидронефроз, мегауретер, пиелоэктазия, поликистоз. При подозрении на урологическую патологию УЗИ почек и мочевого пузыря с допплерографией должны проводиться в первые 7-14 дней жизни, а консультация специалиста уролога – андролога и нефролога необходимо проводить не позднее 1 месяца жизни ребенка. В нашем исследовании ни в одном случае не была выявлена уронефрологическая патология на антенатальном этапе. Среди обследуемых нами детей у 1 ребенка в возрасте 4 месяцев был диагностирован гидронефроз, гломерулонефрит был диагностирован у 1 ребенка, который находился под диспансерным наблюдением нефролога в г. Баку, инфекция мочевой системы (ИМС) отмечалась у 14 детей, причем. ни в одном случае, матери не имели информацию о спектре высеянной из мочи микрофлоры, дети не находились под постоянным наблюдением уронефролога и лечение получали эпизодически у разных врачей.

Следует особо подчеркнуть, что введение в рацион детей первого полугодия жизни неадаптированных кисломолочных смесей может вызвать нарушения азотистого метаболизма, кислотно-щелочного равновесия и является фактором риска возникновения заболеваний почек и желудочно-кишечного тракта. В связи с этим специализированные неадаптированные кисломолочные смеси (детский кефир), предназначенные для детского питания, можно вводить в питание детей, находящихся на грудном вскармливании, не ранее 8 месяцев жизни. Более раннее (с 6 месяцев) введение в рацион детского кефира возможно лишь по индивидуальным показаниям (например, при необходимости коррекции двигательной функции кишечника или кишечного микробиоценоза) [3]. В нашем исследовании у 4 детей кефир вводился в рацион с 5 месячного возраста, что противоречит мнению исследователей о том, что средний возраст введения кефира 9,4 месяца, и может рассматриваться как фактор развития заболеваний почек у этих детей.

Среди патологии репродуктивной сферы у девочек в 3 случаях диагностирован вульвит: у 2-х - в возрасте 7 и 10 месяцев и у 1 девочки - в возрасте 2 года. У всех девочек заболевание было в острой стадии. Наблюдалась гиперемия вульвы без четких границ, отек малых половых губ, желтоватый липкий налет, беспокойство, жжение и болезненность при мочеиспускание. Нужно отметить, что часто педиатры не занимаются лечением этого состояния и

перенаправляют таких больных к уронефрологу. Известно, что вульвиты у девочек младшего возраста чаще вызваны условно-патогенной микрофлорой. Это организмы, которые в норме присутствуют во влагалище ребенка, но при определенных условиях (например, ослаблении иммунитета) приобретают патогенность. К таковым относятся стафилококк, стрептококк, кишечная палочка, энтерококк и другие. Ослаблению иммунитета способствуют частые респираторные заболевания, ангины, детские инфекции, заболевания мочевыводящих путей, дисбактериоз кишечника, нерациональная антибиотикотерапия. При наличии вульвита необходимо также обследовать ребенка на наличие остриц и сдать общий анализ мочи, провести УЗИ почек. В случае, если другой сопутствующей патологии не выявлено, необходимо проводить лечение: санацию влагалища антисептиками – фурациллин, мирамистин 0,01%, тантум роза, отвары ромашки, шалфея, коры дуба [4].

Среди патологии наружных половых органов у мальчиков наиболее распространенной является гидроцеле – скопление жидкости между оболочками яичек. Причина гидроцеле является аномалия облитерации вагинального отростка брюшины. Клинически гидроцеле проявляется опухолевидным образованием в паховой области, увеличением размеров одной половины мошонки, при сообщающейся водянке в горизонтальном положении опухолевидное образование заметно уменьшается. Рекомендации в этих случаях заключаются в следующем: если водянка не напряженная, не вызывает беспокойства у ребенка и нет выраженного косметического дефекта, то показано динамическое наблюдение до 1,5 – 2 лет, поскольку за это время может произойти облитерация вагинального отростка. В остальных случаях лечение оперативное. Среди исследуемых нами детей гидроцеле - диагностировано у 3-х пациентов. Среди них 1 мальчику было 2,5 года, двум другим – 10 месяцев.

Пахомашоночная грыжа (ПМГ) была обнаружена у 13 пациентов с первых месяцев жизни. Причиной является незаращение вагинального отростка брюшины. Клинически при крике происходило увеличение асимметрии в паховой области, а в покое уменьшалась или исчезала совсем. Вправление содержимого в кишечную полость происходило с характерным урчанием. На ультразвуковом исследовании у всех пациентов определено наличие петель кишки. Несмотря на то, что лечение пахово-мошоночной грыжи оперативное и осуществляется сразу после установления диагноза, среди наших пациентов прооперировано было только 2 ребенка и это при том, что средний возраст детей составлял 2 года.

Наиболее частой уронефрологичкской патологией является крипторхизм. Это аномалия развития, необычное расположение яичка, которое остановилось на пути миграции или уклонилось в продвижении от предназначенного места в мошонке. Крипторхизм может привести к гипогонадизму, бесплодию и импотенции. Среди наших пациентов крипторхизм наблюдался у 11 мальчиков. Во всех случаях это был истинный крипторхизм, со слов матерей при воздействии тепла в расслабленном состоянии яичко самостоятельно не опускалось в мошонку. У 5 мальчиков крипторхизм был односторонний, в 6 случаях - двухсторонний. Ни в одном случае нами не была выявлена эктопия яичка. Как правило, лечение крипторхизма необходимо проводить от 6 месяцев до 2-х лет до возникновения дегенеративных изменений. В нашем исследовании крипторхизм отмечался у 3-х мальчиков в возрасте 4-х лет, что свидетельствует о несвоевременным (позднем) лечении, что в свою очередь, может способствовать развитию осложнений и патологии репродуктивной сферы..

Известно, что причина гипоспадии – дефицит мужских половых гормонов, генетические и хромосомные мутации. В нашем исследовании гипоспадия была обнаружена: у 3 детей – врожденное недоразвитие уретры, и у одного ребенка удвоение уретры с двумя отверстиями мочеиспускательного канала. Во всех случаях была рекомендована консультация с генетиком. Лечение таких случаев заболеваний только оперативное.

У 2 девочек мы диагностировали вторичный энурез. Как известно, вторичный энурез это психосоматическое расстройство, которое может возникнуть под влиянием стресса. У обеих девочек родители были в бракоразводном процессе, что и послужило причиной развития болезни.

Таким образом, знание факторов, влияющих на репродуктивное здоровье является первым шагом на пути его сохранения. Своевременное выявление, диагностика и лечение уронефрологических заболеваний в раннем детском возрасте, позволят минимизировать отрицательное влияние этих процессов на репродуктивное здоровье. В целом, забота о своем

здоровье, в том числе его составляющей - репродуктивном здоровье, должна стать нормой и культурой поведения каждого человека и всего общества.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коколина В.Ф., Мамедова У.К., Баринова А.М. Диспансеризация и распространенность гинекологических заболеваний у девочек и подростков Дагестана // Репродуктивное здоровье детей и подростков, 2011, Т.36, с.18-24.
2. Сайт ВОЗ. Библиотека репродуктивного здоровья. http://apps.who.int/rhl/ru/index.html\
3. .Конь И.Я., Шевелева С.А., Кузнецова Г.Г. и др. Место пробиотических продуктов в лечении функциональных заболеваний кишечника у детей // Вопросы современной педиатрии, 2005, № 5. Т.4, с.73–76.
4. Захарова И.Н., Коровина Н.А., Творогова Т.М. Вульвовагиниты в детском и подростковом возрасте. М., 2008, 56 с.

Xülasə

Erkən yaşlı uşaqlarda uronefroloji xəsətəliklərin aşkarlanması müayinələrin nəticələri

S.T. Vəliyeva, A.İ. Həsənov, M.S.Qaraxanova

Son illərin rəsmi tibbi statistikasına görə, sonsuzluq strukturunda cinsi həyatdakı fasilə ilə bağlı olmayan, hətta uşaq yaşlarından rast gəlinən reproduktiv funksiyanın pozulmasının xüsusi çəkisi artmaqdadır. Uronefroloji xəstələnmələr haqqında obyektiv məlumat almaq məqsədilə 1287 anad arasında sorğu aparılmış, onların uşaqları müayinə edilmiş və uşağın inkişafı tarixindəki məlumatlar təhlil edilmişdir. Analar arasında sorğular uşaqların fiziki inkişafı ilə bağlı 150 sualdan ibarət, xüsusi anketlərlə aparılmışdır. Sorğuların təhlili göstərdi ki, müayinə olunanların 4%-i uronefroloji xəstəliyi olanlar təşkil edir, onların da böyük hissəssini reproduktiv sisteminin xəstələnmələri təşkil edir. Beləliklə, uronefroloji xəsətəliklərin vaxtında aşkar edilməsi, diaqnostikası və erkən yaşda müalicəsi reproduktiv sağlamlığa göstərilən mənfi təsiri azaltmağa imkan verir.

Summary

Results of a study to identify uronephrological diseases among early age child

S.T. Valiyeva, A.I. Hasanov, M.S.Garakhanova

Due to the official medical stat in the last year of the childless structure the number of reproductive disfunction which met from the years and not connected with delayed sexual life, is increasing. In order to get objective information about uronephrological diseases, the questionnaire and examination was held among 1287 mother and children and the materials from the history of child growth were analyzed. The questionnaire was held consisting of 150 questions, about the child physical grow and special forms. The analyse of the questioning should that 4% of the examined belongs to the children with uronephrological diseases, the greatest part of which is reproductive system diseases. Thus, definition and diagnosis of the uronephrological diseases treatment in the early ages will minimize negative impact of these processes to the reproductive health.

Daxil olub: 28.05.2013

ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДЫ НА ТЕЧЕНИЕ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЖЕНЩИН-РАБОТНИЦ АВИАРЕМОНТНОГО ПРЕДПРИЯТИЯ

М.Н.Мамедова

Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку

Açar sözlər: qadınlar, aviatəmir müəssisəsi, istehsalat faktorları, ginekoloji xəstəliklər.
Ключевые слова: женщины, авиаремонтное предприятие, производственные факторы, гинекологические заболевания
Keywords: women, aircraft repair enterprise, production factors, gynecologic diseases.

Репродуктивные нарушения у женщин, осуществляющих профессиональную деятельность во вредных условиях, проявляются более выраженной степенью тяжести течения процесса и сочетанностью с множественной экстрагенитальной патологией [1]. Известно, что женщины, чья работа связана с производственной вредностью: интоксикацией организма, тяжелым физическим трудом, неблагоприятным микроклиматом входят в группу риска по акушерской патологии, в частности, по невынашиванию беременности и гинекологическим заболеваниям [2,3,4]. В этом аспекте изучение и оценка репродуктивной функции у работниц

авиаремонтного предприятия являются актуальными и способствуют разработке эффективных оздоровительных мероприятий.

Целью проведения настоящего исследования явилось изучение гинекологической заболеваемости у женщин-работниц авиаремонтного предприятия.

Материалы и методы исследования. Для выявления наиболее значимых факторов риска патологии репродуктивной сферы было проведено медико-социологическое анкетирование и врачебное обследование 110 женщин-работниц Гянджинского авиаремонтного завода в возрасте от 20 до 49 лет (средний возраст 34,4±2,3 года). Контрольную группу составили 50 здоровых женщин (средний возраст 32,3±3,1 года), не работающих в условиях данного предприятия. В зависимости от стажа работы на предприятии были выделены 3 группы женщин: со стажем работы до 5 лет; со стажем работы от 6 до 10 лет и со стажем работы более 10 лет.

Программа обследования включала анкетирование, гинекологический осмотр, ультразвуковое исследование органов малого таза и молочных желез, исследование клинического анализа крови, общего анализа мочи, PAP-тест мазков из заднего свода влагалища, тесты функциональной диагностики, в том числе измерение базальной температуры.

Результаты, полученные в процессе исследования, обрабатывались методом математической статистики при помощи компьютерного пакета обработки данных «STATISTICA 6,0» для работы в среде Windows.

Результаты и обсуждение. Репродуктивный анамнез обследованных работниц характеризовался высокой частотой воспалительных заболеваний влагалища, шейки матки и верхних отделов полового тракта. При этом наблюдалась выраженная тенденция к рецидивирующему хроническому течению воспалительных гинекологических заболеваний, что свидетельствует о негативном влиянии производственных факторов на репродуктивную сферу женщин.

Анализ полученных результатов показал, что в группе женщин со стажем работы до 5 лет нарушение менструального цикла отмечалось у 3 (4,5%) из 66 обследованных женщин в возрасте 20-39 лет. Данные нарушения характеризовались обильными, длительными менструациями, а также могли появляться два раза в месяц. При стаже работы 6-10 лет нарушение менструального цикла было отмечено у 7 (10,6%) женщин. Среди данных нарушений отмечались меноррагии, обильные и длительные менструации, редкие менструации. Эти нарушения наблюдались на протяжении от 1 года до 8 лет. У 14 (21,2%) женщин со стажем работы более 10 лет наблюдались следующие нарушения менструального цикла: аменорея в течение нескольких лет, а также наличие обильных, длительных менструаций. Как видно из полученных результатов, частота нарушений менструальной функции возрастала пропорционально производственному стажу: до 5 лет – 4,5%, 6-10 лет – 10,6%, более 10 лет – 21,2%.

При изучении гинекологического анамнеза нами было установлено, что большинство обследованных женщин страдали различными заболеваниями половой сферы. При этом, гинекологическая патология в основной группе отмечалась у 81 (73,6%) женщины, в контрольной – у 17 (34,0%), т.е. встречалась в 2,2 раза чаще. Около половины женщин основной группы (35 женщин из 81 – 43,2%) указывали на длительность течения того или иного гинекологического заболевания более 3-х лет. Длительность гинекологической патологии свыше 3-х лет отмечалась у 35,3% (6 женщин из 17) контрольной группы.

Необходимо отметить, что у 57 (70,4%) женщин основной группы и у 6 (35,3%) – контрольной группы наблюдалась сочетанная гинекологическая патология. В основной группе женщин в 14 (17,3%) случаях отмечались обострения хронических воспалительных заболеваний и железисто-кистозная гиперплазия. В контрольной группе в 4 (23,5%) случаях отмечались обострения хронических воспалительных заболеваний органов малого таза, в 2 (11,8%) случаях – гиперпластические изменения эндометрия и миометрия.

Данные ультрасонографии, полученные при обследовании органов малого таза, выявили наличие органических изменений, что подтверждает развитие воспалительных заболеваний и доброкачественных новообразований внутренних половых органов. Так, увеличение размеров матки было зафиксировано у 43 (39,1%) женщин основной группы и у 7 (14,0%) – контрольной

группы; наличие гипер- и гипоэхогенности – у 29 (26,4%) и 2 (4,0%) женщин соответственно ($p<0,05$).

С целью исследования слизистой оболочки влагалищной части шейки матки, области наружного зева цервикального канала, а также влагалища всем обследованным женщинам была проведена расширенная кольпоскопия. Нормальная кольпоскопическая картина отмечалась у 35,4% женщин основной группы и 54,0% – контрольной группы ($p<0,05$).

Анализ кольпоскопической женщин-работниц авиаремонтного предприятия показал, что у них встречались такие кольпоскопические образования, как йод-негативные зоны в виде частичного и неравномерного поглощения раствора Люголя – у 12 (16,9%), лейкоплакия – у 13 (18,3%), мозаика – у 8 (11,3%), пунктация – у 10 (14,1%), ацетобелый эпителий – у 14 (19,7%), атипические зоны трансформации - у 10 (14,1%), атипические сосуды – у 11 (15,5%). Картина неспецифического воспаления наблюдалась у 14 (12,7%) женщин, кондиломы различной формы отмечались у 10 (9,1%) обследованных. В контрольной группе изменения кольпоскопической картины коснулись 23 (46,0%) женщин.

Всем обследуемым женщинам с ненормальной кольпоскопической картиной проводилось взятие материала на цитологическое исследование (PAP-тест). Следует отметить, что при оценке цитологических показателей, у женщин основной группы умеренные изменения клеток эпителия были выявлены у 34 (47,9%), значительные изменения – у 37 (52,1%). У женщин контрольной группы – у 15 (65,2%) и 8 (34,8%) соответственно. Анализ цитологического исследования полученных мазков показал, что ни в одном случае не отмечалась «цитограмма без особенностей» (цитограмма I типа). Воспалительный тип мазка (цитограмма II типа) был отмечен у 66 (93,0%) женщин основной и 22 (95,7%) – контрольной группы. Цитограмма III типа (дисплазия) наблюдалась соответственно у 5 (7,0%) и 1 (4,3%) женщин.

При сборе анамнестических данных на патологию молочной железы указывали 55 (50,0%) женщин основной группы и 12 (24,0%) – контрольной группы ($p<0,05$). Однако, пальпаторно диффузные изменения были обнаружены лишь у 40 (36,4%) и 9 (18,0%) женщин соответственно ($p>0,05$).

При проведении эхографического исследования различные патологические изменения молочной железы, такие, как кисты и расширенные протоки были зафиксированы у 18 (16,4%) женщин основной и у 4 (8,0%)- контрольной группы ($p>0,05$). Так, в основной группе диффузной фиброзно-кистозной мастопатией страдали 18 (16,4%) женщин, различные кисты отмечались у 18 (16,4%), фиброаденоз- у 4 (3,6%) обследованных. В контрольной группе диффузные фиброзно-кистозные образования молочной железы встречались у 4 (8,0%), узловые - у 5 (10,0%) женщин ($p>0,05$).

Среди гинекологических заболеваний у работниц ведущих профессий авиаремонтного предприятия основную долю составили воспалительные заболевания органов малого таза – у 58 (57,2%) женщин, которые были представлены как воспалительными процессами репродуктивных органов и рецидивирующими влагалищными инфекциями, так и острыми гнойными воспалительными заболеваниями матки и придатков. Среди обследованных женщин контрольной группы воспалительные заболевания органов малого таза были диагностированы у 12 (24,0%) пациенток.

Среди женщин основной группы хронический эндометрит был выявлен у 3 (2,7%), хронический сальпингоофорит- у 16 (14,6%), острый сальпингоофорит или обострение хронического сальпингоофорита – у 4 (3,6%), эндоцервициты - у 28 (25,4%), вагинит (острый и подострый)- у 42 (38,2%), вульвовагинальный кандидоз - у 22 (20,0%), бактериальный вагиноз- у 16 (14,6%) пациенток. В контрольной группе соответственно хронический эндометрит был выявлен у 1 (2,0%) женщины, хронический сальпингоофорит- у 3 (6,0%), острый сальпингоофорит или обострение хронического сальпингоофорита- у 1 (2,0%), эндоцервициты- у 8 (16,0%), острый и подострый вагинит- у 10 (20,0%), бактериальный вагиноз- у 2 (4,0%) женщин (рисунок 1).

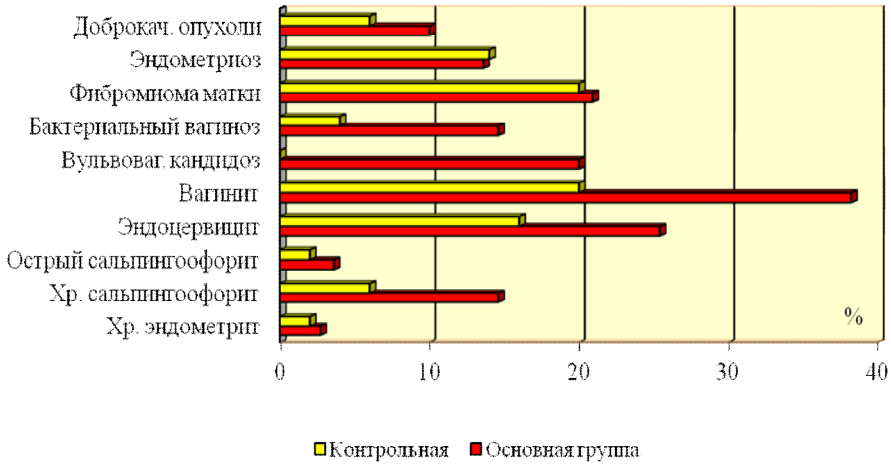


Рис. 1. Характер ведущей гинекологической патологии у женщин основной и контрольной группы

На втором месте по распространенности стояли различные гиперпластические заболевания женских половых органов, среди которых фибромиома матки была диагностирована в 23(20,9%) случаях в основной группе и в 10(20,0%)- в контрольной группе. Эндометриоз встречался у 15(13,6%) женщин основной и у 7(14,0%)- контрольной группы. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников- у 11(10,0%) женщин основной и 3 (6,0%) женщин контрольной группы.

Вторичное бесплодие, обусловленное воспалительными заболеваниями, было выявлено у 4 (3,6%) женщин основной группы, в контрольной группе случаи вторичного бесплодия не отмечались. Неправильное положение матки (ретрофлексия матки) было выявлено у 33(30,0%) женщин основной группы и у 7(14,0%) женщин контрольной группы ($p<0,05$). Ретрофлексия матки преимущественно отмечалась у работниц швейного цеха, что, по-видимому, связано с сидячим образом работы.

Тесты функциональной диагностики, указывающие на снижение функции яичников, и измерение базальной температуры позволили выявить гипофункцию яичников у 27 из 66 женщин в возрасте 20-39 лет (40,9%) и у 8 из 33 женщин того же возраста (24,2%), соответственно в основной и контрольной группе наблюдения ($p<0,05$).

Таким образом, у всех обследованных женщин, вне зависимости от стажа работы на предприятии, в структуре гинекологической патологии превалировали воспалительные заболевания органов малого таза. При этом различные заболевания женских половых органов у работниц авиаремонтного предприятия начинают наблюдаться после 5 лет работы на заводе, т.е. с увеличением стажа работы риск возникновения гинекологической патологии растет. Отягощенный гинекологический анамнез женщин-работниц авиаремонтного предприятия свидетельствует о негативном влиянии производственных факторов на систему репродукции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лозовая Е.В., Гайнуллина М.К., Каримова Л.К. Горно-обогатительные фабрики - фактор риска развития нарушений репродуктивного здоровья работниц // Медицинский вестник Башкортостана, 2001, №3, с.8-11

2. Измеров Н.Ф., Сивочалова О.В. Профессиональная обусловленность нарушений репродуктивного здоровья работников различных отраслей экономики // Бюллетень Научного совета «Медико-экологические проблемы работающих», 2006, №4, с.10-14.

3. Тажиева А.Е. Оценка гинекологической заболеваемости работниц промышленных предприятий республики Казахстан // Журнал акушерства и женских болезней, 2008, №1, с.92-99.

4. Якупова А.Х., Бакиров А.Б. Влияние условий труда на репродуктивное здоровье работниц производства органического синтеза // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН, 2010, №4, с.69-72.

Xülasə

Aviatəmir zavodunda işləyən qadınların ginekoloji xəstəliklərinin gedişatına və yayılmasına zərərli istehsalat faktorlarının təsiri

M.N. Məmmədova

Reproduktiv patologiyaların risk faktorlarını aşkar etmək məqsədilə Gəncə şəhəri Aviatəmir zavodunda işləyən yaşı 20-49 arasında olan 110 nəfər qadına tibbi-sosial anketləşmə və həkim (ginekoloq) müayinələri aparılmışdır. Müşahidə qrupuna aid olan qadınların reproduktiv anamnezi uşaqlıq yolunun, uşaqlıq boynunun və cinsi traktın yuxarı şöbələrinin iltihabi xəstəliklərinin tez-tez rast gəlməsi ilə xarakterizə olmuşdur. Eyni zamanda residivləşən, xroniki gedişatlı ginekoloji xəstəliklərin nəzərə carpan tendensiyası müşahidə olunmuşdur ki, bu da reproduktiv sağlamlığa istehsalat faktorlarının neqativ təsirinin mövcudluğunu təsdiqləyir. Aviatəmir zavodunda işləyən və müşahidə qrupuna aid olan qadınların 58 (57.2)%-də ginekoloji xəstəliklərin əsasını kiçik çanaq orqanlarının iltihabi prosesləri təşkil etmişdir ki, bunlara reproduktiv orqanların, uşaqlıq yollarının residivləşən infeksiyaları ilə yanaşı, uşaqlıq və onun artımlarının kəskin iltihabi xəstəlikləri də aid olunmuşdur.

Beləliklə, Aviatəmir müəssisəsində işləyən qadınlarin ağırlaşmış ginekoloji anamnezi istehsalat faktorlarının reproduktiv sağlamlığa neqativ təsir etdiyini sübut edir.

Summary

Influence of the production environment adverse factors on the course and prevalence of gynecologic diseases among the female workers of the aircraft repair enterprise

M.N.Mammadova

To identify the most significant risk factors of the reproductive sphere pathology was carried out the medical-sociological survey and medical examination of 110 female workers of Ganja Aircraft Repair Plant aged from 20 till 49 years. The reproductive anamnesis of the surveyed female workers was characterized by the high frequency of inflammatory diseases of a vagina, a neck of a uterus and upper divisions of genital tract. At the same time was observed the expressed tendency to the recurrent chronic course of inflammatory gynecologic diseases that indicates the negative influence of production factors on the reproductive sphere of women. Among gynecologic diseases of leading professions female workers at the aircraft repair enterprise the main share made up the inflammatory diseases of bodies of pelvic- at 58 (57,2%) of cases which were presented as inflammatory processes of reproductive organs and recurrent vaginal infections, and sharp purulent inflammatory diseases of a uterus and appendages. The burdened gynecologic anamnesis of female workers of the aircraft repair enterprise indicates negative influence of production factors on reproduction system.

Daxil olub: 12.07.2013

ВЛИЯНИЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК НА РЕГЕНЕРАТОРНУЮ АКТИВНОСТЬ ПЕЧЕНИ ПРИ ЦИРРОТИЧЕСКОМ ЕЕ ПОРАЖЕНИИ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Р.Э.Джафарли

Азербайджанский Медицинский Университет, Баку;

Международный центр биотехнологий «Биостэм», Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака, Донецк, Украина

Açar sözlər: Qaraciyər sirrozu, mezenximal kök hüceyrələri, transplantasiya, müalicə

Ключевые слова: цирроз печени, мезенхимальные стволовые клетки, трансплантация, лечение.

Key words: cirrhosis of the liver mesenchymal stem cell transplantation treatment.

Как известно цирроз печени (ЦП) является хроническим прогрессирующим заболеванием, которое сопровождается фибротической и регенераторной перестройкой паренхимы органа, печеночно-клеточной недостаточностью и постепенным развитием портальной гипертензии [1].

Утраченные свои функции гепатоциты в отличии от других видов клеток способны к регенерации. Однако под воздействием различных повреждающих факторов (особенно при хроническом течении заболевания) процессы репарации в паренхиме печени замедляются,

результатом чего структура последней постепенно перестраивается и замещается фиброзной [2,3].

В настоящее время известно множество способов стимуляции регенерации печени при цирротическом ее поражении [4]. Несмотря на достигнутые успехи, зачастую положительные результаты носят кратковременный характер. По литературным данным, если средняя продолжительность жизни больных при компенсированной стадии ЦП составляет 10 лет, то при декомпенсированной не более 2 лет [3].

На сегодняшний день сравнительно радикальным методом лечения ЦП является трансплантация печени [1]. Высокая частота встречаемости, тяжелое течение заболевания, ограниченное количество донорских органов, а также материальные и технические моменты являются основными причинами невозможности осуществления в соответствующих масштабах пересадки органа.

Указанные выше обстоятельства послужили причиной поиска наиболее эффективных и доступных способов лечения, позволяющих ускоренно стимулировать процессы регенерации в печеночной паренхиме при цирротическом ее поражении.

В этой связи большой интерес представляют эффекты клеточной терапии, которые считаются альтернативой органной трансплантации [4]. Предпосылкой использования при лечении ряда заболеваний стволовых клеток (СК) явились раскрытые уникальные их свойства стимулировать регенерацию в пораженных тканях [5].

Основным источником стволовых клеток в организме является костный мозг, способный генерировать клетки-предшественники для большого числа тканей организма [6, 7]. В экспериментах на животных и в клинике была показана возможность стимуляции регенерации печени аутологическими СК костного мозга, аллогенными СК пуповинной крови, а также фетальными СК [5,6].

Полученные первые положительные результаты указывают на необходимость проведения дальнейших исследований направленных на разработку более эффективных способов трансплантации СК при ЦП.

Цель исследования: изучение эффективности сочетанной интраартериальной и интрапаренхиматозной аутотрансплантации мезенхимальных стволовых клеток на регенераторную активность печени при цирротическом ее поражении.

Материалы и методы исследования. Исследования были выполнены на базе международного центра клеточного культивирования (Biostem) Донецкого института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака (НАМН Украины) и научным исследовательским центром Азербайджанского Медицинского Университета.

В экспериментах использовали белых 56 крыс-самцов (Wistar) массой 150-180г. Возраст животных был не менее 3 месяцев.

Эксперименты на животных проводили в соответствии с правилами «Европейской конвенции защиты позвоночных животных, используемых в экспериментальных и других научных целях». ЦП моделировали путем подкожного введения тетрахлорметана (CCl_4) из расчета 0,4 мл/100г массы тела животного в виде 50% масляного раствора, дважды в неделю в течение 12 недель. Животных содержали в условиях вивария при свободном доступе к пище и воде на рационе питания, соответствующим нормативам. Момент формирования ЦП определяли по биохимическим (сывороточные АЛТ, АСТ, ЛДГ, альбумин), морфологическим (фиброз с формированием соединительнотканных септ и ложных долек, дистрофия и некроз гепатоцитов) и инструментальным (УЗИ) критериям (изменение эхоструктуры печени и нарушение портальной гемодинамики).

До начала стимуляции выхода стволовых кроветворных клеток из костного мозга в кровь всем животным под местной анестезией была проведена (перкутанно, под контролем УЗИ) биопсия печени. Морфологические результаты исследования проводились для осуществления сравнения и изучения эффективности проведенного лечения.

Забор стволовых клеток. Аутологические МСК костного мозга получали из бедренной кости [8]. Аспират костного мозга разбавляли раствором Хэнкса («Биолот», Россия) в соотношении 1:2/5. В центрифужные пробирки емкостью 50 мл наливали градиент плотности Histopaque 1077 (Sigma, США) из расчёта 1 мл градиента на 1 мл костного мозга. Разбавленный костный мозг наслаивали на градиент. Затем центрифугировали пробирку при комнатной

температуре в режиме 1800-2000 об/мин. в течение 30-40 минут. Собирали клетки интерфазы, содержащей МСК, в центрифужную пробирку объемом 15 мл с небольшим количеством раствора Хэнкса и ресуспендировали взвесь. Пробирку центрифугировали при 800-1000 об/мин. в течение 8-10 минут. Сливали надосадок, ресуспендировали осадок в растворе Хэнкса и дважды повторяли центрифугирование. Затем осадок смешивали с ростовой средой, содержащей DMEM/F12 (Sigma, США), 20% ЭТС («Биолот», Россия) и митогены. После этого взвесь высеивали на пластиковые флаконы площадью 75 $см^2$ (Nuclon, США) плотностью 1-2 х 10^5 /$см^2$ и помещали их в углекислотный инкубатор на 3 суток (37^0C; 5% CO_2). Затем меняли среду, параллельно удаляя не прикрепившиеся (гемопоэтические) клетки. В последующем замену среды осуществляли каждые 2 дня [8].

Для идентификации и характеристики мезенхимальных стволовых клеток учитывали основные критерии, рекомендованные Международным обществом клеточных технологий (ISCT) в 2006 году, которые использованы в нашей работе [8, 9]. Среди них: а) способность стволовых клеток к адгезии к пластику в стандартных условиях культивирования; б) наличие более чем у 95% клеточных элементов позитивных маркеров CD105 (эндоглин), CD73 (экто-5′-нуклеотидаза) и CD90 (антиген тимоцитов 1); в) наличие не более чем у 2 % клеток негативных маркеров CD45, CD34, CD14 или CD11b, CD79? или CD19, HLA-DR; г) способность клеточной линии к in vitro дифференцировке остеобласты и адипоциты.

Анализ выделенных клеток показал, что среднее содержание ядросодержаших мононуклеаров составило 1,0 х 10^6 в 1 мл.

Полученные стволовые клетки культивировали in vitro в среде IMDM с 10% ЭТС (Sigma, США), 2mM L-глутамина и 10^{-4} М 2-меркаптоэтанола [9]. Обязательным было исследование биоматериала на стерильность по отношению к возможной бактериальной, либо вирусной контаминации.

Для оценки жизнеспособности и подсчета МСК последние окрашивали 0,4% раствором трипанового синего после чего проводился подсчет их в камере Горяева под световым микроскопом. Коэффициент жизнеспособности оценивали подсчетом процента от общего количества клеток.

Трансплантация стволовых клеток: На сегодняшний день известно множество способов трансплантации стволовых клеток и обоснованы их преимущества. Мы предложили методику сочетанного внутриартериального (в общую печеночную артерию во время операции), а также внутрипаренхиматозного введения МСК в ткань печени под контролем УЗИ.

Перед трансплантацией животные были подвергнуты эфирному наркозу. Введение аутологических МСК в чревный ствол осуществляли лапаротомией однократно путем введения 1 мл взвеси МСК из расчета 2,0 х 10^6 на 100 г. массы животного. Интрапаренхиматозное введение МСК в печень осуществляли через неделю после операции перкутанно, при помощи УЗИ. При этом мы вводили взвесь стволовых клеток в объеме 0,5 мл на каждую долю печени в вышеуказанном расчете.

Гистоморфологические исследования: Биопсию из печени мы осуществляли до, а также на 8 неделе после трансплантации пункционным способом под контролем УЗИ.

Для проведения обзорной световой микроскопии материал фиксировали в 10% нейтральном формалине в течение 24 часов. Далее промывали в проточной воде в течение 2-3 ч, обезвоживали в спирте и заливали в парафин по стандартной методике. Парафиновые срезы толщиной 4-5 мкм наклеивали влажным способом на тщательно обезжиренные и прокаленные предметные стекла, покрытые тонким слоем яичного белка с глицерином для лучшей фиксации срезов на стекле.

На светооптическом уровне исследовали парафиновые срезы, окрашенные гематоксилином и эозином для оценки морфологии клеток, суданом-Ш для определения липидов и по Ван-Гизону для визуализации фиброзного процесса.

Для оценки выраженности патоморфологических изменений в печени был использован полуколичественный анализ определения индекса гистологической активности, известный также как «индекс Knodell».

Для оценки эффективности использования СК в лечении ЦП мы также использовали методы иммуногистохимической оценки:

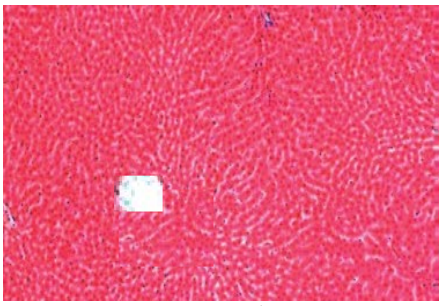
1) исследование пролиферативной активности клеток печени оценивали по наличию экспрессии ядерного антигена пролиферирующих клеток, Proliferating Cell Nuclear Antigen, PCNA);

2) для изучения эффективности трансплантации обязательным мы посчитали исследование активации миофибробластов на основе экспрессии альфа-гладкомышечного актина (α-SMA). α-SMA – является маркером миофибробластов, представляет собой белок гладкой мышцы, который в здоровой печени обнаруживается только в мышечных клетках сосудов печени. При хроническом повреждении печени происходит трансдифференцировка перисинусоидальных клеток печени в миофибробласты. Последние характеризуются усиленным синтезом коллагена, что приводит к прогрессированию фиброза. Появление α - SMA-позитивных миофибробластов, таким образом, приводит к отложению новых волокон коллагена и прогрессированию фиброза.

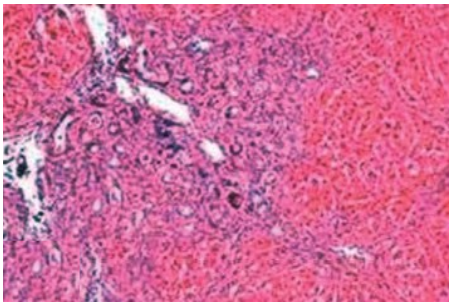
3) капилляризации синусоидов (по экспрессии CD34). CD34 – это гликопротеин, который находится на наружной поверхности мембраны эндотелиальных клеток и прогениторных кроветворных клеток. В частности, его используют при выделении стволовых кроветворных клеток в качестве их маркера. При морфологическом исследовании биоптатов CD34 интересовал нас как маркер эндотелия синусоидов печени. Дело в том, что эндотелий синусоидов печени отличается от эндотелия капилляров других органов. Во-первых, он фенестрированный, во-вторых, у него нет сплошной базальной мембраны, и в результате на мембране эндотелиальных клеток нет молекулы CD34. CD34 появляется в эндотелии синусоидов только при так называемой капилляризации последних. В этом случае в пространстве Диссе откладывается коллаген (перисинусоидальный фиброз), формируется подобие базальной мембраны и нарушается диффузия веществ из крови к гепатоцитам. Таким образом, появление CD34 в синусоидах позволяет судить о нарушении гемодинамики в синусоидах печени.

Результаты и обсуждение. Как видно из картины срезов (рис 1), полученных из биоматериала изъятого до трансплантации СК выявило наличие значительных структурных изменений паренхимы органа, характерные для экспериментального ЦП. Если в норме структура печени характеризуется четким радиальным расположением тяжей гепатоцитов вокруг центральных вен, то на гистологических срезах при ЦП наблюдалось ложнодольчатое строение органа с разрастанием соединительной ткани, дискомплексацией и массивной круглоклеточной инфильтрацией паренхимы. Гепатоциты проявляли признаки полиморфности, наряду с нормальными клеточными ядрами имелись ядра на разных стадиях дистрофии и некроза. Изредка в поле зрения попадали двуядерные клетки. Вокруг измененных гепатоцитов наблюдаются скопления нейтрофилов и лимфоцитов. Во многих клетках отмечалтся глыбчатый распад ядер.

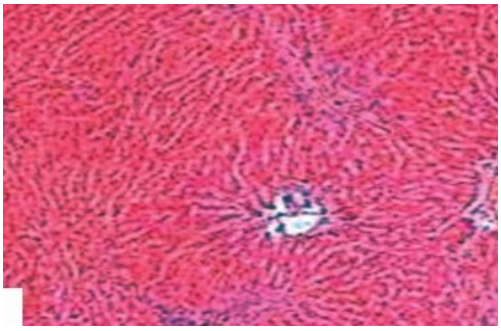
В препарате ткань печени с расширенными полнокровными центральными и воротными венами, перипортальный и внутридольковый некроз гепатоцигов. Портальные и перипортальные тракты с фиброзом разделяют ткань печени на ложные дольки, желчные капилляры с набухшим эндотелием, лимфоцитарная инфильтрация перипортальных трактов.



А



Б



В

Рис. 1. Гистологические срезы печени крыс в норме [А], с экспериментальным ЦП [Б] и в динамике на 8 неделе лечения аутологическими МСК (рис. В). Окрашивание гематоксилином и эозином. Ув. ×250.

Гистоморфологические исследования проведенные через 8 неделе после трансплантации в печень СК показало уменьшение в указанные сроки интенсивности воспалительно-некротического процесса. На фоне нарушения общей архитектоники, некроза гепатоцитов, определяются единичные субкапсулярные очаги регенерации. Указанные выше обстоятельства свидетельствуют о приживлении и начала активизации восстановительных процессов в органе. Хотя ложные дольки сохранялись и в их составе чаще выявлялись гепатоциты с нормальными тинкториальными свойствами встречались также участки паренхимы, сформированные из двухядерных гепатоцитов и гепатоцитов со светлой цитоплазмой и увеличенными ядрами, содержащими хроматин и ядрышки. Также наблюдалось уменьшение воспалительно-некротических процессов. Обнаружено изменение сосудистого компонента - синусоиды не спавшиеся, зафиксировано умеренное расширение воротной и центральной вен. В паренхиме печени выявляются диффузно расположенные двухядерные гепатоциты и гепатоциты с увеличенными ядрами.

Иммуногистохимическую оценку эффективности трансплантации аутологических МСК мы также провели посредством анализа биоптатов печени изъятых до и на 8 неделе после трансплантации. Для этого биоптаты окрашивали с антителами против к PCNA, α-SMA и CD34.

Как указано на рис. 2А гепатоциты до трансплантации отличались высокой пролиферативной активностью. Такого рода напряженность характерна для повреждения гепатоцитов. При сформированной модели ЦП у наблюдаемых нами животных процент пролиферирующих гепатоцитов составил 46%. На 8 неделе после трансплантации предложенным нами способом аутологических СК процент пролиферирующих гепатоцитов не превышает 10%, что соответствует верхним показателям нормы (рис.2Б).

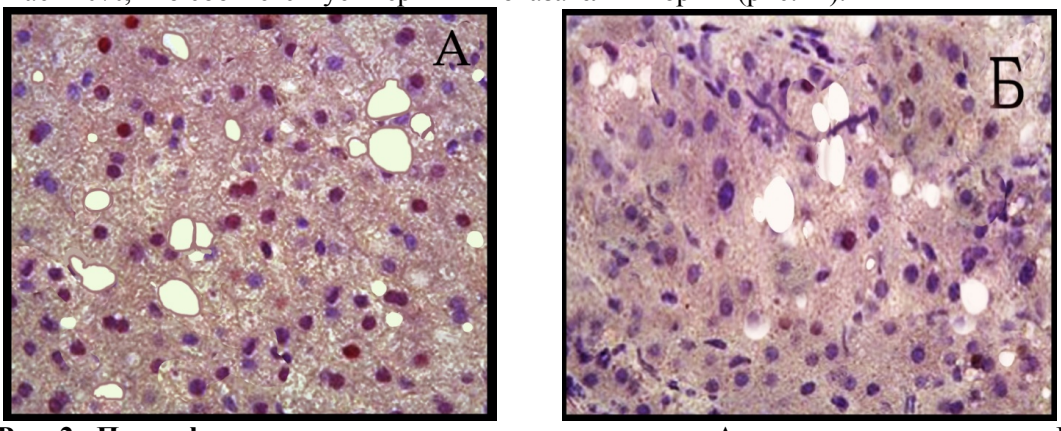


Рис. 2. Пролиферативная активность гепатоцитов: А - до трансплантации; Б - через 8 недель после трансплантации. Окрашивание антителами к PCNA (ядра пролиферирующих гепатоцитов - красного цвета),х400.

Значительные изменения обнаружили после трансплантации аутологических МСК с эндотелием синусоидов. У всех больных до трансплантации была выражена

капилляризация синусоидов - эндотелиальные клетки экспрессировали CD34. Такого рода изменения фенотипа эндотелия в синусоидах печени указывают на то, что фенестрированный эндотелий стал менее проницаем. Через 2 месяца после трансплантации в синусоидах обнаруживали лишь единичные CD34 эндотелиальные клетки (рис.3А, 3 Б).

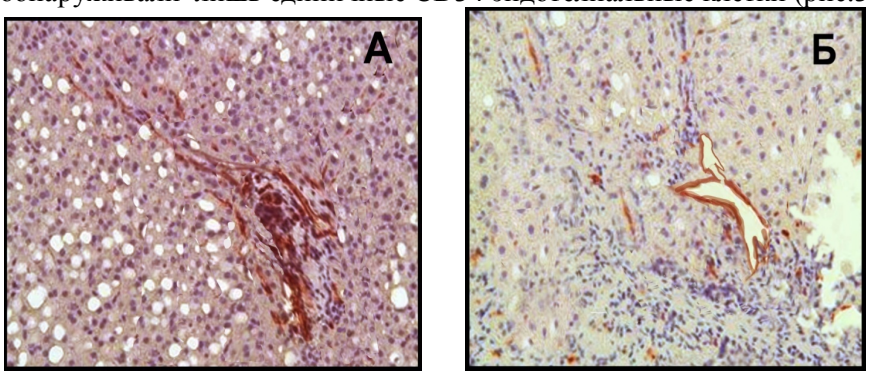


Рис. 3. Капилляризация синусоидов у больного Х: А- до транплантации (выраженная); Б-через 2 месяца после трансплантации (единичные CD34 клетки в синусоидах). Окрашивание с антителами к CD34 (продукт иммуногистохимической реакции - красного цвета),х400.

Иммуногистохимический анализ также показал положительную динамику в экспрессии α - SMA. До трансплантации у всех животных наблюдали наличие в соединительнотканных септах миофибробластов (рис.4А), что указывало на прогрессирование фиброза. На 8 неделе после трансплантации количество миофибробластов заметно уменьшилось, и α -SMA клетки обнаруживали единично. В основном они локализовались в гладкомышечных клетках кровеносных сосудов (рис.4Б).

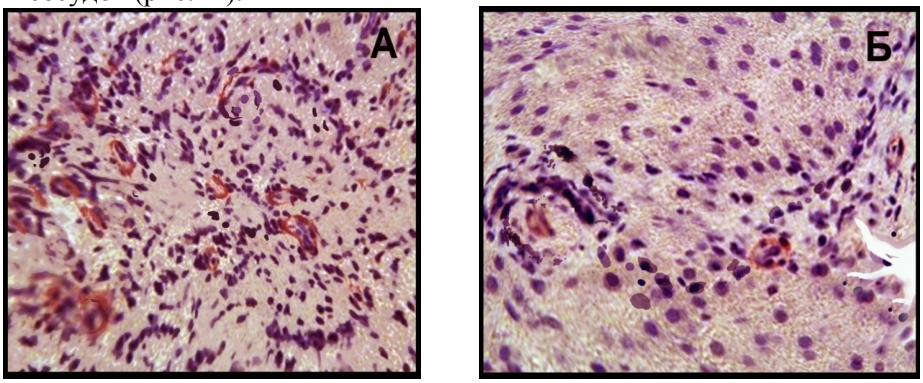


Рис. 4. Активация миофибробластов: А - до трансплантации (выраженная); Б - через 3 месяца после трансплантации (единичные клетки). Окрашивание с антителами к α-SMA (продукт иммуногистохимической реакции - красного цвета), х400.

Учитывая, что миофибробласты являются основным в прогрессировании фиброза, уменьшение их числа является показателем восстановления нормальной структуры синусоидных капилляров.

Результаты проведенного исследования показало, что сочетанная трансплантация аутологичных СК в печень интраартериально и перкутанно в печень (под контролем УЗИ) при цирротическом ее поражении является эффективным методом для стимуляции репаративных процессов, уменьшения выраженности фиброза, что подтверждалось морфологическими и иммуногистохимическими исследованиями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Huang Yi-W., Yang S-S., Kao J.-H. Hepatic medicine // Evidence and research, 2011, v.3,p.1-11
2. Fleig W.E. Cirrhosis and variceal bleeding // Hepatology, 2001, v.33, p.471-472
3. Lebrec D., Vinel J.P., Dupas J.L. Complications of portal hypertension in adults: a French consensus // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol., 2005, v.17, p.403-410.

4. Matsuno Y. et al. Hepatocyte growth factor gene transfer into the liver via the portal vein using electroporation attenuates rat liver cirrhosis. // Gene Ther,. 2003, N10, v.18, p.1559-1566
5. Пальцев А.И., Старостина Н.М., Леплина О.Ю. Роль стволовых клеток в регенерации печени - новые подходы к лечению цирроза печени // Клинические и фундаментальные проблемы клеточных биотехнологий, Новосибирск, 2005, с.11-12.
6. Terai S., Ishikawa T., Omori K. et al. Improved liver function in patients with liver cirrhosis after autologous bone marrow cell infusion therapy // Stem Cells,2006, v.24, p.2292-8.
7. Zhan YT, et al. Differentiation of bone marrow stem cells in rat hepatic fibrogenesis environment. // Zhonghua Gan Zang Bing Za Zhi, 2003, v.11, p.673-675
8. Шумаков В.И., Онищенко Н.А., Крашенников М.Е. Костный мозг как источник получения мезенхимальных клеток для восстановительной терапии повреждённых органов. // Вестн. Трансплантологии и искусственных органов, 2002, №4, с. 25-31
9. Xian'en F., Lixia W., Tianfeng H. et al. Biological characteristics of human bone marrow mesenhimal stem cell cultured in vitro // Medical Sciences, 2005, v.25, p.307-309.
10.Lee K.D., Kuo T.K., Whang-Peng J. et al. In vitro hepatic differentiation of human mesenchymal stem cells. // Hepatology, 2004, v.40, p.1275-1284

Xülasə

Qaraciyər sirrozunun müalicəsində mezenximal kök hüceyrələrin transplantasiyasının qaraciyərin regenerator fəaliyyətinə təsiri (Eksperimental tədqiqat)

R.E.Cəfərli

Tədqiqat işində mezenximal kök hüceyrələrin transplantasiyasının qaraciyərin regenerator fəaliyyətinə təsiri eksperimental şəraitdə morfoloji və histokimyəvi müayinələrlə tədqiq edilmişdir. Autoloji kök hüceyrələr sümük iliyindən alınmışdır. Transplantasiya əməliyyat zamanı qaraciyərin ümumi arteriyasına icra edilmişdir. Kök hüceyrələrinin qaraciyərdaxili (intraparenximatoz) transplantasiyası isə əməliyyatdan 1 həftə sonra ultrasəs müayinənin nəzəarəti ilə aparılmışdır. Müalicə effektivliyinin öyrənilməsi əməliyyatdan əvvəl və 2 ay sonra morfoloji və histokimyəvi müayinələrlə təsdiq edilmişdir. Belə ki, kök hüceyrələrin transplantasiyasından 2 ay sonra perisinusoidal fibrozun, iltihabi sahələrinin və miofibroblastların azalması qaraciyərdə regenerasiyanın stimulyasiyasının fəallaşması qeyd edilirdi ki, bu da tətbiq edilən müalicə üsulunun səmərəli olduğunu sübut etmişdir.

Summary

Influence mesenchymal stem cells on regeneration activity of liver during tsirrotiche its defeat (Experimental research)

R.E. Jafarli

The paper summarizes the results of experimental studies on the effectiveness of autologous mesenchymal stem cells on regeneration activity of the liver cirrhotic with her defeat. Autologous stem cells obtained from bone marrow. Transplantation was performed during surgery by administering stem cells in total hepatic artery. Introduction of stem cells in the liver (intraparenchymal) was performed a week after the operation under the control of ultrasound. As criteria for evaluating the effectiveness of transplantation used the results of immunohistochemical staining (detection of proliferative activity, severity of myofibroblast activation and sinusoidal capillarization). The results showed that 2 months after stem cell transplantation, the proposed method was a decrease in the severity of perisinusoidal fibrosis, inflammation of the vastness and the number of myofibroblasts, indicating that the stimulation of regeneration and restoration of the damaged structure of the liver.

Daxil olub: 16.05.2013

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ УСЛОВИЙ КЛИМАТОЭКОЛОГИЧЕСКИХ ЗОН АЗЕРБАЙДЖАНА НА ТОКСИНОГЕННУЮ АКТИВНОСТЬ ПРОДУЦЕНТОВ АФЛАТОКСИНОВ В ЗЕРНОВЫХ И БОБОВЫХ КУЛЬТУРАХ, ВЫРАЩЕННЫХ НА ТЕРРИТОРИИ АЗЕРБАЙДЖАНА В ПЕРИОД С 2009 - 2011 гг.

Г.М.Сеидова

Азербайджанский медицинский университет,

кафедра микробиологии и иммунологии, г.Баку

Açar sözlər: mikotoksinlər, immun-ferment müayinə, aflatoksinlər, landşaft qurşağı, funqisidlər, pestisidlər, iqlim-ekoloji zona, yoluxma əmsalı
Ключевые слова: микотоксины, иммуно-ферментный анализ, афлатоксины, ландшафтный пояс, фунгициды, пестициды, климатоэколо гические зоны, коэффициенты зараженности
Key words: mycotoxins, enzyme-linked immunosorbent assay, aflatoxins, landscaped zone, fungicides, pesticides, klimatoekolo logical zones in the infection rate

Сложность характера заражения зерновых и бобовых культур метаболитами Aspergillus-ов заключается в том, что уровень контаминированности афлатоксинами одного и того же вида культуры не только в одном районе, но и в целом ландшафтном поясе может содержать наименьшее количество яда (микотоксина), а в другом, эта же культура – наоборот, наибольшее [1]. Это подтвердило наше предположение о том, что данное явление зависит не только от климатогеографических факторов, тропности плесени к той или иной культуре, а носит более сложный характер и обусловлено множеством факторов. Установление и определение их значимости и входили в некоторые задачи нашего исследования, и, прежде всего, этими факторами оказались экологические.

Материалы и методы исследования. Для решения этих задач мы провели сравнительный анализ средних значений концентраций афлатоксинов B_1, B_2, G_1 и G_2 в зерновых и бобовых культурах в различных экологических зонах некоторых ландшафтных поясов республики в период с 2009 по 2011 гг. [2].

Сравниваемыми (с одинаковым среднегодовым уровнем осадка и ходом температуры) оказались по два «чистых» и «загрязнённых» экологических зон в двух ландшафтных поясах Азербайджана – в первом и третьем (таблица).

В первом ЛП две экологические зоны с одинаковыми климатическими параметрами влажности (с 200-400 мм осадком и 14,4^{0}C температурой) отличались тем, что в одной из них имело место загрязнение почвы химическими препаратами (фунгицидами, пестицидами и т.п.), причём, в течение нескольких десятилетий (хлопковые плантации). В результате исследований было установлено, что в экологически загрязнённой зоне токсиногенная активность продуцентов афлатоксинов B_1, B_2, G_1 и G_2 в зерновых и бобовых культурах повышается в 1,7-2,6 раза.

Таблица 1

Распределение районов республики по ландшафтным поясам со среднегодовыми параметрами климатических условий (количество осадков в мм, и ход температуры воздуха в ^{0}C)

Районы различных ландшафтных поясов республики	Среднегодовое количество осадков (в мм)	Среднегодовой ход температуры воздуха в ^{0}C
ГОРНО-СТЕПНОЙ И ПОЛУПУСТЫННЙ ЛАНДШАФТНЫЙ ПОЯС (№1)		
Курдамир	200-400 мм	14,4^{0}C
Али-Байрамлы	200-400 мм	14,4^{0}C
Сабирабад	200-400 мм	14,4^{0}C
Гянджа	200-400 мм	14,4^{0}C
Апшерон	200-400 мм	14,4^{0}C
Девечи	200-400 мм	14,4^{0}C
СКАЛЬНО-ОСЫПНОЙ И ГОРНО-ЛУГОВОЙ ЛАНДШАФТНЫЙ ПОЯС (№2)		
НАР (Шахбуз, Ордубад, Бабек)	600-1000 мм	14^{0}C
ГОРНО-ЛЕСНОЙ И НИЗИННО-ЛУГОВО-ЛЕСНОЙ ЛАНДШАФТНЫЙ ПОЯС (№3)		
Хызы	600-1000 мм	9,6^{0}C
Шемаха	600-1000 мм	9,6^{0}C
Габала	1000-1600 мм	12,5^{0}C
Загаталы	1000-1600 мм	12,5^{0}C
Ленкорань	1000-1600 мм	14^{0}C

В третьем ЛП сравниваемые экологические зоны со среднегодовым уровнем осадков 1000-1600 мм и 12,5^{0}С температурой отличались наличием в одной из них радиолокационной станции. Оказалось, что в районе расположения РЛС в зерновых и бобовых культурах концентрация афлатоксинов в 1,2-1,7 больше, чем в образцах этих же культур, выращенных в «чистой» экологической зоне.

Таким образом, «обитаемые» в нашей республике токсиногенные микромицеты из рода *Aspergillus*-а могут в зерновых и бобовых культурах образовывать непрогнозируемые по количеству и составу смеси афлатоксинов B_1 ,B_2, G_1 и G_2. Было установлено, что это явление, очевидно, обусловлено тем, что оно зависит наряду с вышеуказанными факторами, ещё и от экологической среды, где выращиваются растительные культуры [3].

Учитывая, что многообразные формы взаимодействия этих факторов в отдельности трудно поддаются эффективному анализу, и не позволяют прогнозировать уровень загрязнения изучаемых культур афлатоксинами, а также целенаправленно минимизировать его, мы сочли целесообразным провести многофакторный анализ изучаемого явления. Он предусматривал определение степени заражённости изучаемых культур с учётом всех отличительных климатогеографических и экологических параметров среды обитания продуцентов афлатоксинов, составляющих ту или иную «*климатоэкологическую*» зону.

Подвергнутые микробиологическому мониторингу районов трёх ландшафтных поясов республики, были распределены в семи выделенных нами «климатоэкологических» зонах, отличающихся между собой среднегодовым уровнем осадков (в миллиметрах) и/или ходом температуры (в^{0}С), а также наличием или отсутствием некоторых «отрицательных» экологических факторов.

- I КЭЗ (200-400 мм осадка; +t 14,4^{0}С; ХП*) - Сабирабад, Кюрдамир, Али-Байрамлы
- II КЭЗ (200-400 мм осадка; + t 14,4^{0}С)- Апшерон, Девечи
- III КЭЗ (600-1000 мм осадка; + t 14^{0}С) - НАР (Шахбуз, Ордубад, Бабек
- IV КЭЗ (600-1000 мм осадка; + t 9,6^{0}С)- Хызы, Ширван
- V КЭЗ (1000-1600 мм осадка; + t 14^{0}С)- Ленкорань
- VI КЭЗ (1000-1600 мм осадка; + t 12,5^{0}С)- Закаталы
- VII КЭЗ (1000-1600 мм осадка; + t 12,5^{0}С; РЛС*) - Габала

Математические вычисления при проведении многофакторного анализа были осуществлены с применением предложенного нами коэффициента заражённости афлатоксинами ($К_{за}$), который, как было указано выше, определялся отношением фактической величины средних значений концентраций суммарного афлатоксина к принятому значению ПДК данного микотоксина (20 мкг/кг). Унификация множества вариантов уровня заражённости зерновых и бобовых культур афлатоксинами была осуществлена в шести степенях математической их градации с колебаниями $К_{за}$ в пределах 0,25 ед.: крайне незначительная (I), незначительная (II), умеренная (III) и значительная (IV) степени заражений; допустимый предел (V) и недопустимая (VI) степень заражения. Естественно, при V степени заражения (допустимый предел) $К_{за}$ равнялся условной единице (1) [4].

Климатические параметры III, IV, V и VI КЭЗ позволили сравнительный анализ провести в двух вариантах с одинаковыми уровнями осадка с изучением влияния колебания t- ры на величину $К_{за}$, а в одном варианте – наоборот.

В результате исследований впервые было установлено, что не всегда повышение влажности и температуры приводят к нарастанию токсиногенной активности *Aspergillus*-ов, продуцирующих афлатоксины, наблюдается даже «парадоксальное», т.е. обратное явление. Нами были выявлены дополнительные факторы, влияющие на этот процесс. Оказалось, что это явление связано не с абсолютными значениями температуры и влаги, а, прежде всего, с определённым их соотношением и «стабильностью» в течение цикла роста и жизнедеятельности *Aspergillus*-ов, продуцирующих афлатоксины. Это предположение было подтверждено фактическими значениями $К_{за}$ зерновых и бобовых культур и их корреляцией результатами анализа метеорологических условий III – V климатоэкологических зон, которые подробно были приведены выше. Кроме этого, полученные нами данные свидетельствуют также о том, что токсиногенная активность некоторых продуцентов афлатоксинов зависит не только от вышеуказанных факторов, но и от степени их тропности к той или иной культуре, в которой они развиваются. В частности, вне зависимости от КЭЗ, где выращиваются зерновые и

бобовые культуры, колебания $K_{за}$ данной культуры незначительны, т.е. стабильны и составляют 0,47 ед. и 0,55 – 0,59 ед. То же самое относится и к подсолнуху, у которого $K_{за}$ колебались также в незначительных пределах, но с большими значениями (0,68-0,76 ед.).

Многофакторный анализ данных микробиологического мониторинга заражённости афлатоксинами зерновых и бобовых культур в экологически «чистых» зонах позволил не только раскрыть некоторые теоретические аспекты изучаемого явления, но сделать и ряд практических рекомендаций. Прежде всего, зерновые и бобовые целесообразно выращивать в тех климатоэкологических зонах, где отмечаются сравнительно низкие $K_{за}$ этих культур. По нашим данным убывание значений $K_{за}$ по этим зонам оказалось в следующей последовательности: V→IV→III→VI КЭЗ. Во-вторых, следует осуществлять не только региональный, но и глобальный микробиологический мониторинг пахотных территорий страны, а результаты подвергать многофакторному анализу. И, наконец, на основании полученных данных следует разработать эффективные профилактические мероприятия по минимизации заражения растительных культур *Aspergillus*-ми, и, стало быть – аспергиллотоксикозов и/или аспергиллёзов в нашей республике.

Результаты многофакторного анализа степени природной контаминации изучаемых культур «загрязнённых» климатоэкологических зон показали, что, токсиногенная активность продуцентов афлатоксинов под влиянием РЛС более значительно возрастает в подсолнухе, а фунгицидов, пестицидов и других ядовитых химических препаратов- во всех остальных зерновых и бобовых культурах.

Таким образом, впервые проведённый нами микробиологический мониторинг и многофакторный анализ его результатов позволили определить распространённость, уровень токсиногенности, тропности к той или иной местной зерновой и бобовой культуре термотолерантных и ксерофильных штаммов некоторых видов *Aspergillus*-а. Впервые удалось доказать, что токсиногенная активность продуцентов афлатоксинов зависит от сочетания множества климатоэкологических факторов в нашей республике, существенно отражающихся на степени заражённости зерновых и бобовых культур. Учитывая реальную опасность заражения населения афлатоксинами, в первую очередь, необходимо в кратчайшие сроки составить, утвердить и реализовать государственную программу о региональных и глобальном микробиологическом мониторинге за контаминацией зерновых и бобовых культур метаболитами плесневых грибов из рода *Aspergillus*.

ЛИТЕРАТУРА

1. Монастырский О.А. Современное состояние и проблемы исследования токсиногенных грибов, поражающих злаковые культуры / Актуальные вопросы биологизации защиты растений. Пущино, 2000, с.79-89

2. Сандлер Ж.Я. Методы отбора образцов зерна для анализа микотоксинов / Оценка загрязнения пищевых продуктов микотоксинами. М.: Центр международных проектов ГКНТ, 1985, Т.3, с.47-66

3. Сеидова Г.М. Проблема загрязнения микотоксинами зерновых в Азербайджане / Сборник материалов Международной научно-практической конференции. М., 2008, с.152.

4. Сеидова Г.М. Динамика распространения офлатоксинов в разных регионах Азербайджана в зерновых культурах урожая 2008 года // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, 2009, № 2, s.79

5. Рекомендации по комплексной защите сельскохозяйственных культур от вредителей, болезней и сорной растительности в Краснодарском крае. Краснодар, 2001, 187 с.

6. Balajee S.A. Aspergillus terreus complex // Med Mycol., 2009, v.47 Suppl 1, p.S42-6

Xülasə

2009-2011-ci illərdə Azərbaycanda yetişdirilən dənli və paxlalı bitkilərdə produsentlərin toksigen aktivliyinə zonanın iqlim-ekoloji şəraitinin təsirinin öyrənilməsi

G.M.Seyidova

Dənli və paxlalı bitkilərin Aspergillus metabolitləri ilə yoluxmasının xarakterinin çətinliyi ondan ibarətdir ki, eyni növ bitkinin aflatiksin ilə kontaminasiya olunmasının səviyyəsində təkcə bir rayonda deyil, bütünlükdə landşaft qurşağında daha az tərkibli zəhər (mikotoksin) ola bilər, digər bitkidə isə əksinə çox ola bilər. Bu, bizim fərziyyəmizi təsdiq etmişdir. Bu fərziyyə ondan ibarətdir ki, qeyd olunan vəziyyət təkcə iqlim-coğrafi faktorlardan, bu və ya digər bitkiyə qarşı kifin tropluğundan asılı

olmayıb, daha mürəkkəb xarakterli olub, çoxsaylı faktorlardan asılıdır. Bu amillərin təyin olunması və müəyyənləşdirilməsi bizim tədqiqatın qarşısında qoyduğu vəzifələrdən biri olmuşdur. Bu faktorlardan ən əsası ekoloji faktorlar olmuşdur. Bu vəzifələrin həyata keçirilməsi üçün 2009-2011-ci illərdə ölkəmizdə müxtəlif ekoloji zonaların bəzi landşaft qurşaqlarında dənli və paxlalı bitkilərdə B_1, B_2, G_1 və G_2 aflatoksinlərin orta həddinin müqayisəli təhlili aparılmışdır.

Beləliklə, tərəfimizdən ilk dəfə aparılan mikrobioloji monitorinq və onun çoxfaktorlu nəticələri əsasında *Aspergillus* cinsindən olan bəzi termotolerant və kserofil ştammların yayılma dərəcəsi, toksigenlik dərəcəsi, bu və ya digər dənli və paxlalı bitkilərə qarşı tropluğu təyin edilmişdir. İlk dəfə olaraq sübut olunmuşdur ki, aflatoksin produsentlərin toksigen aktivliyi ölkəmizdə çoxsaylı iqlim-ekoloji faktorların yanaşı olmasından asılıdır ki, bu da dənli və paxlalı bitkilərin yoluxma dərəcəsində özünü göstərir. Əhalinin aflatoksinlər ilə real yoluxması təhlükəsini nəzərə alaraq *Aspergillus* cinsindən olan kif göbələklərinin metabolitlərinin dənli və paxlalı bitkilərin kontaminasiyasının regional və qlobal mikrobioloji monitorinqinin dövlət proqramının tərtib və təsdiq olunması və həyata keçirilməsinə tələbat vardır.

Summary

Study of influence of azerbaijan in climatoecologic areas of azerbaijan yo toxigen activity of producer of aflatoxins in cereals and legumes grown since 2009 - 2011

G.M.Seidova

The complexity character of infection of cereals and legumes metabolites of Aspergillus is that the level of contamination of aflatoxins the same kind of culture is not just one area, but in the whole landscape zone can be contained the least amount of venom (mycotoxin), and in another, this same culture - on the contrary, the greatest. This confirmed our assumption that this phenomenon depends not only on climatic factors, mold tropism to a particular culture, but is more complicated and due to a variety of factors. Ascertain whether their significance and included in some of the tasks of our study, and, above all, these factors were environmental. To solve these problems, we conducted a comparative analysis of average values of aflatoxins B1, B2, G1 and G2 in cereals and legumes in different ecological zones of some landscape zones of the republic from 2009 to 2011. Thus, we first conducted microbiological monitoring and multivariate analysis of the results allowed to determine the prevalence, level toksinogennosti, tropism to a particular local cereals and legumes and thermotolerant strains xerophilic some species Aspergillus. Was the first to prove that the producers of aflatoxins toksinogennaya activity depends on a combination of factors set climatoecologic in our country, which significantly affects the degree of contamination of cereals and legumes. Given the real danger of contamination with aflatoxins population, first of all, necessary to quickly create, approve and implement a national program of regional and global monitoring for microbiological contamination of cereals and legumes metabolites of fungi of the genus Aspergillus.

Daxil olub: 30.05.2013

ОСТРЫЕ НЕЙРОИНФЕКЦИИ С ПОЗИЦИЙ НЕВРОЛОГА И ИНФЕКЦИОНИСТА

Т.Ш.Мамедова

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Açar sölər: kəksin neyroinfeksiylara, nevroloq, infeksionist

Ключевые слова: острые нейроинфекции, невролог, инфекционист

Açar sözlər: kəskin nevroloji infeksiya, nevroloq, yoluxucu xəstəlik

Со словосочетанием "острые нейроинфекции" студенты-медики впервые знакомятся, как правило, в процессе изучения нервных болезней. Однако правильный смысл понятия "острые нейроинфекции" нередко ускользает от их внимания, поскольку, как отмечают специалисты в этой области клинической медицины, ни в одном из учебников как по нервным болезням, так и по инфекционным болезням, вышедшем в свет в 2000-2005 гг, не было представлено четкой и корректной дефиниции этой категории [1,2].

В такой ситуации не становится очевидным, для какого из специалистов - неврологов или инфекционистов - острые нейроинфекции представляют собой наибольший и самостоятельный научно-дидактический интерес. Между тем, одним из направлений повышения эффективности и качества подготовки врачей в вузе и послевузовской подготовки "узких" клинических специалистов является правильная интерпретация содержания каждой из клинических дисциплин [3].

Именно поэтому в настоящем сообщении мы попытались внести определенную ясность в семантическую трактовку данного понятия.

В первую очередь отметим, что исторически многоплановая проблема нейроинфекции оказалась наиболее тесно связанной со становлением и развитием невропатологии - учения о заболеваниях нервной системы в тот период, когда развившийся к середине XIX в анатомо-локалистический подход (стремление найти "место" болезни в организме) в медицине казалось, давал ясное, простое и твердое основание для понимания сущности того или иного патологического процесса [4].

Касаясь идеологии неврологов, отметим, что на рубеже XX и XXI вв, когда клиника нервных болезней переживает тот же системный кризис в значительной мере в связи с тем, что клинико-нозологическое направление, не имеющее глубоких теоретических корней уступило место синдромологическому подходу к диагностике. Соответственно многие руководства "инфекционных болезней нервной системы" оказались построенными, главным образом, из двух разрозненных синдромальных рубрик "энцефалитов" и "менингитов".

Иначе складывались общепатологические представления в клинике инфекционных болезней, научная история которой также начинается с середины XIX в. Первоначально и в этой дисциплине теоретическая мысль, будучи сосредоточенной на возбудителе, механически отождествляла инфекционный процесс с его жизнедеятельностью. Однако постепенно предмет инфекционных болезней включил в себя проблемы микробиологии, иммунологии, эпидемиологии, "переведя их на язык клиники и общей патологии". При этом эта дисциплина приобрела свой специфический характер, но оставалась важной частью того огромного раздела медицинской науки, который именуется внутренними болезнями и не утратила целостного взгляда в представлении о больном [5].

Надо иметь ввиду, что несмотря на некоторое внешнее сходство в терминологии, органопатологический и клинико-нозологический подходы разделены большой пропастью. Действительно, инфекционисты могут пользоваться терминами "менингит", "энцефалит", "миелит" и так далее, но они наполнены совершенно иным содержанием, нежели соответствующие понятия в невропатологии, где недооценка значения целостности организма в патологии, неопределенность самого предмета этой клинической дисциплины порождает ложные представления, выдавая синдромы менингита, энцефалита в качестве неких "самостоятельных заболеваний" нервной системы.

Сущность "острых нейроинфекций", этой особой группы инфекционных болезней, лучше всего проявляется при анализе спектра диагнозов у больных, в течение года госпитализируемых в профильный стационар. Согласно результатам такого анализа, проведенного сотрудниками отделения острых нейроинфекций Института полиолмиелита и вирусных энцефалитов им.М.П.Чумакова РАМН, созданного еще середине 70-х гг XX в на базе клиники по лечению последствий паралитических форм "полиомиелита", примерно половину всех больных в таком отделении составляют пациенты с герпетическими (herpes simplex и herpes zoster) поражениями центральной, а реже, периферической нервной системы. При этом, вторая и большая половина госпитализированных больных оказалась представленной лицами с патологией нервной системы и разными инфекционными заболеваниями без поражения мозга и его оболочек, которые однако нуждались в очень тщательной дифференциальной диагностике, оперативной трактовке результатов комплексного лабораторного и инструментального обследования [1].

Очевидно, что концентрация в отделении острых нейроинфекций таких больных обусловлено тем, что распознавание острых нейроинфекций на догоспитальном этапе является сложной задачей. Это обусловлено и тем, что острые нейроинфекции, являющиеся особыми формами инфекционной патологии, нередко протекают под "масками" тяжелых сосудистых, травматических, опухолевых повреждений мозга и его оболочек, а также различных

общеинфекционных и соматических болезней, поражений ЛОР-органов, общетоксических синдромов (энцефалопатий) и других патологических состояний [2].

При этом, обращает на себя внимание тот факт, что мысль о возможности наличия у таких больных острых нейроинфекций, побуждающая врача проводить соответствующую дифференциальную диагностику, возникает у широкого круга специалистов - педиатров, инфекционистов, невропатологов, нейрохирургов, фтизиатров, дерматовенерологов, отоларингологов, гематологов и, безусловно, терапевтов, врачей "скорой помощи" и реаниматологов.

Итак, острые нейроинфекции - это собранная в одну группу та часть самостоятельных инфекционных заболеваний вирусной, бактериальной или грибковой природы, которые клинически протекают с признаками острого поражения оболочек и вещества мозга.

Учитывая же, что двойное кодирование синдромов, наблюдающихся у больных с острыми нейроинфекциями, подрывает саму идею создания международной классификации болезней, в международных диагностических стандартах [6] основная часть патологии нервной системы при инфекционных болезнях представлена в виде синдромальных рубрик без каких-либо указаний на нозологическую принадлежность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шишов А.С. Предмет клиники острых нейроинфекций // Мед. вирусология, 2006, N.1, с.237-241;

2. Шишов А.С. Понятие "Острые нейроинфекции и их классификация".// Ж. неврологии и психиатрии, 2006, N.5, с.71-78;

3. Черкасский Б.Л., Симонова Е.Г., Лопухина Н.Г, Основные направления совершенствования послевузовской подготовки эпидемиологов. // Эпидемиология и инфекционные болезни, 2003, N.2, с.57-58;

4. Шилинас Ю.А. Послесловие. / О мышлении в медицине. Под ред. Г.Глязера. Пер. с нем., М, 1969-С. 248-267;

5. Билибин А.Ф. Учебник инфекционных болезней. М.: Медгиз, 1962, с.7-18;

6. Международная статистическая классификация болезней. Десятый пересмотр (МКБ-10). ВОЗ, Женева, 1995, с.2-168

Xülasə

Kəskin neyroinfektiyalar nevroloq və infeksionistin mövqeyindən

T.Ş.Məmmədova

Məqalədə “kəskin infeksiyalar” termininin mahiyyəti xarakterizə olunmuş və onun nevroloq və infeksionist mövqeyindən fərqləri göstərilmişdir. Müəllif sinir xəstəlikləri klinikasında və infeksion xəstəliklər klinikasında kəskin neyroinfeksion xəstəliklərin mövqeyini açıqlamışdır.

Summary

Acute neuroinfections from point of view of neurologist and infectionist

T.Mamedova

In the communication it is characterized the content of term "acute neuroinfections" from point of view of neurologist and infectionist. The author noted place of acute neuroinfections in neurology and clinics of infectious diseases.

Daxil olub: 04.06.2013

КРИОДЕСТРУКЦИЯ С ЛОКАЛЬНОЙ СВЧ – ГИПЕРТЕРМИЕЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОЛОСТИ РТА

[1]В.Х. Самедов, [1]В.Д. Захарычев, [2]О.А. Мосин, [2]Д.Н. Руденко

[1]НМАПО «Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика Минздрава Украины, Киев.

[2]Национальный институт рака Минздрава Украины, Киев.

Açar sözlər: kriodestruksiya, lokal çox yüksək tezlikli –hipertermiya, şişəleyhinə effektivlik, ağıa boşluğu selikli qişası və dilin xərçəngi

Ключевые слова: криодеструкция, локальная СВЧ-гипертермия, противоопухолевая эффективность, рак слизистой оболочки полости рта и языка.
Key words: cryodestruction, local microwave hyperthermia, antitumor efficiency, cancer of mucous membrane of oral cavity

В связи с высокой частотой первично-распространенных злокачественных опухолей полости рта и появлением форм раковых опухолей резистентных к химиотерапии остается актуальной проблема совершенствования методов лечения рака этой локализации.

Основным методом лечения больных плоскоклеточным раком полости рта остается хирургическое, целью которого является удаления локальной опухоли и шейных лимфатических узлов. Однако комбинированные или расширенные операции, которые выполняют у больных с местно-распространенным раком полости рта, приводят к тяжелым функциональным нарушениям и ухудшению качества жизни пациентов. Это определяет необходимость использования на первом этапе лечения лучевой и химиотерапии. Операцию применяют для лечения небольших первичных опухолей, устойчивых к химиотерапии, или рецидивных опухолей. Несмотря на радикальную локальную резекцию плоскоклеточного рака полости рта, частота рецидивирования составляет до 50% [1, 2, 3]. Рецидив рака ротовой полости имеет тенденцию появляться на первичном участке, возможно, из устойчивых злокачественных клеток в локальной лимфе или клеток на границе резекции и обычно развивается в течение первых 36 мес. после начала лечения [4]. Одна из самых важных причин рецидива — наличие опухолевых клеток в краях резекции [5]. P. Slootweg и соавторы [6] исследовали края резекции у 394 оперированных пациентов и выявили частоту рецидивов у 3,90% пациентов с отрицательными и у 21,90% с положительными результатами определяемых раковых клеток в краях резекции.

Поэтому наиболее оптимальным подходом к выбору лечения больных с местно–распространенным раком ротовой полости является комплексное, или комбинированное лечение, включающее лучевую терапию, химиотерапию и оперативное вмешательство. Лучевая терапия не является адекватным методом первичного лечения поздних стадий плоскоклеточного рака полости рта по причине развития осложнений, обусловленных высоким риском некроза слизистой оболочки и костных структур, вызванных высокими дозами облучения, необходимыми для девитализации опухоли [7,8].

Химиотерапию применяют чаще как в качества радиосенсибилизатора у пациентов с локально-регионарным рецидивом или отдаленными метастазами, а также для неоадъювантного лечения, чтобы улучшить резектабельность при Т4. Для лечения злокачественных опухолей головы и шеи в настоящее время используют также КД как самостоятельный или составной метод в комплексном лечения [9, 10, 11]. Этот метод лечения основан на использовании биологических эффектов, возникающих в тканях в ответ на охлаждение до сверхнизких температур. КД обеспечивает сохранение анатомической формы и функций пораженных органов, что имеет особое значение при локализации новообразования в ротовой полости [11]. Преимущества криохирургических операций по сравнению с традиционными очевидны: простота выполнения и в тоже время высокая точность, бескровность и безболезненность.

Вместе с тем возможности криогенного метода при лечении больных с опухолевым процессом не гарантируют полной гибели патологической ткани [12]. Среди методов усиления эффекта КД получило распространение использование повторных циклов замораживания – оттаивания, создание предварительной ишемии, сочетание с ультразвуком, перегревание опухоли в виде общей или локальной гипертермии.

По мнению В.В. Шафранова и соавторов [12], среди многочисленных методов усиления повреждающего эффекта криовоздействия наиболее эффективным является предварительное облучение полем сверхвысокой частоты с последующей аппаратной КД. СВЧ–гипертермия достигается с помощью специальной аппаратуры сантиметрового диапазона типа «Парус-1», «Яхта-3», «Яхта-2», «Ромашка».

Однако в опубликованных работах не приведены четкие методики применения локальной СВЧ-гипертермии с учетом анатомии челюстно-лицевой области и стадии развития процесса, не определены оптимальное количество сеансов, длительность и режим работы прибора.

Материалы и методы исследования. В основу работы положены наблюдения над 122 больными местнораспространенными формами рака слизистой оболочки полости рта и языка находившихся в отделении опухолей головы и шеи Национального института рака с 2004 по 2013 год включительно. Мужчин было 98, женщин – 24, (соотношение 4:1). Во всех случаях диагноз подтвержден гистологическим исследованием опухоли. У всех больных был плоскоклеточной рак, у 58 – слизистой оболочки полости рта, у 64 – рак языка. Новообразования, соответствовавшие Т1, зарегистрированы у 4, Т2 – у 32, Т3 – у 69 и Т4 – у 17 пациентов (таб.1., таб.2.).

Таблица 1

Распределение больных по локализации опухоли, возраст и пол.

Локализация	Пол	Возраст больного						
		30-40	41-50	51-60	61-70	71-80	› 80	Всего
Язык	М	2	5	18	16	8	1	50
	Ж	1	3	2	4	3	1	14
Слизистая полости рта	М	2	7	13	18	8	0	48
	Ж	0	0	7	1	1	1	10
Всего		5	15	40	39	20	3	122

Таблица 2

Распределение больных по локализации и TNM

Локализация опухоли	TNM									Итого
	T1 N0 M0	T2 N0 M0	T2 N1 M0	T3 N0 M0	T3 N1 M0	T3 N2 M0	T4 N0 M0	T4 N1 M0	T4 N2 M0	
Рак языка	2	18	6	28	3	0	5	3	0	65
Рак слизистой оболочки полости рта	2	14	6	24	2	2	5	1	1	57
Всего	4	32	12	52	5	2	10	4	1	122

Все пациенты разделены на 3 группы. Первую контрольную группу (n=60) составили пациенты комплексное лечение у которых включало ХЛТ и Оп. Пациентам второй контрольной группы (n=38) проведено комплексное лечение включавшее ХЛТ и КД. В опытной группе из 24 аналогичных пациентов к ХЛТ с КД добавлена локальная СВЧ-гипертермия, выполняемая через 1 сутки после КД.

Криогенное воздействие на опухоль осуществляли способом криоаппликации по разработанным в клинике лечебным методикам с помощью отечественных медицинских криогенных аппаратов «Криоэлектроника» (Украина) или «Криотон-3» (Украина). ХЛТ, как начальный этап комплексного лечения, применена у всех больных, КД – у 62 больных. Показаниями к проведению КД при раке слизистой оболочки полости рта и раке языка являлись новообразования с четкими границами при поверхностном и экзофитном типе роста. Применение КД считаем противопоказанным при инфильтративном характере новообразования, нечетких границах поражения. КД не приводила к нарушению общего состояния больных. Лечение, как правило, выполняли под местным обезболиванием, что легко переносилось даже лицами пожилого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

С целью усиления противоопухолевого эффекта криовоздействия мы применяли облучение опухоли СВЧ полем через сутки после проведенной КД.

КД опухоли с последующей локальной СВЧ-гипертермией выполнена у 24 пациентов в возрасте от 39 до 85 лет, 11 из них - старше 62 лет. У 9 диагностирован рак языка, у 15 – рак слизистой оболочки полости рта. У 22 пациентов КД с СВЧ–гипертермией была проведена в среднем через 1,5 мес. после ХЛТ, что было оптимальным промежутком времени для стихания постлучевой воспалительной реакции тканей. Криогенное воздействие осуществляли замораживанием опухоли до температуры - 170-180^{o}С по показаниям на криогенном аппарате. Для достижения полного некроза опухоли выполняли двух–трехкратные циклы замораживания- оттаивания путем последовательного криовоздействия с одной или нескольких

точек, при этом зона замораживания распространяется до 0,5 см от визуализируемых границ новообразования. Оттаивание замороженной ткани опухоли происходило самопроизвольно. СВЧ–гипертермия осуществлялась аппаратом «Ромашка» (Россия) с внутриполостными антеннами - излучателями, работающими на частоте 460±4,6 МГц, длина волны – 65 см, максимальная выходная мощность - (12-16 Вт). Продолжительность сеанса ГТ составляла 60-90 минут. Температура в опухоли в течение всего сеанса ГТ была в пределах 42–43±0,5^{o}C. Контроль температуры осуществляли при каждом сеансе ГТ инъекционным путем при помощи медь константановых термопар, вмонтированных в иглу толщиной 0,3–0,5 мм. Температуру измеряли непосредственно на поверхности опухоли и у ее основания.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов лечения проведен во всех группах наблюдаемых больных в сроки до 3 лет. Частота рецидивов и регионарных метастазов проведены в таб.3.

Таблица 3

Частота рецидивов и регионарных метастазов в исследуемых группах пациентов.

Комплекс-ное лечение	Локализация опухоли	Кол-во больных	Рецидивы		Регионарные метастазы
			Всего	до 1 года	
ХЛТ+Оп	Рак языка	36	28(77,70±6,94%)	22 (61,10±8,10%)	6(16,60±6,20%)
	Рак слизистой полости рта	24	18(75,0±8,84%)	10 (41,60±10,0%)	8(33,30±9,62%)
Всего		60	46(76,60±5,46%)	32 (53,30± 6,45%)	14(23,30±5,45%)
ХЛТ+КД	Рак языка	20	12(60,0±10.95%)	6 (30,0±10,25%)	9 (45,0±11,12%)
	Рак слизистой полости рта	18	8 (44,40±11.7%)	6 (33,30±11,10%)	4(22,20±14,70%)
Всего		38	20 (52,60±8,10%)	12(31,60±7,50%)	13(34,20±7,70%)
ХЛТ + КД + СВЧ-гипертермия	Рак языка	8	3(37,50±17,10%)	2(25,0±15,30%)	0
	Рак слизистой полости рта	16	7(43,75±12,40%)	4(25,0±10,80%)	0
Всего		24	10(41,66±10,0%)	6(25,0±8,80%)	0

Для выработки обоснованного мнения об эффективности разных методов лечения злокачественных эпителиальных опухолей полости рта произведена сравнительная оценка показателей выживаемости между определенными группами больных. Данные результатов лечения в этих группах больных представлены в таб. 4 и на рис. 1.

Таблица 4

Выживаемость больных злокачественными эпителиальными опухолями полости рта в зависимости от применяемого метода лечения

Группы больных	Метод лечения	Кол-во больных	Выживаемость больных		
			1 год	2 года	3 года
I	ХЛТ+Оп	60	88,0±4,20%	62,30 ±3,25%	51,60±3,45%
II	ХЛТ+КД	38	83,60±4,0%	65,10±3,70%	56,50±2,30%
III	ХЛТ+КД+СВЧ+СВ–гипертермия	24	91,20±4,40%	75,80±4,70%*	65,70±3,40*

Примечание: * различия достоверны (p<0,05) по сравнению с больными в группе I и II

При сравнении полученных результатов этих методов лечения больных по поводу злокачественным эпителиальным опухолей полости рта, очевидно, что применение ХЛТ с КД и последующей локальной СВЧ–гипертермией улучшает результат лечения. Показатель трехлетней выживаемости в группе больных получавших ХЛТ+КД+локальную СВЧ–гипертермию на 14,10% превышает аналогичный показатель в первой контрольной группе (ХЛТ+Оп.) и на 9,20% во второй контрольной группе (ХЛТ+КД) (p<0,05). Медиана выживаемости больных составила в первый контрольной группе 38 месяцев, во второй – 44, в исследуемой группе - 50 (Рис.1).

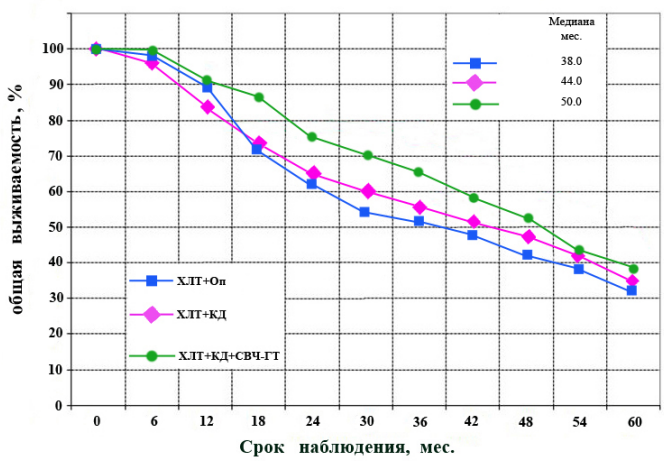


Рис.1. Показатели выживаемости больных в зависимости от применяемых методов лечения.

Таким образом, полученные данные подтверждают целесообразность применения ХЛТ и КД с последующей через 1 сутки локальной СВЧ – гипертермией. В качестве теоретического обоснования такой последовательности (КД с последующей через сутки локальной СВЧ-гипертермией) мы использовали результаты полученные при проведенном нами экспериментальном исследовании [13].

Полученные данные проведенных экспериментальных исследований нашли подтверждения в результатах клинических наблюдений за больными раком слизистой оболочки полости рта и языка. Улучшение показателей безрецидивного периода и общей выживаемости больных после комбинированного применения низких температур и СВЧ-гипертермии, вероятно, связано с изменениями иммунореактивности вследствие возникновения и резорбции крионекроза, что может существенно влиять на цитотоксическую активность клеток иммунной системы [14–17].

Выводы

1. При выборе метода комплексного лечения больных раком слизистой оболочки полости рта и языка I–IV стадии заболевания целесообразно через 1–1,5 месяца после проведенной ХЛТ выполнять КД опухоли с последующей через 1 сутки локальной СВЧ–гипертермией.
2. Применение комплексного лечения по предлагаемой схеме позволило значительно увеличить безрецидивную и общую 3–летнюю выживаемость больных. Частота трехлетней выживаемости в исследуемой группе больных на 14,10% превышает аналогичный показатель в первый контрольный группе (ХЛТ+Оп.) и на 9,20% во второй контрольной группе (ХЛТ+КД)
3. Сочетание двух физических факторов позволило значительно увеличить степень деструкции опухоли, увеличить выживаемость больных и тем самым повысить радикальность лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Pearlaman N.W. Treatment outcome in recurrent heard and neck cancer // Arch.Surg., 1979, v.114, p.39-42.
2. Studer G., Klaus W.G., Glanzmann C. Outcome in recurrent head neck cancer treated with salvage-IMRT // Radiation Oncology, 2008, v.3, p.43
3. Nathanson A., Agren K., Biorklund A. et al. Evolution of some prognostic factors in small squamos cell carcinoma of the mobile tongue: a multicenter study in Sweden // Head and neck.1989, v.11, p.387–92.
4. Kademani D. Oral cancer. Mayo Clinic Proceedings // ProQuest Medical Library, 2007, v.82(7), p.878–87.
5. Van Es R.J., Van NieuwAmerongen N., Slootweg P.J. et al. Resection margin as a predicator of reccurence at the primary site for T1 and T2 oral cansers: evaluation of histopathologic variables // Arch Otolaryngol Head and Neck Surg., 1996, v.122, p.521-25.
6. Slootweg P.J., Hordijk G.L., Schade Y. et al. Treatment failure and margin status in head and neck carcinoma a critical view of the potential value of molecular pathology // Oral Oncol., 2002, v.38, p.500–03.

7. Cooper J.S., Pajak T.F., Forastiere A.A. et al. Radiation Therapy Oncology Group 9501. ntergroup Postoperative concurrent radiotherapy and chemotherapy for high-risk squamous-cell carcinoma of the head and neck // N. Engl. J. Med., 2004, v.350, p.1937–44.

8. McGuipt W.F., Jonhson J.T., Myers E.N. et al. Floor of mouth carcinoma: the management of the clinically negative neck // Arch Otolaryngol Head Neck Surg., 1995, v.121, p.278–82.

9. ПачесА.И., БрюзгинВ.В., ПатюткоЮ.И. идр. Современные возможности криогенного метода в онкологии // Вестник Московского онкологического общества, 2008, №3, с.3–6.

10. Шафранов В.В., Цыганов Д.И., Виссарионов В.А. и др. Криохирургия: теория и практика // Мед. криология (Н. Новгород), 2001, №1, с.183-92.

11. Пачес А.И., Пустынский И.Н., Таболиновская Т.Д. Криодеструкция рака орофаренгиальной области // Сиб. онкол. Журнал, 2010, №3(39), с.71-72.

12. Шафранов В.В., Борхунова Е.Н., Таганов А.В. и др. (2010) Концепция первичного повреждения биотканей при локальном криовоздействии // Мед.альманах, 2010, №2, с.289-92.

13. Самедов В.Х., Кузьменко А.П., Захарычев В.Д. Оценка противоопухолевой эффективности комбинированного использования криодеструкции и СВЧ-гипертермии в эксперименте // Проблемы криобиологии, 2012, Т.22, №4, с.484–90.

14. Sumida S. Introduction of cryoimmunology // Low temperature medicine, 2003,v.2, p.52-57.

15. Ablin R.J. Cryoimmunology: Wandering in the desert for 40 years / Proceedings of XIV World Congress. 2007, p.146

16. Sabel M. Cryoimmunology: A review of the literature and pro-posed mechanisms for stimulatory versus suppressive immune responses // Cryobiology, 2009, v.58(1), p.1-11.

17. Самедов В.Х., Захарычев В.Д., Кузьменко А.П. Влияние криодеструкции, локальной СВЧ-гипертермии и их комбинации на показатели иммунной системы у мышей с саркомой 37 // Клин.онкология, 2012, №8(4), с.126-29.

Xülasə

Ağız boşluğunun müxtəlif epitelial bədxassəli şişlərinin kompleks müalicəsində lokal çox yüksək tezlikli-hipertermiya ilə yanaşı kriodestruksiya

V.X.Səmədov, V.D.Zaxarıçev, O.A.Mosin, D.N.Rudenko

Ağız boşluğu selikli qişası və dilin xərçəngi üzrə 122 xəstənin kompleks müalicəsinin nəticələrinin təhlili aparılmışdır. Müayinə olunan qrupda 24 xəstəyə tərəfimizdən tərtib olunmuş kompleks müalicə metodu tətbiq edilmişdir, buraya kimyəvi-şüa terapiyası, kriodestruksiya və bir sutkadan sonra lokal yüksək həssaslıqlı-hipertermiya daxil edilmişdir. İki nəzarət qrupu vardır. Onlardan birində (n=60) kimyəvi-şüa terapiyası ilə cərrahi müalicə kompleksi, digərinə (n=38) kimyəvi-şüa terapiyası və kriodestruksiya aparılmışdır. Müayinə qrupunda ağız boşluğunda birinici residivlərin tezliyi ilk 12 ayda orta hesabla 20,80±8,30%, I nəzarət qrupunda 53,30± 6,45%, ikinci nəzarət qrupunda 31,60±7,50% təşkil etmişdir. Bütün nəzarət müddəti ərzində regionar metastazların sayı birinci nəzarət qrupunda 23,30±5,40%, II nəzarət qrupunda 34,20±7,70% olmuş, tədqiqat qrupunda aşkar edilməmişdir. Tədqiqat qrupunda xəstələrin üçgünlük sağqalma tezliyi 76,70±5,40%, I nəzarət qrupunda 56,50±8,80%, II nəzarət qrupunda 51,60±6,50% olmuşdur. Beləliklə, kriodestruksiyadan 1 sutka sonra lokal yüksək həssaslıqlı-hipertermiyanın aparılması kompleks müalicənin nəinki yerli, həm də şişəleyhinə effektini artırmağa imkan verir.

Summary

Cryodestruction with local microwave hyperthermia in complex treatment of malicnant epithelial cancers of oral cavity

V.H. Samadov, V.D. Zakharychev, O.A. Mosin, D.N. Rudenko

Comparative analysis of treatment results was made for 122 patients with cancer of mucous membrane of oral cavity and tongue. In the experimental group of 24 patients the method of complex treatment developed by the authors was applied including chemo-radiation therapy (CRT), tumor cryodestruction (CD) that a day later was followed with local microwave hyperthermia. The control comprised two groups of patients- in the first group (n=60) the patients were after complex treatment with CRT and surgery (S), in the second group (n=38) the patients were after complex treatment with CRT and CD. Rate of local tumor relapses in the first 12 months of observation in experimental group was, on an average, 25,0±8,80%, in the first control group– 53,30± 6,45%, in the second control group –31,60±7,50%. Regional metastases rate over the whole observation period in the first control group was 23,30±5,46%, in the second control group – 34,20±7,70%, in the experimental group regional

metastases were not detected. Three-year survival rate of patients in the experimental group was 65,70±3,40%, in the second control group-56,50±2,30%, in the first control group – 51,60±3,45%. Therefore, application of local hyperthermia in a day after tumor CD allows to improve not only local, but also general antitumor efficiency of complex treatment.

Daxil olub: 03.05.2013

HEMODİALİZ MÜALİCƏSİ ALAN XƏSTƏLƏRDƏ AĞIZ SUYUNUN KİMYƏVİ TƏRKİBİNDƏ BAŞ VERƏN DƏYİŞİKLİKLƏR VƏ ONLARIN PRAKTİK SAĞLAM İNSANLARLA MÜQAYİSƏSİ

O.S.Seyidbəyov, İ.M.Həmidov, C.Ə.Babayev, S.Z.Əliyev, F.M.Şirinov

Ə. Əliyev adına ADHTİ, stomatologiya və üz-çənə cərrahiyyəsi kafedrası, Bakı

Açar sözlər: hemodializ, ağız suyu, ağız boşluğunun selikli qişası.

Ключевые слова: гемодиализ, слюна, слизистая оболочка полости рта.

Key words: haemodialysis, saliva, oral mucosa.

Orqanizmin maye mühitinin tərkib hissəsi kimi ağız suyunda osmotik konsentrasiyanın diapazon dəyişikliyi Na, K, Cl ionları ilə çox qısa olmaqla fizioloji konstatlar tərkibində mövcuddur. Ədəbiyyatda ağız suyunun osmoliyarlığının daimi tənzimlənməsində sistem və regionar mexanizmlərin, su-duz mübadiləsini tənzim edən, mərkəzi neyro-endokrin sisitemin roluna böyük əhəmiyyət verilir. Ağız boşluğu xəstəliklərinin patogenezinin araşdırılmasında ağız suyu vəzilərinin parenximasının maye və osmotik maddələrinin transepitelial keçiriciliyinin fizioloji və patoloji mexanizmlərinin öyrənilməsi elmi-praktik əhəmiyyət daşıyır. Mineral osmolitlərin və mayenin transepitelial nəqlinin intensivliyi ağız suyunun fiziki-kimyəvi stabilliyinin əsasını təşkil edir. Eyni zamanda ağız boşluğunda osmotik aktiv maddələrin nəqlinin avtonom şəkildə tənzim olunması da inkar olunmur, bu da osmotik qradientin stabilliyi üçün çox vacibdir. Ağız boşluğunun selikli qişasının, ağız suyu vəzilərinin regionar transepitelal osmotik qradienti stabil saxlama xüsusiyyəti böyrək və alveol epitellərinin osmotik qradientlərindən heç də fərqlənmir [1,2].

Bir çox mənbələrdə qeyd olunur ki, böyrək xəstəlikləri nəticəsində ağız suyunun tərkibində dəyişikliklər baş verir. Yaranmış patologiya nəticəsində orqanizmdə baş verən ümumi intoksikasiya fonunda ağız suyunun kimyəvi tərkibində də bir sıra göstəricilərin dəyişməsi dinamik müşahidələrlə sübuta yetirilmişdir [3,4].

Ədəbiyyatda parodont toxumasının iltihabı xəstəlikləri olan pasiyentlərdə ağız suyunun biokimyəvi analizinin aparılması bu xəstəliklərin erkən diaqnostikasında, parodont toxumasının vəziyyətinin qiymətləndirilməsində və bəzi sistem xəstəlikləri fonunda baş verən dəyişiklikləri müəyyən etməyə imkan verir. Eyni zamanda qeyri-invaziv müayinə üsullarının təkmilləşdirilməsi ağız suyu ilə əlaqəli endokrin, farmakoloji, toksikoloji təsirləri də araşdırmağa şərait yaradır. Ağız suyunda olan bir sıra üzvi maddələrin, mineral komponentlərin diaqnostik məqsədlə öyrənilməsi böyük əhəmiyyət kəsb edir [5,6,7,8,9].

Xroniki böyrək xəstəliyi və hemodializ müalicəsi alan xəstələrdə homeostazın, su-duz və kalsium-fosfor mübadiləsinin pozulması, ağız suyu ilə istər uremik toksinlərin ifraz olunması, istərsə də əsas xəstəliyin ağız boşluğu selikli qişasına təsiri barədə ədəbiyyat məlumatları çox az olduğundan yuxarıda göstərilənlərin öyrənilməsi tədqiqatın əsas **məqsədi** olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Bu məqsədlə Akademik M.C. Cavadzadə adına Respublika Kliniki Uroloji Xəstəxanasında hemodializ müalicəsi alan 65 xəstədə (38 kişi və 27 qadın, 22-73 yaş olmaqla) ağız boşluğunun selikli qişasının makroskopik və ağız suyunun laborator müayinəsi aparılmışdır.

Xroniki böyrək xəstəliyi şübhəsi ilə müayinə olunan xəstələrdən: 13-xroniki qlomerulonefrit, 9 - xroniki piolonefrit, 8-böyrəkdaşı xəstəliyi,10-şəkərli diabet, 3-hipertoniya, 2- böyrəklərin polikistozu diaqnozu təsdiq olmuşdur.

Xəstələr həftədə 12 saat olmaqla "Frezenus" şirkətinin hemodializ aparatlarında müalicə seansları almışlar. Müayinə olunanlar 3 qrupa ayrılmışdır; I-praktik sağlam (10); II- parodontun iltihabı xəstəlikləri olan (10); III hemodializ müalicəsi alan xəstələr (65). Xəstələrə ağız suyu müayinəsindən 36 saat əvvəl xüsusi qidalanma rejimi, duzsuz, heyvani zülal və yağdan imtina etmək təklif olunmuşdur.

Tədqiqatın nəticələri. Ağız suyu 1-ci porsiyada götürülmüşdür və onun osmoliyarlığı, Ph, kalsium, fosfor və ağız boşluğu mikroflorası öyrənilmişdir.

Sağlam şəxslərdə; ağız suyu osmoliarlığı 96,2±4,3 mosmol/kg; P- konsentrasiyası 5,2±0,7 mmol/l; konsentrasiyası 0,96±0,17 mmol/l olmuşdur.

Parodont toxumasının iltihabı xəstəlikləri müşahidə olunan insanlarda; ağız suyunun osmoliarlığı 82±4 mosmol/kg; P-konsentrasiyası 7,84±0,5 mmol/l; konsentrasiyası 1,25±0,23 mmol/l olmuşdur, yəni bu xəstələrdə osmoliarliq nisbətən azalmış, fosfor və kalsiumun miqdarı artmışdır. Hemodializ müalicəsi alan xəstələrdə isə ağız suyu osmoliarlığı 79±3 mosmol/kg; P- konsentrasiyası 1,86±0,7 mmol/l; konsentrasiyası isə 1,52±0,04 mmol/l olmuşdur. Qanın elektrolitlərə görə müayinəsində isə F-0,97±0,9 mmol/l, 2,4±0,7 mmol/l olmuşdur.

Hemodializ seansları arası müddətdə 3-4 litr maye artıran xəstələrdə ağız suyu osmoliarlığı 52,4±2,5 mosmol/kg qədər azalmışdır, P- 0,64±0,3 mmol/l, 1,8 ±0,3 mmol/l olmuşdur.

Ultrafiltirasiya zamanı orqanizmdən mayenin xaric olunması hesabına ağız suyunda osmoliarlığın artması, kalsium və fosforun azalması baş vermişdir. Lakin paradoks olaraq toxuma keçiriciliyində pozulma uzun müddət hüceyrə arası hərəkətlə əlaqədar bu tarazlığı pozur.

Böyrək daşı xəstələrində isə ağız suyu osmoliarlığı 99,2±2,5 mosmol/kg; fosforun konsentrasiyası 1,54±0,6 mmol/l; isə 1,85±0,5 mmol/l olmuşdur. Paralel aparılan qan müayinələrində Ca və P konsentrasiyalarının qanda azalması sümüklərdə sorulma, exogenliyin azalması, birləşdirici toxumanın artması müşahidə olunur.

Şəkərli diabet mənşəli hemodializ müalicəsi alan xəstələrdə ağız suyu osmoliarlığı artıb 94±0,5 mosmol/kg; Fosforun konsentrasiyası 1,98±1,2 mmol/l; isə 2,4 ±0,5 mmol/l olaraq qanda kalsium və fosforun konsentrasiyası uyğun olaraq artmışdır.

Məlumdur ki, ağız suyu vəzilərinin sekretinin mineral tərkibi yalnız ilk porsiyalarda qanın mineral tərkibinə uyğun olur. Bu zaman asinuslarla birvalentli ionların ağız boşluğuna daxil olması lokal olaraq osmoliarlığı artırır və mayenin hərəkət istiqamətini təyin edir. Sonrakı mərhələdə isə ağız suyu vəzilərinin axarlarında yerləşən ion nəqli sistemini tənzimləyən epitellərdə Na və Cl ionlarının geri sorulmasına səbəb olur, bu da ağız suyunu hiposmoliar edir. Hiperhidratasiyalı xəstələrdə aparılan müayinələr bunu təsdiq etmişdir ki, bu xəstələrdə ağız suyunun osmoliarlığı hipotonik olmuşdur.

Şəkərli diabet mənşəli hemodializ alan xəstələrdə həm uremik toksinlərin, həm ağız boşluğu selikli qişasındakı mikrosirkulyator dəyişikliklər, trofikanın pozulması və infeksiyanın qoşulması mineral osmolitlərin və mayenin ağız boşluğu selikli qişasının hüceyrələrində hərəkətini çətinləşdirir və epitelin baryer xüsusiyyətini azaldır.

Ağız boşluğu mikroflorasının müayinəsi zamanı 22- xəstədə stafilokok; 13-anhemolitik (Gr-); 1-streptokok (Gr-); 4- anhemolitik streptokok(Gr-); 2 qarışıq (stafilo-streptokok) aşkar olunmuşdur.

Ağız boşluğunda ph əsasən turşuluğa doğru (7,1±0,2), az qrup xəstədə isə qələviləyə doğru (7,6±0,4) meyilli olmuşdur. Parodontun iltihabı xəstəlikləri olan xəstələrdə C-reaktiv zülal (CRP) 3,1±4; parodont xəstəliklərinə rast gəlinməyən xəstələrdə isə 4±0,3 olmuşdur. Şəkərli diabetli xəstələrdə CRP –in artması və Ph –ın turşuluğa doğru meyilliyi aşkar olunmuşdur belə ki, bu qrup xəstələrdə qarışıq mikroflora müəyyən olunmuşdur. Xroniki pielonefrit və böyrək daşı xəstəliyindən sonra olan xəstələrdə isə Ph qələviliyə meyilli, Gr (-) stafilokok mənşəli mikroflora üstünlük təşkil edir.

Ağız suyunda nitritlərin dinamik göstəricilərini araşdırarkən, onun nitrit-anion miqdarından asılı olması və azot oksidinin sintez sürətindən yararlanmasıyla nitritlərlə oksidləşmə reakiyasına məruz qalır. Nitritlərin ağız suyunda maddələr mübadiləsində əsas rol oynaması çox ciddi nəzarətdə olur. Bəzi ədəbiyyat məlumatlarına əsasən azot oksidi sintezinin əsasını endogen nitritlər təşkil edir. Sinir mərkəzləri səviyyəsində azot oksidi sintezi zəncirinin blokadası hesabına ağız suyu vəzilərində sintezin sürəti artır. Həmçinin nitritlər ağız boşluğunda patogen mikrofloranın inkişafını zəiflədir, həzm sisteminin distal hissəsində müdafiə funksiyasını dəyişir.

Bundan əlavə nitritlərin ağız suyunda konsentrasiyanın artmasına intensiv iltihabi prosesin mərkəzi kimi baxılır. Eyni zamanda ağız boşluğunda iltihabi prosesin stimulyasiyası ilə yanaşı, ağız suyu vəzilərinin antimikrob xüsusiyyətini artırmaqla ağız suyunda zülalların parçalanmasına səbəb olur. Bununla yanaşı ağız suyunda tiol qrupundan olan zülallar nitritlər üçün asan dağılma hədəfi sayılır. Tüpürcəkdə nitritlərin konsentrasiyasının artması onun peroksidləşmə aktivliyini zəiflədir, H_2O_2 - nin inaktivləşmə sürətini azaldır, bu da zülalların destruksiyasını gücləndirir.

Kardiomiositlərdə sintez olunan azot oksidi (NO) miokarda toksiki təsir edərək interstisial toxumada fibrozlaşmanı artırır. Xroniki və kəskin böyrək çatmazlığında sidik cövhərinin yüksək səviyyəsi azot oksidi sintezini azaldır və azot oksidinin qanda aşağı konsentrasiyası HD xəstələrində və digər qrup xəstələrdə xoşagəlməyən nəticələrə səbəb olur. Asimmetrik dimetilargininin təbii amin turşu olaraq azot oksidi (NO) sintezinin endogen inhibitorudur. Uremiyada asimmetrik dimetilargininin miqdarının artması uyğun olaraq azot oksidinin miqdarını azaldır ki, bu da hipertenziyanın və ürək qan-damar sistemi fəsadlarının yaranmasına səbəb olur.

Bütün yuxarıda şərh olunan ədəbiyyat məlumatlarının təsdiqini bizim hemodializlə müalicə olunan xəstələrdə yəni uremik toksinləri çox, ultrafiltrasiyaya məruz qalan və ürək qan-damar sistemində fəsadları olan xəstələrdə ağız boşluğunda ağız suyunda konsentrasiyasının, miqdarının, ph–ın və mikroflorasının dəyişikliyi sübut edir.

XBX başlanğıc mərhələlərində bütün ekzokrin vəzilərində olduğu kimi ağız suyu vəzilərində də uremik toksinlərdən azad olmaq üçün hipersalivasiya müşahidə olunur, bu da ağız suyunda osmoliarlığı azaldır, ph–ı turşuluğa doğru dəyişir, kalsium və fosforun miqdarını artırır. Şəkərli diabet və böyrək daşı xəstəliyi olan xəstələrdə bu hal özünü daha qabarıq göstərir. Uremiyanın sonrakı mərhələlərində infeksiyanın çox vaxt qarışıq xarakterdə olması, sidik cövhəri konsentrasiyasının artması, bəzən ağız suyu vəzilərinin yollarının tutulması, bəzən isə sinir innervasiyasının pozulması hesabına ağız suyunun ifrazı azalır, bununla da onun osmoliarlığı artır. Hər hemodializ seansında böyük miqdarda ultrafiltrasiyadan istifadə edən xəstələrdə seans arası dövrdə ağız suyunun osmoliarlığı və elektrolitləri artır. Diurezi saxlanılmış xəstələrdə isə bu dəyişikliklər özünü çox da biruzə vermir.

ƏDƏBİYYAT

1. Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н. Терапевтическая стоматология. М.: Медицина, 1998, 736с.
2. Palmerini C.A., Palombari R.P., Arienti G. NO synthesis in human saliva. // Free Radic Res., 2003, v.37(1), p.39-31.
3. Барер Г.М., Панкова С.Н., Воложин А.И. Некоторые особенности течения пародонтита при патологии почек // Стоматология, 1989, № 5, с.34-37.
4. Джавад-заде М.Д., Мальков П.С. Хроническая почечная недостаточность: патофизиология, клиника и лечение. М., 1978, 319с.
5. Mckinidht G.M., Smith L.M., Drummond R.S. et al. Chemical synthesis of nitric oxyde in the stomach from dietary nitrate in humans . // Gut, 1997, v.40 (1), p.211-214.
6. Mensinqa T.T., Speyers G.Z., Meulenbelt J. Health implications of exposure to environmental nitrogenous compaunds. // Toxical Rev., 2003, v.22 (1), p.41-51.
7. Saad W.A., Gutierrez Li., Guarda I. F. Nitric oxide of the supraoptic nucleus influences the salivary secretion, sodium renal excretion, urinary volume and arteril blood pressure induced by pilocarpine. // LifeSci, 2004, v.74(13), p.1593-1603
8. Takahama U., Yamamoto A., Shirota S., Oniki T. Quercotin dependent reduction of salivary nitrite to nitric oxide under acidic conditions and interaction between quercetin and ascorbic acid during the reduction. // Jagric Food Chem., 2003, v.51 (20), p.6014- 6020.
9. Takeda I., Kizu Y., Yoshitake O. et al Possible role of nitric oxide in rediation – induced salivary gland dysfuction. // Redat Res., 2003, v.159(1), p.465-470.

Резюме

Изменения в химическом составе слюны у больных, находящихся на гемодиализе и сравнение их с практически здоровыми людьми

О.С.Сеидбеков, И.М.Гамидов, Д.А.Бабаев, С.З.Алиев, Ф.М. Ширинов

Цель исследования- изучение гомеостаза, нарушения водно-солевого и кальций – фосфорного обмена слюны у больных хронической почечной недостаточностью, находящихся на программном гемодиализе. Было проведено макроскопическое изучение слизистой оболочки полости рта и лабораторное обследование слюны у 65 больных (38 мужчин и 27 женщин, 22-73 лет возраста) получающих гемодиализ в Республиканской Клинической Урологической больнице имени академика М.Д. Джавад-заде. В результате проведенного исследования у больных хронической почечной недостаточностью, получающих гемодиализ было отмечено изменение концентрации, количества, микрофлоры и РН слюны.

Summary

Changes in the chemical composition of saliva in patients on haemodialysis treatment and compare them with practically healthy persons

O.S.Seyidbayov, I.M.Qamidov, J.A.Babayev, S.Z.Aliyev, F.M.Shirinov

The aim of research- study of homeostasis, violation of water – salt and calcium – phosphorus exchange of saliva among the patients with chronic renal failure, being on the program hemodialysis. Microscopic study of oral mucosa and laboratory research of saliva was conducted among 65 patients (38 men, 27 women, 22-73 years) received hemodialysis in Republic Clinic Urolojical hospital named after akademik M.J.Javad-zade. At the result of conducted research among the chronic renal failure patients, being on the program hemodialysis was indicated change of concentration, quantity, microbial flora and PH of saliva.

Daxil olub: 23.06.2013

AYBAŞI LƏNGİMƏSİ ZAMANI VƏ ERKƏN HAMİLƏLİKDƏ ULTRASƏS MÜAYİNƏSİNİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

S.Ş. Məmmədova, A.H. Məmmədova, E.M. Əliyeva, N.Ş.Əliyeva

Azərbaycan Tibb Universiteti, I mamalıq və ginekologiya kafedrası, Bakı

Açar sözlər: aybaşı ləngiməsi, erkən hamiləlik, ultrasəs müayinə

Ключевые слова: задержка менструации, ранний срок гестации, ультразвуковое исследование

Keywords: delayed menstruation, early gestation, ultrasonography

Hamiləliyin erkən müddətində döl yumurtasının və embrionun inkişafının öyrənilməsi müasir mamalıqda aktual problem olaraq qalır.

Təyin edilmişdir ki, hamiləliyin erkən müddətində hipoksiyanın təsiri altında embrionun 6 həftəsində damarların displaziyası, hematoensefalik baryerin yetişməsinin ləngiməsi, keçiriciliyin artması, gələcək döldə və yenidoğulmuşda mərkəzi sinir sisteminin üzvi patologiyasının yaranmasına səbəb olur. Bu nöqteyi-nəzərdən döl yumurtasının strukturlarının öyrənilməsi mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Son 10 ildə transvaginal exoqrafiyanın istifadəsi hamiləliyin diaqnostikasında, yerləşməsində, embionun vəziyyətinin qiymətləndirilməsində vacib, əvəzolunmaz metod kimi kliniki praktikada istifadə olunur [4,5,11].

Müəlliflərin məlumatına görə hestasiyanin 6 həftəsindən sonra döl yumurtasının 16 mm diametrində embrionun olmaması 62%-də hamiləliyin patoloji gedişatına dəlalət edir.Təyin edilmişdir ki, ultrasəs müayinəsində embrionun gec vizualizasiyası hamiləliyin sonrakı dövrlərində spontan abortla və inkşaf etməyən hamiləliklə fəsadlaşır [1,2]. Embrionun vaxtında görüntüsü, normal ürək vurğusunun təyini 93-97%-da hamiləliyin fizioloji gedişatını əks etdirir [3,8,9]. Ədəbiyyat məlumatlarına əsasən embrionun təpə-büzdüm ölçüsünün 5-8 mm olması zamanı embrionun ürək vurğusunun olmaması hamiləliyin patoloji gedişatının bir əlamətidir və bu hamiləlikdə rüşeymin erkən tələf olması ehtimalı yüksəkdir.

Embrionun vəziyyətini qiymətləndirmək üçün hamiləliyin erkən vaxtlarında döl yumurtasının, ekstaembrional strukturlarının, o cümlədən, sarılıq kisəsini, xorial və amniotik boşluqlarının öyrənilməsi vacibdir. Ümumiyyətlə, hamiləliyin erkən müddətlərində ultrasəs müayinəsinin aparılmasına göstərişləri təyin edilmişdir. Bu göstərişlərə döl yumurtasının lokalizasiyasının təyini, o cümlədən ektopik hamiləliyin erkən diaqnostikası, döl yumurtalarının miqdarının təyini, döl yumurtasının və uşaqlıq daxili vasitənin yerləşməsini, anomal inkşafı olan uşaqlıqda döl yumurtasının yerləşməsi aiddir [6,10].

Qeyd etmək lazımdır ki, inkşafda olmayan hamiləlikdə, vaxtından qabaq hamiləliyin düşmə qorxusunda və embrionun ekstraembrional strukturlarının vəziyyətinin öyrənilməsində exoqrafik metodun istifadəsi əvəzolunmazdır [2,10,11].

Problemin aktuallığını nəzərə alaraq hazırki tədqiqatın **məqsədi** təyin edilmişdir. Aybaşı ləngiməsi olan qadınlarda hamiləliyi olmayan və erkən hamiləliyinin exoqrafik göstəricilərinin xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi.

Məqsədə uyğun olaraq aybaşının 6 gün müddətində ləngiməsi olan 100 qadın müayinə olunmuşdur. Onlardan 25 qadında hamiləliyin olmaması, 75 qadında isə hamiləlik təyin edilmişdir. Müqayisə üçün 25 sağlam, aybaşı sikli normal olan qadınların reproduktiv orqanlarının ultrasəs müayinəsi aybaşı siklinin proliferativ fazasının 5-ci günündə aparılmışdır.

Vaginal öltürücüsü olan ultrasəs müayinəsi aybaşının 1 həftəyə qədər ləngiməsi fonunda aparılmışdır. Müayinədə uşaqlığın uzunluğu, eni, ön-arxa ölçüsü, yumurtalıqların uzunluğu, eni, qalınlığı, həcmi, endometriumun qalınlığının, döl yumurtasının, sarılıq kisəsinin diametri, aybaşı siklinin sarı cisminin və hamiləliyin sarı cisminin böyük və kiçik ölçüləri təyin edilmişdir. Alınan nəticələr uşaqlığın fizioloji ölçüləri ilə müqaisə olunmuşdur: uzunluğu- 6,7 (5,5-8,3) sm, eni- 6,1 (4,6-6,2) sm, qalınlığl (ön-arxa ölçüsü)- 3,6 (2,8-4,2) sm olmuşdur. Endometriumun qalınlığı lütein fazada 12 mm-ə qədər təyin edilir.

Aybaşı tsiklinin sonunda yumurtalıqların həcmi təyin edilmişdir və düsturla hesablanmışdır.

$$V(sm^3)=U\times G\times\sum\times 0,5$$

Burada: V-yumurtalığın həcmi; U-yumurtalığın uzunluğu; G-yumurtalığın qalınlığı; ∑-yumurtalığın enidir.

Döl yumurtasının ölçülərini təyin edərkən Callen P.W. (2009) tərəfindən fizioloji ölçülərdən istifadə edilmişdir:

-4 həftədə blastosistin uzunluğu 1 mm.

-5 həftədə embrionun təpə büzdüm ölçüsünün uzunluğu 5 mm.

Alınan nəticələr cədvəl 1-də təqdim olunmuşdur.

Cədvəl 1

Aybaşı ləngiməsi fonunda daxili cinsiyyət orqanlarının exoqrafik göstəriciləri (m±Se)

Exoqrafik göstəricilər	Müayinə qrupları		P
	Aybaşı ləngiməsi olan qrup (n=25)	Müqayisəli qrup, proliferativ fazanın göstəriciləri (n=25)	
Uşaqlıq:			
-uzunluğu,sm	5,61±0,14 (4,0-6,6)	6,12±0,21 (5,1-7,9)	>0,05
-eni,sm	6,5±0,11 (3,9-6,3)	6,23±0,06 (4,8-6,5)	>0,05
-ön-arxa ölçüsü,sm	4,11±0,09 (2,7-5,0)	3,61±0,03 (2,9-4,7)	<0,05
Endometriumun qalınlığı sm	1,15±0,05 (0,7-1,4)	0,36±0,08 (2,9-4,7)	<0,05
Sağ yumurtalıq			
-uzunluğu, sm	3,7±0,03 (2,7-4,5)	3,2±0,03 (2,4-3,7)	<0,05
-eni,sm	2,37±0,04 (2-3,3)	2,5±0,07 (2,1-2,8)	>0,05
-qalınlığı, sm	2,4±0,06 (1,6-4,2)	1,9±0,03 (1,6-2,4)	<0,05
-həcmi, sm^3	10,5±0,04	7,6±0,04	<0,05
Sarı cismin			
-böyük ölçüsü	1,38±0,11 (0,61-2,1)	-	
-kiçik ölçüsü	1,16±0,21 (0,7-1,6)	-	
Sol yumurtalıq			
-uzunluğu,sm	3,46±0,13 (2,5-4,6)	2,6±0,09 (2,3-3,1)	<0,05
-eni,sm	2,34±0,09 (1,6-2,4)	2,3±0,11 (1,4-3,6)	>0,05
-qalınlığı, sm	2,35±0,06 (1,7-3,2)	1,9±0,06 (1,6-2,6)	<0,05
-həcmi, sm^3	9,5±0,11	5,7±0,09	<0,05
Sarı cismin			
-böyük ölçüsü	1,34±0,09 (0,4-2,1)	-	
-kiçik ölçüsü	1,13±0,02 (0,6-1,8)	-	

Qeyd: P- dürüstlük dərəcəsi

Cədvəl 1-dən göründüyü kimi aybaşının 3-6 gün ləngiməsi olan qadınların uşaqlığının ön-arxa ölçüsünün, endometriumun qalınlığının, eyni zamanda hər iki yumurtalığın uzunluğunun, qalınlığının və həcminin statistik dürüst artması təyin edilir ($p<0,05$).

Qeyd etmək lazımdır ki, hər iki yumurtalıqda sarı cismin ölçüləri təyin edilmişdir. Hər yumurtalıqda olan sarı cisminin ölçüləri nəzərəçarpacaq dərəcədə fərqlənmirdilər ($p>0,05$).

Beləliklə, aybaşının 3-6 gün ləngiməsi və hamiləliyi olmayan qadınlarda uşaqlığın ön-arxa ölçüsünün, endometriumun qalınlığının və yumurtalıqların uzunluğunun, qalınlığının, həcminin statistik dürüst artması qeyd edilir.

Aparılan tədqiqatda aybaşının 3-6 gün ləngiməsi və uşaqlıqdaxili hamiləliyi olan qadınlarda uşaqlığın və yumurtalıqlırın exoqrafik göstəriciləri təhlil edilmişdir. Alınan nəticələr cədvəl 2-də təqdim olunmuşdur.

Cədvəl 2-dən göründüyü kimi uşaqlıqdaxili hamiləliyin erkən hestasiya müddətində uşaqlığın ölçüləri və endometriumun qalınlığı nəzərəçarpacaq dərəcədə yüksək olmuşdur (p<0,05).

Cədvəl 2

Aybaşı ləngiməsi fonunda və uşaqlıqdaxili hamiləliyi olan qadınlarda erkən hestasiya dövründə uşaqlığın exoqrafik göstəriciləri (m±Se)

Exoqrafik göstəricilər	Müayinə qrupları		p
	Erkən hestasiya dövründə uşaqlıqdaxili hamiləliyi olan qrup (n=75)	Abaşının ləngiməsi və hamiləliyi olmayan qrup(n=25)	
Uşaqlıq:			
-uzunluğu, sm	6,15±0,09(4,9-7,2)	5,61±0,14(4,0-6,6)	<0,05
-eni, sm	6,85±0,12(5,1-9,5)	6,5±0,11(3,9-6,3)	<0,05
-ön-arxa ölçüsü,sm	5,12±0,14(4,3-6,1)	4,11±0,09(2,7-5,0	<0,05
Endometriumun qalınlığı, sm	1,51±0,06(0,9-1,8)	1,15±0,05(0,7-1,4)	<0,05

Hamiləliyin erkən müddətində döl yumurtasının uzunluğunun, embrionun ölçüsü, sarılıq kisəsinin diametri və yumurtalıqda olan sarı cismin böyük və kiçik ölçüləri təyin edilmişdir. Hamiləliyin erkən müddətinin exoqrfik göstəriciləri cədvəl 3-də göstərilmişdir.

Cədvəl 3

Hamiləliyin erkən müddətinin USM göstəriciləri

Exoqrafik göstəricilər	Erkən hestasiya dövrünün nəticələri (n=75)
Döl yumurtasının diametri, mm	2,3±1,47(1,6-3,7)
Sarılıq kisəsinin diametri, mm	2,95±0,13(1,9-3,9)
Yumurtalıqda sarı cismin ölçüsü, mm	20,15±0,12(18-23)
Embrionun uzunluğu, mm	3,0±0,06(2,5-4,5)
Hamiləliyin müddəti (həftə)	3,89±0,11(3-6,2)

Cədvəl 3-dən göründüyü kimi aybaşının 6 günə qədər ləngiməsi olan qadınlarda vaginal ötürücü ilə ultrasəs müayinəsi döl yumurtasının , embrionun ölçüsü, sarılıq kisəsinin diametri, yumurtalıqlarda sarı cismin ölçüsü təyin edilir.

Beləliklə, aybaşı ləngiməsində və uşaqlıqdaxili hamiləlik zamanı hamiləlik olmayan qadınlardan fərqli olaraq uşaqlığın ölçülərinin, endometriumun qalınlığının, yumurtalıqlarda sarı cismin ölçülərinin yüksək olması, döl yumurtasının, embrionun, sarılıq kisəsinin vizualizasiyası qeyd edilir.

Aparılan tədqiqat nəticəsində hamiləliyin erkən müddətində embrionun və ekstraembrional strukturlarının exoqrafik göstəriciləri təyin edilib, bu da hamiləliyin erkən müddətində fizioloji meyarlar kimi istifadə oluna bilər.

ƏDƏBİYYAT

1. Волкова А.Е. Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии. Ростов-на Дону: Феникс, 2007,477с.

2. Дубиле М.П., Бенсон К.Б. Атлас по ультразвуковой диагностике в акушерстве и гинекологии. М.:МЕДпресс-информ, 2009, 328 с.

3. Медведев М.В., Юдина Е.В. Дифференциальная пренатальная ультразвуковая диагностика. М.: Реал Тайм, 2010, 160 с.

4. Михеева Н.Г., Якутовская С.Л., Марковская Т.В.. Ультразвуковая диагностика маточной беременности в ранние сроки. Учебно-методическое пособие. Минск, 2011,12 с.

5. Норман Ч., Смит Э., Пэт М. Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии понятным языком / Пер. с англ./ под ред А.И.Гуса. М.: Практическая медицина, 2010, 304с.

6. Флейшер А., Кеппл Д. Трансвагинальная эхография в 1 триместре беременности. Эхография в акушерстве и гинекологии. Теория и практика, Ч.1, М.: Видар, 2005, с. 71-99.

7. Хачкурузов С.Г. Ультразвуковое исследование при беременности раннего срока. М.: Медпресс-информ, 2005, 248 с.

8. Goldberg B.B., John P. Atlas ultrasound measurements. 2 edition. USA: Mosby Elsevier, 2006, 512p.

9. Paspulati R.M, Bhatt S., Nour S. Sonographic evaluation of first-trimester bleeding // Radiol.Clin.North.Am., 2004, v. 42 №2, p.297-314.

10.Botros R., Rizk M.B. Ultrasonography in reproductive medicine and infertility. Cambrige University Press, 2010, 321 p.

11.Wheelrer D., Sinosich M. Prenatal screening in the first trimester of pregnancy // Prenat. Diagn, 2009, №18, p. 537-543.

Резюме

Особенности ультразвукового исследования при задержке менструации и ранних сроках гестации

С.Ш. Мамедова, А.Г. Мамедова, Э.М. Алиева, Н.Ш. Алиева

Целью данного исследования явилось определение эхографических показателей у женщин с отсутствием беременности и при ранних сроках беременности на фоне задержки менструации. Обследовано 100 женщин с задержкой менструации до 6 дней. Из них- у 25 отсутствовала беременность во время исследования и в последующие дни, у 75 определялись ранние сроки гестации. Сравнительную группу составили 25 женщин с нормальным менструальным циклом. Ультразвуковое исследование им проводилось на 5 день менструального цикла. Было установлено, что в ранние сроки беременности отмечалось достоверное увеличение размеров матки, толщины эндометрия, диаметров желтого тела по сравнению с пациентками с задержкой менструации и отсутствием беременности. В ранние сроки беременности диаметр плодного яйца составил-2,3±1,47 мм, диаметр желточного мешка- 2,95±0,13мм, диаметр желтого тела беременности- 20,15±0,12 мм, длина эмбриона- 3,0±0,06 мм, что соответствовало - 3,89±0,11 недельной беременности. Данные показатели могут быть использованы в качестве физиологических критериев ранней беременности.

Summary

Distinctive features of ultrasound investigation in women with delay of menstruation and in early pregnancy

S.Sh. Mamedova, A.G. Mamedova, E.M.Aliyeva, N.Sh.Aliyeva

The aim of the study was determination of ultrasound features of women with absence of pregnancy and in early pregnancy. 100 women were examined with delay of menstruation up to 6 days. In 25 women the pregnancy was absent at the time of examination and during the following days, while in 75 women was determined early pregnancy. The control group comprised of 25 women with normal menstrual cycle. The ultrasound examination was undertaken on 5 day of the menstrual cycle. It was determined that uterine size, endometrial thickness and the size of the corpus luteum were truly greater compared to the patients with menstrual delay and absence of pregnancy. In early pregnancy the gestational sac diameter was 2,3±1,47 mm, corpus luteum diameter was 20,15±0,12 mm, embryonic CRL-3,0±0,06 mm, which correlated to 3,89±0,11 week pregnancy. These results could be used as physiologic criteria in early pregnancy.

Daxil olub: 13.06.2013

YAYILMIŞ İRİNLİ PERİTONİT ZAMANI LİPİDLƏRİN PEROKSİD OKSİDLƏŞMƏSİNİN VƏ ANTİOKSİDANT SİSTEMİNİN BƏZİ GÖSTƏRİCİLƏRİNİN DİNAMİKASI

Ə.M. Məmmədov, Ş.X. Əliyev, C.N. Ramazanov, M.M.Abdullayev

Azərbaycan Tibb Universiteti, III cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı

Açar sözlər: yayılmış irinli peritonit, lipidlərin peroksidləşməsi, antioksidant sistem

Ключевые слова:

Yayılmış irinli peritonitlərin (YİP) müalicəsi homeostaz sisteminin müxtəlif səviyyələrində baş verən pozğunluqların ifadəliliyindən və xarakterindən asılıdır. Peritonitin patogenezi əhəmiyyətli dərəcədə endogen intoksikasiya sindromu ilə şərtlənir [1,4,7,12], bunun inkişafı isə öz növbəsində lipidlərin peroksid oksidləşməsi (LPO) proseslərindən [1,2,3,6,8] asılıdır.

LPO məhsulları bir tərəfdən yüksək toksikliyə malik olub, hüceyrənin müxtəlif strukturlarının membranını zədələməklə, həyati vacib orqanların funksiyalarının pozulmasına gətirib çıxarır. Toksiki təsir LPO–in müxtəlif aralıq və son məhsulları olan yüksək toksikliyə malik birləşmələrin; dien konyuqatların, malon dialdehidlərin əmələ gəlməsindən asılıdır. Onların zədələyici təsiri membranların lipid qatının kövşəkləşməsi ilə özünü göstərir ki, bu da hüceyrələrin zülal komponentlərinin proteazların təsirinə həssaslığının artması, antioksidant aktivliyinə malik maddələrin (vitaminlərin, steroid hormonların) parçalanması, membranlarda patoloji keçiriciliyin əmələ gəlməsi, membranların və fermentlərin tərkibinə daxil olan zülalların xüsusuyyətlərinin

dəyişməsi, onların aktivləşməsi və inhibə olunmasından tutmuş transformasiyasına kimi xassələrinin dəyişilməsi ilə təzahür edir [6,8,11]. Digər tərəfdən LPO məhsulları zülal molekullarının deqradasiyasına və toksik maddələrin yaranmasına səbəb olur ki, nəticədə orta molekullu peptidlərin (OMP) əmələ gəlməsi endogen intoksikasiyanı sürətləndirir, həyati vacib orqan və sistemlərin həyat fəaliyyətinə mənfi təsir edərək patoloji prosesin dərinləşməsinə səbəb olur [5,9,10]. OMP hüceyrə metobolizminə bilavasitə toksiki təsir etməklə, hüceyrə immunitetinin vəziyyətini və bəzi fermentlərin aktivliyini inhibə edərək, maddələrin hüceyrə membranından nəqlinə maneəçilik yaradır. Bu səbəbdən orqanizmin detoksikasiyası və LPO proseslərinin intensivliyinin azaldılması YİP–in bütün mərhələlərində müalicənin əsas məqsədlərindən biridir. Müxtəlf detoksikasiyon terapiya metodlarının istifadəsinin effektivlik kriteriyaları və patogenetik əsaslandırılması ancaq klinik göstəricilərlə deyil, eləcə də LPO metobolitlərin konsentrasiyasıına görə təyin edilir.

Tədqiqatın məqsədi: Yayılmış irinli peritonitlər zamanı müxtəlif ağırlıq dərəcəli endotoksikozlu xəstələrdə lipidlərin peroksid oksidləşmə məhsullarının və antioksidant sisteminin bəzi göstəricilərinin dəyişmə dinamikasının, eyni zamanda qanın venadaxili lazerlə şüalandırılmasının (QVLŞ-45nm) bu göstəricilərə təsirinin tədqiqindən ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodları. Yayılmış irinli peritonitlər zamanı müxtəlif ağırlıq dərəcəli endotoksikozlu xəstələrdə lipidlərin peroksid oksidləşmə məhsullarının və antioksidant sisteminin bəzi göstəricilərinin dəyişmə xüsusiyyətlərinin tədqiqi məqsədilə tədqiqata daxil edilmiş, nəzarət qrupunu təşkil edən 54 xəstədə bu göstəricilərin dəyişmə dinamikası, eləcə də, endogen intoksikasiya (Eİ) sindromunun klinik əlamətləri təhlil edilmiş, əsas qrupu təşkil edən 40 xəstədə isə əməliyyatdan sonraki dövrdə qanın venadaxili lazerlə şüalandırılmasının (405 nm) bu göstəricilərə təsiri tədqiq edilmişdir.

Xəstələr endotoksikozun ağırlıq dərəcəsinə görə üç qrupa bölünmüşdür. Nəzarət qrup xəstələrdə qanın bəzi ümumi göstəriciləri 1–ci cədvəldə göstərilmişdir.

Cədvəl 1

Əməliyyatdan sonrakı birinci gündə qanın ümumi analizinin bəzi göstəriciləri

Göstəricilər	I qrup n=16	II qrup n=16	III qrup n=22
Hemoqlobin q/l (norma 126±4,5)	96,2±6,3	94,7±5,2	94,6±4,8
Eritrositlər (norma 4,2±0,2 x10^{12}/l)	3, ±0,1	3,6±0,3	3,7±0,1
Leykositlər (norma 6,4±0,2 x10^{9}/l)	12,4±0,3	10,6±0,4	11,7±0,1
EÇS (norma 9±1,8 mm/saat)	26,4±1,2	24,6±1,2	23,8±1,3

Əməliyyatdan sonrakı birinci sutkada xəstələrin hamısında Eİ sindromunun ilkin əlamətləri müşahidə edilməklə, dehidratasiya əlamətləri aydın nəzərə çarpmışdır. Xəstələrdə nəbz bir dəqiqədə 100 vurğudan çox–taxikardiya, tənəffüs tezliyi bir dəqiqədə 26-dan çox–taxipnoe, akrosianoz, dəri örtüyünün avazıması, yüksək hərarət, selikli qişanın quruluğu, bağırsaq parezi, eyforiya, bəzi xəstələrdə toksiki ensefalopatiya əlmətləri qeydə alınmışdır.

Qanın ümumi analizinin göstəricilərinin təhlili zamanı, bütün qrup xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı birinci sutkada, eritrositlərin və hemoqlobinin miqdarının əhəmiyyətli dərəcədə azalması müşahidə olunmuşdur. Hemoqlobinin miqdarı müvafiq olaraq 24,9%, 24,8%, 21,6%, eritrositlər isə 19%, 11,9% və 9,5% azalmışdır. Xəstələrin hamısında leykositlərin ümumi miqdarının artması qeydə alınmışdır. Eləcə də EÇS–nin mormadan kifayət qədər yüksək olması təyin edilmişdir.

Beləliklə, tədqiqatın nəticələri göstərdi ki, müayinə olunan xəstələrin hamısında EÇS–nin yüksəlməsi və leykositoz fonunda, hemoqlobinin miqdarının və eritrositlərin əhəmiyyətli dərəcədə azalması qeydə alınır.

Cədvəl 2

Eİ müxtəlif qrup xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı birinci sutkada LPO və antioksidant göstəricilərin dəyişmə dinamikası

Göstəricilər	Endotoksikozun dərəcəsi		
	I (yüngül)	II (orta)	III (ağır)
MDA mmol/l (norma64,4±8,2)	129,6±6,8	205,6±9,8	286,4±17,9
DK v/ml (norma1,42±0,07)	2,61±0,02	3,78±0,01	4,98±0,05
Katalaza mmol/l (norma 0,28±0,01)	0,11±0,010	0,010±0,001	0,006±0,01
Peroksidaza mmol/l (norma84,6±0,11)	40.6±0.1	32,3±1,3	25,7±1,4

OMP ş. v. (norma - 0.24±0.01)	0,27±0,02	0,35±0,04	0,46±0,08
Lİİ (norma – 0,56 ±0,04)	2,37±0,01	6,16±1,04	9,44±2,35

Qeyd: * -p < 0,01 olduqda dürüstdür

Laborator müayinələrin nəticələri göstərmişdir ki, tədqiq olunan bütün qruplardan olan xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı birinci sutkada lipidlərin peroksidləşmə məhsullarının konsentrasiyalarının yüksəlməsi, metobolik pozğunluqların daimi və mühüm təzahürlərindən biri olub, 2-ci cədvəldən göründüyü kimi əməliyyatın birinci sutkasında bütün qrup xəstələrdə LPO sistemində ciddi pozğunluqlar müşahidə edilir. Xəstələrdə peroksidləşmənin ilkin məhsulu olan DK–nın, eləcə də ikincili MDA–nın səviyyələrinin əhəmiyyətli dərəcədə artması təyin olunur. DK–nın miqdarı normadan əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olub, endotoksikozun ağırlıq dərəcəsinə uyğun olaraq 1,8; 2,7; 3,5 dəfə artmışdır. MDA–nın konsentrasiyası, normal göstəricilərlə müqayisədə, hər qrupa müvafiq olaraq 2,01; 3,2; 4,4 dəfə artmışdır. Göründüyü kimi, lipidlərin peroksidləşmə proseslərinin ikincili məhsulu olan MDA–nın səviyyəsi, birincili məhsul olan DK–nın səviyyəsindən yüksək olub. Bu rəqəmlər YİP zamanı LPO proseslərinin intensivləşməsini və lipidlərin peroksidləşməsinin toksiki məhsullarının eliminasiyasının pozulmasını göstərir.

Eİ sindromunun bəlli əlamətlərini müqayisə edərkən qan zərdabında OMP–in konsentrasiyasının və Lİİ–nin artması qeydə alınmışdır. Qan zərdabında OMP miqdarı norma ilə müqayisədə birinci qrupda 1,1 dəfə, ikinci qrupda 1,5 dəfə, üçüncü qrupda isə 2 dəfə artmışdır. Lİİ–nin miqdarı isə müvafiq olaraq normadan əhəmiyyətli dərəcədə yüksək-4,2; 11 və 17 dəfə olmuşdur.

I dərəcəli Eİ sindromu olan xəstələrdə ənənəvi müalicənin birinci sutkasında Lİİ və OMP səviyyələri müvafiq olaraq 3,75% və 3,84% azalmış, üçüncü sutkada isə Lİİ səviyyəsinin 10,5%, OMP 7,4% kimi azalmasına baxmayaraq, 7–ci sutkada Lİİ göstəricilərinin normadan 23,2% artıq yüksəlməsi qeyd olunurdu.

II dərəcəli endotoksikozlu xəstələridə Lİİ göstəricilərinin 7,8%, OMP səviyyəsinin 2,8% azalması müşahidə edilsə də, bu rəgəmlərin normadan 2,2 və 1,25 dəfə yüksək səviyyədə qalması qeydə alınmışdır. Ənənəvi intensiv terapiya alan III dərəcəli endotoksikozlu xəstələrdə Lİİ göstəricisinin 3,3%, OM səviyyəsinin 2,2% qədər olmaqla, digər qrup xəstələrlə müqayisədə çox zəif azalma qeydə alınmışdır.

Ağır endotoksikozlu xəstələrdə ümumi intensiv terapiyanın yeddinci sutkasında Lİİ göstəricisi normadan 11,5 dəfə, OMP 1,75 dəfə yüksək olmuşdur (bütövlükdə Lİİ göstəricilərinin 32,0%, OM səviyyəsinin 8,7% azalması qeydə alınmışdır ki, bu da intensiv azalma deyildir).

I dərəcəli endotoksikozlu xəstələrdə əməliyyatdan sonraki dövrün birinci sutkasında MDA 3,1% və DK 2,7% artması, katalazanın konsentrasiyasının 18,2% azalması, peroksidazanın konsentrasiyasının 12,8% azalması müşahidə olunmuşdur. Orta dərəcəli endotoksikozlu xəstələrdə MDA konsentrasiyasının 8,75% qədər yüksəlməsi, DK konsentrasiyasının 5,8% qədər artması qeydə alınmışdır. Müşahidə zamanı həmin xəstələrdə katalazanın 20% peroksidazanın isə 21,9% azalması təyin edilmişdir. III dərəcəli endotoksikozlu xəstələrdə həmin göstəricilərin dəyişməsi daha çox nəzərə çarpmışdır: MDA konsentrasiyasının 14% qədər, DK konsentrasiyasının 21,7% qədər, katalazanın – 33,4% qədər kəskin azalması, peroksidazanın isə 23,7% qədər azalması müşahidə olundu.

Ənənəvi intensiv terapiya alan ağır dərəcəli endogen intoksikasiyalı xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı üçüncü sutkada ancaq malon dialdehidlərin və dien konyuqatların konsentrasiyalarında azalma, katalaza və peroksidaza aktivliyinin qismən artması müşahidə edilmişdir. I dərəcəli endotoksikozlu xəstələrdə MDA 5,5% qədər, DK isə 1,9% qədər azalmış, katalazanın aktivliyi 21,4% qədər, peroksidazanın aktivliyi 14,3% qədər artmış oldu. III dərəcəli endotoksikozlu xəstələrdə MDA göstəricilərinin 11,2% qədər, DK göstəricilərini 18% qədər artması (müvafiq olaraq 3,5 və 2,9 dəfə yüksək olmuşdur), katalazanın aktivliyi 25% qədər, peroksidaza aktivliyi isə 13,2% qədər yüksəlmişdir.

Orta dərəcəli endogen intoksikasiyalı xəstələrdə əməliyyatdan sonraki yeddinci sutkada MDA və DK göstəriciləri yüksək səviyyədə qalaraq, normadan 1,9 dəfə artıq olmuş, katalazanın və peroksidazanın aktivliyi normadan müvafiq olaraq 1,7 və 1,2 dəfə aşağı olmuşdur. Bu xəstələrdə həmin göstəricilərin normallaşması ancaq əməliyyatdan sonraki onuncu sutkada qeyd olundu. Bu da ənənəvi müalicənin effektivsizliyini bir daha sübut edir. Tədqiqatın sonrakı mərhələsində müxtəlif ağırlıq dərəcəli Eİ sindromu ilə müşayiət olunan xəstələrdə QVLŞ (405 nm) effektivliyi təhlil edilmişdir.

Cədvəl 9

Əsas qrupda müxtəlif ağırlıq dərəcəli cərrahi endotoksikozlu xəstələrdə Eİ göstəricilərinin dəyişmə dinamikası. QVLŞ əməliyyatın birinci günündən aparılmışdır (M±m)

Müayinənin müddəti	Xəstələrin qrupu	Lİİ (norma-0,56 ±0,04)			OMP ş.v. (norma – 0,24± 0,01)		
		Endotoksikozun dərəcəsi			Endotoksikozun dərəcəsi		
		I (yüngül)	II (orta)	III (ağır)	I (yüngül)	II (orta)	III (ağır)
İlk göstərici	əsas	2,40±0,01	6,13±1,21	9,43±2,41	0,26±0,03	0,35±0,03	0,47±0,01
Bir seans LŞ sonra	əsas	2,31±0,02	5,97±1,01	9,41±1,46	0,25±0,01	0,34±0,02	0,47±0,05
3 seans LŞ sonra	əsas	0,62±0,01	4,60±0,04	8,47±1,26	0,24±0,01	0,28±0,04	0,43±0,04
5 seans LŞ sonra	əsas	0,56±0,02	2,63±0,02	6,13±0,48	0,23±0,04*	0,26±0,03	0,40±0,02
7 seans LŞ sonra	əsas	-	0,58±0,02*	3,80±0,04	-	0,24±0,03	0,37±0,04

Qeyd: * – $p < 0,01$ olduqda dürüstdür

Əsas qrupda I dərəcəli endotoksikozlu xəstələrdə QVLŞ 3 seansından sonra Lİİ göstəricilərin 74,2% təşkil etdiyi halda, 5 seansdan sonra həmin göstəricilər normaya düşmüşdür. II dərəcəli endotoksikozlu əsas qrup xəstələrdə müalicənin üçüncü sutkasında Lİİ göstəricisi 24,9% təşkil etmiş, OMP səviyyəsi isə 20% azalmışdır. I və II dərəcəli endotoksikozlu xəstələrlə müqayisədə endogen intoksikasiya göstəricilərinin intensiv artmasına baxmayaraq, aparılan QVLŞ terapiyasının nəticəsində üçüncü sutkada III dərəcəli endotoksikozlu əsas qrup xəstələrdə Lİİ göstəricisi və OMP səviyyəsi müvafiq olaraq 10,2% və 8,5% olmuşdur. II dərəcəli endotoksikozlu əsas qrup xəstələrdə QVLŞ yeddi seansından sonra Lİİ göstəricisi və OMP səviyyəsi normallaşmışdır.

III dərəcəli Eİ sindromu olan əsas qrup xəstələrdə QVLŞ yeddinci seansından sonra Lİİ göstəricisi normadan 6,8 dəfə (3,80±0,04), OMP səviyyəsi 1,5 dəfə (0,37±0,04 ş.v) yüksək olmuşdur (Lİİ və OMP göstəricilərinin azalması müvafiq olaraq 59,7% və 21,3% təşkil etmişdir).

Tədqiq edilən xəstələrin laborator göstəricilərini təhlil edərkən məlum olur ki, birinci və üçüncü dərəcəli endogen intoksikasiyalı xəstələrdə LPO, Eİ və orqanizmin antioksidan göstəricilərinin dəyişmə dinamikası əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənir. I və II dərəcəli endotoksikozlu əsas qrup xəstələrdə, nəzarət qrupu ilə müqayisədə QVLŞ (405nm) tətbiq edilməsi fonunda LPO–nun toksik aralıq məhsullarının effektiv eliminasiyası qeydə alınmış eləcə də, katalaza və peroksidazanın artması ilə müşayiət olunmaqla orqanizmin antioksidant sisteminin əhəmiyyətli dərəcədə aktivləşməsi müşahidə edilmişdir. Bu qruplarda endogen intoksikasiya göstəricilərinin əhəmiyyətli dərəcədə azalması qeydə alınmışdır.

Beləliklə, tədqiqatlar göstərdi ki, YİP xəstələrin hamısında leykositlərin ümumi miqdarının, neytrofillərin artması və EÇS–nin yüksəlməsi, LPO məhsullarının konsentrasiyasının, OMP və Lİİ səviyyələrinin artması ilə müşayiət edilir. Laborator göstəricilər xəstələrin klinik vəziyyətini əks etdirir. Bu da iltihabi prosesin, endotoksikozun ifadəliliyi və LPO prosesləri ilə sıx əlaqəli olmasını bir daha sübut edir.

Qarın boşluğundakı iltihabi proses oksigenin aktiv formasının əsas mənbəyi sayılan neytrofillərin aktivləşməsinə səbəb olur ki, bunun da sürətli əmələ gəlməsi patoloji peroksidləşmənin induksiyasına gətirib çıxarır. Digər tərəfdən toksiki məhsullar destruksiya ocaqlarından sorularaq Eİ sindromunun dərinləşməsini sürətləndirir. Əldə edilmiş nəticələr göstərir ki, YİP zamanı OMP–lə yanaşı, LPO məhsulları endotoksikozun əsas göstəriciləri ola bilər.

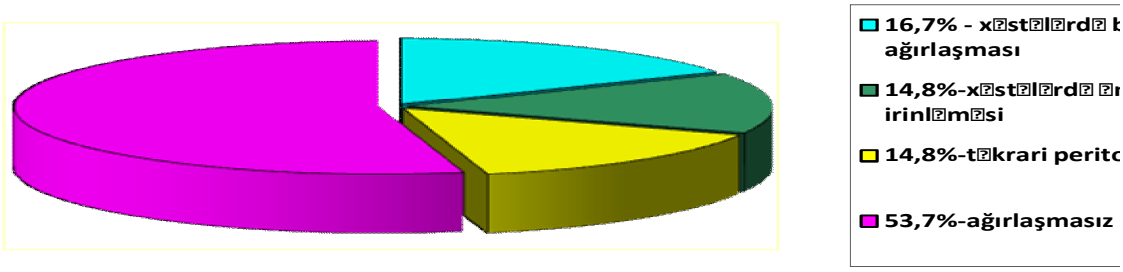
LPO məhsullarının göstəricilərini müqayisə edərkən məlum oldu ki, ilkin məhsul olan MDA səviyyəsi daha çox artdığı halda, sonradan onun sürətli azalması müşahidə edilir. Ancaq ikincili məhsul olan DK isə əksinə olaraq nisbətən az artır və müvafiq olaraq intensiv azalma qeyd olunmur.

Əməliyyatdansonrakı dövrdə eləcə də, OMP və Lİİ göstəricilərinin azalması da müşahidə olunur. Üçüncü – dördüncü sutkada OMP səviyyəsi 7,14% qədər, Lİİ isə 10,5% qədər azalmış, bu da əməliyyatdan sonrakı birinci sutkadakı göstəricilərə nisbətən aşağı olmuşdur. I və II dərəcəli endotoksikozlu xəstələrdə LPO məhsullarının, Lİİ və OMP göstəricilərinin qismən 7–ci sutkada normallaşması müşahidə edilsə də, Lİİ və OMP müvafiq olaraq 2,2, 1,5 dəfə yüksək rəqəmlərdə qalır. Ağır dərəcəli endotoksikozlu xəstələrdə Eİ əsas markerlərinin normallaşması hətta yeddinci sutkada da müşahidə edilmirdi. Lİİ birinci sutkaya nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə azalaraq 44% təşkil edirdisə,

OMP səviyyəsi normadan 1,7 dəfə yüksək idi. Alınmış nəticələrin təhlili göstərir ki, LPO məhsullarının orqanizmdən eliminasiyasına baxmayaraq, bu göstəricilərin normallaşması baş vermir. Bunun səbəbi yayılmış peritonitli xəstələrdə antioksidant sistemi komponentlərinin effektivliyinin kifayət qədər olmamasıdır. Belə ki, tədqiq olunan xəstələrdə antioksidant sisteminin əhəmiyyətli dəyişiklikləri qeydə alınmışdır. Katalazanın aktivliyi əməliyyatdan sonrakı birinci sutkada artmış, sonradan bu fermentin aktivliyi azalmışdır. Yeddinci sutkada isə katalazanın aktivliyinin kifayət qədər azaması, eləcə də peroksidazanın konsentrasiyasının azalması müşahidə olunurdu. Beləliklə, katalazanın və peroksidazanın səviyyəsi əhəmiyyətli dərəcədə normadan 2,2 dəfə aşağı olmuşdur. Ilk günlərdə bu göstəricilərin yüksəlməsi YİP zamanı orqanizmin antioksidant sisteminin gərginləşməsini göstərir.

Ədəbiyyat məlumatlarına görə katalaza digər antioksidant sistemi fermentlərinə nisbətən qan zərdabında uzun müddət yüksək aktivliyini saxlayır. Katalazanın qan zərdabında miqdarının əməliyyatın birinci sutkasından artması, antioksidant sisteminin müdafiə mexanizmlərinin nisbi kompensasiyasını xarakterizə edir. Ancaq LPO proseslərinin intensivliyinin səviyyəsi ilə antioksidant sistemi fermentlərinin dəyişimə dərəcəsinin müqayisəsi zamanı, katalazanın qan zərdabında artması kifayət qədər olmamışdır. Bunun nəticəsidir ki, LPO məhsullarının səviyyəsinin kəskin artması, onları neytrallaşdıran fermentlərin miqdarının azlığından irəli gəlir və sonradan bu fermentlərin tədricən üzülməsi baş verir.

Müxtəlif ağırlıq dərəcəli endotoksokozlu xəstələrdə (ənənəvi intensiv terapiya alan) əməliyyatdan sonrakı dövrdə müxtəlif ağırlaşmalar olmuşdur. Belə ki, ənənəvi intensiv terapiya almış 54 xəstədən 9 (16,7%) xəstədə bronx–ağciyər ağırlaşması, 8 (14,8%) xəstədə əməliyyat yarasının irinlənməsi qeydə alınmışdır. 8 xəstə (14,8%) peritonitin proqressivləşməsi baş verdiyindən təkrari cərrahi əməliyyata məruz
qalmışdır



Şək. 1. Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar

Yüngül dərəcəli endotoksikozlu xəstələrdən, 1 xəstə əməliyyatdan sonrakı dördüncü sutkada kəskin ürək çatışmazlığından (miokardın kəskin işemiyası) vəfat etmişdir ki, bu da letallığın 6,2% təşkil etdiyini göstərir.

Orta dərəcəli endotoksikozlu xəstələrdən 2–də letallıq qeydə alınmışdır ki, bu da 12,5% təşkil edir. Xəstələrdən biri proqressivləşən intoksikasiya fonunda poliorqan çatışmazlığı, digəri isə ağciyər arteriyasının tromboemboliyası nəticəsində vəfat etmişdir.

Ağır dərəcəli endotoksikozlu nəzarət qrupundakı 12 xəstədən 4-ü ölmüşdür ki, bu da 33,3% təşkil etmişdir. Bu xəstələrdə ölümlərin səbəbləri proqressivləşən endotoksikoz və poliorqan çatışmazlığı olmuşdur.

Tədqiq edilmiş göstəricilərin dəyişmə dinamikasının təhlili göstərir ki, ənənəvi ümumi intensiv terapiya fonunda LPO məhsullarının və OM peptidlərin nisbətən azalması, antioksidant sistemi fermentlərinin üzülməsi qeydə alınır. Bunun nəticəsi olaraq əməliyyatdan sonrakı dövr ağırlaşmalarla, sağalmanın uzun sürməsi və yüksək letallıqla müşayiət edilir.

YİP xəstələrin ağırlıq dərəcələrinə müvafiq LPO məhsullarının və antioksidan sistemi göstəricilərinin dəyişmə dinamikası müvafiq olaraq intensiv olur. Qarın boşluğunda irinli infeksiyaların inkişafı, LPO məhsullarının fəallaşmasına və orqanizmin antioksidant sistemi göstəricilərinin aktivliyinin azalmasına səbəb olur. Bu halda endogen intoksikasiyanın ağırlıq dərəcəsi artdıqca, bir o qədər peroksidləşmə prosesləri intensiv keçir və Eİ sindromunun patogenezinin əsas həlqələrindən biri olan yüksək toksikli LPO–nun aralıq və son məhsullarının izafi toplanmasına gətirib çıxarır. Endotoksikozun yüksək göstəricilərində peroksidasiya prosesləri intensiv artır və qan zərdabında LPO aralıq məhsullarının (MDA, DK) konsentrasiyası nə qədər yüksəlirsə, antioksidant sistemin (katalaza və peroksidaza) aktivliyi bir o qədər dinamik azalır.

Tədqiqatın gedişindən alınan nəticələrin təhlili qanın venadaxili lazerlə şüalandırılmasının LPO proseslərinə inhibəedici təsir göstərdiyini və yayılmış peritonitlər zamanı lazer şüasının hemokorreksiyaedici təsirindən oksidləşmə əleyhinə müdafiə sisiteminin aktivləşdiyini deməyə imkan verir.

ƏDƏBİYYAT

1. Abdinov E.Ə., Həsənov M.C. Peritonitin etioloji faktorlardan asılı olaraq peritoneal eksudatın toksikliyinin və lipid peroksidləşməsi məhsulların miqdarının dəyişməsi // Sağlamlıq, 2006, №2, s.37-41

2. Axundbəyli A.Ə., Məhərrəmbəyli İ.Ş., İsmayılov İ.S. Yayılmış irinli peritoniti olan klinik gedişata təsiri və onların korreksiyası // Azərbaycan Tibb jurnalı, 2000, №2, s.23-26

3. Hacıyev C.N., Tanrıverdiyev M.N., Hacıyev N.C. Yayılmış peritonit zamanı ozonoterapiya üsullarının seçimi // Sağlamlıq, 2008, №10, s.29-33

4. İsmaylov S.Ə. Lipidlərin peroksidləşməsi və onların organizmdə tənzim-lənməsi // Sağlamlıq, 2005, №7, s.103-105

5. Гавриленко Г.А. Опыт применения гемосорбции при экзо- и эндотоксикозах / «Проблемы сорбционной детоксикации внутренней среды организма». Материалы мнждународного симпозиума. Новосибирск, 1995, с. 55-57

6. Голуб И.Е., Сорокина Л.В. Внутрисосудистое лазерное облуче-ние крови как компонент анестезиологического обеспечения при оперативном лечении больных с острой кишечной непроходимостью // Интенсивная терапия, 2007, №1

7. Зимон И.Н., Агзамов А.И, Калиш Ю.Л., и др. Внутриартериальное облучение низкоэнергетическим гелий-неоновым лазером в интенсивной терапии панкреатита и перитонитов / Новое в лазерной медицине и хирургии. Тезисы международной конференции. Переславль-Залесский. 1990, с.117-118.

8. Козлов В.И., Буйлин В.А. Лазеротерапия с применением АЛТ «Мустанг». М.: Фирма «Техника», 1997, 200с.

9. Малышев В.Д., Потапов А.Ф., Трепилец В.Е. и др. Нарушение процессов перекисного окисления у хирургических больных на этапах лечения // Анестезиология и реаниматология, 1994, № 6, с.53-59.

10.Островский В.К., Алимов Р.Р., Мащенко А.В. Лейкоцитарные индексы в диагностике гнойных и воспалительных заболеваний и в определении тяжести гнойной интоксикации // Вестник хирургии, 2003, Т.162, №6, с.102- 104.

11.Mitaritonno M. et al. Current developments in the treatment of acute generalized peritonitis // Minerva Chir., 2001, v.56, №5, p.525-530.

12.Kaur N., Gupta M.K., Minocha V.R. Early enteral feeding by nasoenteric tubes in patients with perforation peritonitis // WorldJ.Surg., 2005, v.29, №8, p.1023-1027.

Резюме

Динамика изменений некоторых показателей систем перекисного окисления липидов и антиоксидантов в послеоперационном периоде разлитого гнойного перитонита

А.М.Мамедов, Ш.Х.Алиева, Дж.Н.Рамазанов, М.М.Абдуллаев

Целью исследования явилось изучение динамики изменений некоторых показателей систем перекисного окисления липидов и антиоксидантов в послеоперационном периоде разлитого гнойного перитонита. В исследование вошли 54 больных в основную группу вошли 40 больных. Им был проведен лазерное облучение внутривенной крови. Полученные даны показали, что лазерное облучение оказывает ингибирное воздействие на перекисное окисление липидов. Из-

за гемокорригирующего эффекта лазерное облучение активизирует антиоксидантную защитную систему.

Summary

Dynamics of changes in some indicators systems of lipid peroxidation and antioxidants in the postoperative period diffuse purulent peritonitis

A.M.Mamedov, Sh.H.Aliyeva, J.N.Ramazanov, M.M.Abdullayev

The aim of the study was to study the dynamics of changes of some indicators systems of lipid peroxidation and antioxidants in the postoperative period diffuse purulent peritonitis. The study included 54 patients in the study group comprised 40 patients. It held an intravenous laser irradiation of blood. Are obtained showed that the laser irradiation has ingibirnoe effects on lipid peroxidation. Because of the effect of laser irradiation gemokorrigiruyuschego activates antioxidant defense system .

Daxil olub: 06.05.2013

BƏTNDAXİLİ İNKİŞAF LƏNGİMƏSİ OLAN YENİDOĞULMUŞLARDA ADHEZİYA MOLEKULLARI VƏ BÖYRƏK FUNKSİYASININ QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

P.Ə. Orucova, A.A. Axundova, S.Ş. Həsənov, S.A. Hüseynova,
S.M. Ələsgərova, S.N. Muxtarova, H.Ü.Dünyamalıyeva
Azərbaycan Tibb Universiteti, Neonatologiya kafedrası, Bakı

Açar sözlər: bətndaxili inkişaf ləngiməsi, hüceyrəarası adheziya, sICAM-1, sVCAM-1,NGAL
Ключевые слова: адгезивные молекулы, ЗВУР, sİCAM-1 , sVCAM-1, NGAL
Key words: İntrauterine growth retardation , intercellular adhesion, sICAM, sVCAM, serum NGAL

Məlumdur ki, dölün bətndaxili xroniki hipoksiyasına səbəb olan faktorlar bətndaxili inkişaf ləngiməsinə (BDİL) səbəb olur, bu uşaqlarda da xəstələnmə və ölüm göstəriciləri fiziki inkişafı normal olan yenidoğulmuşlara nisbətən 3-8 dəfə yüksək olur [1,2]. Zədələnmənin ağırlıq dərəcəsinə hipoksiyanın dərinliyi, davametmə müddəti, hestasiya müddəti kimi müxtəlif faktorlar təsir göstərir [3]. İşemik zədələnmə zamanı endotel hüceyrələri tərəfindən müxtəlif proiltihabi sitokinlərin və xemotaktik molekulların təsiri nəticəsində adheziya molekulları sintez olunaraq bəzi patoloji proseslərin inkişafına təkan verir [4,5]. Eyni zamanda BDİL sindromu ilə doğulan uşaqlarda kompensator imkanların tükənməsi fizioloji doğuş hipoksiyasının asfiksiya ilə nəticələnməsinə səbəb ola bilər. Həm bətndaxili hipoksiya və işemiya, həm də doğuş asfiksiya nəticəsində hemodinamika pozulmaları hesabına böyrək toxumasının işemik zədələnməsi baş verir [6].

Hal hazırkı işin **məqsədi** də BDİL sindromu ilə vaxtında doğulan körpələrdə adheziya sisteminin vəziyyətini və böyrəyin işemik zədələnməsini müəyyənləşdirməkdir.

Tədqiqatın material və metodları. Bu məqsədlə nəzərdə tutulmuş elmi iş üçün material 5-saylı klinik doğum evində aparılmışdır. Bu məqsədlə 36 hamilə qadın və 36 yenidoğulmuş müayinəyə cəlb olunmuşdur. Hamilə qadınlarda və yenidoğulmuş körpələrdə bətndaxili infeksiyalar immunferment analiz metoduna əsasən istisna olunmuşdur. Bütün hamilə qadınların və yenidoğulmuş körpələrin klinik, instrumental (ultrasəs müayinəsi, dopleroqrafiya), laborator (qanın və sidiyin ümümi müayinəsi, koaquloqramma) müayinəsi aparılmışdır. Yenidoğulmuş körpələrin klinik müayinəsi zamanı Bollard J.L.və həmmüəllifləri (1979) tərəfindən tərtib edilmiş şkalasında morfoloji meyarlar və sinir-əzələ yetkinliyi dərəcəsinə əsasən onların hestasiya yaşına uyğun yetişkənlik dərəcəsini, eyni zamanda fiziki inkişaf göstəriciləri Azərbaycan regionu üçün N.Ə.Tağıyev və həmmüəllifləri tərəfindən tərtib olunmuş siqmal cədvələ əsasən müqayisə olunaraq bətndaxili inkişaf ləngiməsi müəyyənləşdirilmişdir [7]. Damar endotelinin funksiyasını yoxlamaq məqsədilə rutin qan analizi məqsədilə götürülmüş qan plazmasında sİCAM-1 (həll olan hüceyrədaxili adheziya molekulları) və sVCAM-1(həll olan damar hüceyrəsi adheziya molekulları), eyni zamanda böyrək toxumasının işemiyası zamanı henle ilgəyinin enli hissəsi və yığıcı kanalcıqlar tərəfindən sintez olunan serum NGAL-ın (neutrophil gelatinase-associated lipocalin-neytrofil jelatinaza ilə bağlı lipokalin) səviyyəsi təyin olunmuşdur.[8]

Alınmış nəticələr və onların müzakirəsi. Toplanmış materiallar əsasında 2 qrup müəyyənləşdirilmişdir: I qrup-sağlam BDIL olmayan və II qrup-BDİL olan vaxtında doğulan körpələr. Qruplara müvafiq anaların sağlamlıq vəziyyəti cədvəl 1-də verilmişdir.

Cədvəl 1

BDIL olmayan və II qrup-BDİL olan vaxtında doğulan körpələr analarının səhhətinin vəziyyəti

Anaların sağlamlıq vəziyyəti	I qrup(n=16)	IIqrup (n=20)
Sonsuzluq	n=1(6,25%)	n=3(15%)
Somatik xəstəliklər	n=1(6,25%)	n=2(10%)
Ginekoloji xəstəliklər	n=1(6,25%)	n=2(10%)
Preeklampsiya	n=9(56,25%)	n=12(60%)
Fəsadlaşmış mamalıq anamnezi	n=2(12,5%)	n=8(40%)*
Düşük təhlükəsi	n=1(6,25%)	n=3(15%)*
Çox döllü hamiləlik	n=0	n=0
Operativ doğuş	n=4(25%)	n=8(40%)
Ciftdə vizual dəyişikliklər	n=1(6,25%)	n=10(50%)**

Qeyd: *I qrupla müayisədə- p□0,05**; I qrupla müqayisədə- p□0,001 fərqin statistik dürüstlüyü

Cədvəldən göründüyü kimi burada əsasən FMA (anamnezdə ölü doğulma, düşüklər) daha cox 2-ci qrupda rast gəlinmişdir. Preeklampsiya, anemiya halları da II qrupda daha çox qeyd olunmuşdur ki, məhz bu patologiyalar ana-cift-döl qan dövranının pozulması və BDİl-in inkişafına səbəb olmuşdur. Yenidoğulmuş körpələrin klinik müayinəsinin nəticələri cədvəl 2-də öz əksini tapmışdır. BDİL-ə 30% simmetrik, 70% halda isə assimmetrik variantda rast gəlinmişdir. 28% halda 2-ci qrupda yüngül asfiksiya, 10% halda ağır asfiksiya qeydə alınmışdır. 1-ci qrupda isə 5% yüngül asfiksiya qeyd olunmuşdur. Mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsi nəticəsində baş verən nevroloji simptomlar və tənəffüs pozuntuları kimi əlamətləri, eyni zamanda yayılmış dərialtı toxumanın ödemi məhz II qrupda üstünlük təşkil etmişdir. II qrupa daxil olan körpələrdən 10-un vəziyyəti çox ağır olmuş, nəticədə 3 neonatal ölüm qeydə alınmışdır.

Cədvəl 2

Qruplar üzrə yenidoğulanların erkən neonatal dövrdə vəziyyəti

	I qrup (n=16)	IIqrup (n=20)
Apqar şkalası ilə qiymətləndirmə	7±0,75 (Min7-max9)	5,82±0,3 (min4-max7)
	8,2±0,6 (Min7-max9)	7±0,22 (Min6- max8)
BDİL sindromu simmetrik asimmetrik	0 0	n=6(30%)** n=14(70%)**
Vegetovisse-ral sindrom	n=5(31,25%)	n=8(40%)
TPS	n=0	n=10(50%)**
Qıcolma	n=0	n=3(15%)*
Sinir-reflektor oyanıqlıq sindromu	n=8(50%)	n=7(35%)
Süstlük sindromu	n=0	n=9(45%)**
Ödem	n=1(6,2%)	n=9(45%)**
Oliqouriya ilk 48 saat ərzində□1ml/kq/saat	n=0	n=4(20%)**
Kreatinin,ng/dl,M±m	0,67±0,22	1,73±0,42**

Qeyd: * I qrupla müqayisədə p□0,01; **P□0,001 fərqin statistik dürüstlüyü

sİCAM-1, sVCAM-1 və serum NGAL-in qruplar üzrə dinamikada səviyyəsi cədvəl 3-də əks olunmuşdir. Göründüyü kimi 1-3 sutkada sİCAM-1-in səviyyəsi II qrupda I qrupa nisbətən çox olsa da, dinamikada artım az olmuşdur. Belə ki, I qrupda sİCAM-1-in səviyyəsi dinamikada 3,5 dəfə, II qrupda isə 1,7 dəfə artmışdır. sVCAM-1 isə I qrupda artmağa meyilli olmamış, II qrupda isə 1,7 dəfə artmışdır. II qrupda erkən neonatal dövrdə tələf olan körpələrdə həm sVCAM-1, həm də sİCAM-1-in dinamikada azalması qeyd olunmuşdur. Serum NGAL-ın səviyyəsinin böyrək zədələnmələrində hətta kreatinindən əvvəl artması məlumdur [9]. Bizim tədqiqatda da bu molekulların səviyyəsi II qrupda ılk

sutkadan yüksək olsa da, lakin dinamikada azalmağa meyilli olmuşdur.I qrupla müqayisədə ilk sutkada NGAL-nin səviyyəsi II qrupda 2 dəfə yüksək olmuş ,bu da hələ bətndaxilində böyrək toxumasının işemiyaya məruz qalmasını əks etdirir.

Cədvəl 3

Tədqiqat qrupları üzrə neonatal dövrün dinamikasında s İCAM-1,sVCAM-1 və lipokalinin səviyyəsinin dəyişməsi

	I qrup (n=16)		IIqrup (n=20)	
	1-3 sutka	5-7 sutka	1-3 sutka	5-7 sutka
sİCAM-1,ng/ml,M±m (min-max)	302±57 (198-394)	1063±269^ (680-1582)	456±153* (182-834)	790±245 (166-1502)
sVCAM-1,ng/ml,M±m (min-max)	3379±742 (1939-4408)	3426±650 (2749-4725)	4005±153* (1623-8064)	6936±1213^* (3873-10552)
Serum NGAL ,ng/ml,M±m (min-max)	81±11,6 (30-133)	90±12 (68-122)	177±41^ (52-305)	168±43** (59-273)

Qeyd: *I qrupla müqayisədə $p<0.05$, ^qrupdaxili dinamikada müqayisədə $p<0.05$, ** I qrupla müqayisədə fərqin statistik dürüstlüyü ($p<0,001$)

Neonatal dövrün normal gedişində hüceyrəarası adheziya molekulları endotel hüceyrələrinin membranı tərəfindən kiçik konsentrasiyada sintez olunur, lakin hipoksiya və işemiya zamanı iltihab mediatorları ilə yanaşı aktivləşmiş endotel hüceyrələri və leykositlər tərəfindən ekspressiya olunaraq, leykositlərin təsirə məruz qalmış damar endotelinə cəlb edib, patoloji prosesi məhdudlaşdırmağa çalışır. Adheziya molekulları içərisində yalnız VCAM-1 aktivləşmiş endotel hüceyrələri tərəfindən sintez olunur. Leykositlər səthində olan zülal-inteqrinləri vasitəsilə endotelin VCAM-ları ilə əlaqələnir, monositar tipdə olan MCP-1 və MCP-2 xemokinlərinin iştirakı ilə endotel hüceyrələri arasından keçir, hüceyrəarası matriksə birləşərək makrofaqlara çevrilir [10]. VCAM-1-in ekspressiyasının sağlam yenidoğulmuşlarda da sintez olunması onların doğuş stressi hesabına fizioloji hipoksiya keçirməsi ilə bağlıdır. Bu zaman VCAM-1 qoruyucu funksiya yerinə yetirərək toxumaların zədələnməsinin qarşısını alır. BDİL olan körpələrdə birinci sutkada artımın çox olması bətndaxilində hipoksiyanın təsirindən induksiya olunmuş sintezini əks etdirir.

sİCAM-1 molekulaları neonatal dövrdə birinci sutkadan sintez olunaraq neonatal dövrün sonuna qədər artır. Bu artım yenidoğulanların immun sisteminin formalaşmasını təmin edir.Belə ki, sİCAM-1 işemiyaya məruz qalmış toxumalara neytrofilləri, monositləri cəlb edərək, zədələnmiş hüceyrələri faqositoza uğradır. Əgər işemiya davam edərsə neytrofillərin təsirindən toxumaların ikincili zədələnməsi baş verir [11]. Bizim tədqiqatda isə II qrupda sİCAM-1 -in səviyyəsinin dinamikada I qrupa nisbətən az artması bu körpələrdə immun sistemin aşağı səviyyədə olmasını əks etdirir. Məqalənin müəllifləri elmi işin həyata keçirilməsində olan dəstək üçün Azərbaycan Respublikası Prezidenti Yanında Elmin İnkişafı Fonduna dərin təşəkkürlərini bildirirlər.

Ədəbiyyat

1.Quliyev N.C.,Hüseynova S.A. BDİL olan yenidoğulanlarda hüceyrə və humoral immunitetin vəziyyəti // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2003, №2-3,s.7-9

2.Барашнев Ю.И.Клинико-морфологическая характеристика и исходы церебральных расстройств при гипоксически- ишемических энцефалопатиях // Акушерство и гинекология, 2005, №5, с.39-41

3.Бунин А.Т., Иванова И.М. Диагностические возможности антенатальной кардиотокографии при синдроме задержки развитияплода: Метод. рекомендации. М., с.24-26

4. del Zoppo G ., Ginis I., Hallenbeck J.M. et al Inflammation and stroke: putative role for cytokines, adhesion molecules and iNOS in brain response to ischemia // Brain Pathol., 2000, v.10, p.95-112

5. Wang G.J., Deng H.Y., Maier C.M. et al Mild hypothermia reduces ICAM-1 expression, neutrophil infiltration and microglia/monocyte accumulation following experimental stroke // Neuroscience., 2002, v.114(4), p.1081-1090

6.Бычкова А.Б., Радзинский В.Е. Интранатальное состояние плода с задержкой внутриутробного развития // Трудный пациент, 2006, №2, с.18-24

7.Tağiyev N.Ə., Ələsgərova S.M., Hüseynova S.A. və b. Azərbaycan respublikası regionu üçün yenidoğulmuşların fiziki inkişaf göstəriciləri // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2003, №1, s.94-96

8. El Raggal N.M., Khafagy S.M., Mahmoud N.H., El Beltagy S.A. Serum Neutrophil Gelatinase-Associated Lipocalin as a Marker of Acute Kidney Injury in Asphyxiated Neonates // Indian Pediatr., 2013, v.50, p.459-462,

9. La Manna G, Galletti S, Capelli Iю et al Urinary neutrophil gelatinase-associated lipocalin at birth predicts early renal function in very low birth weight infants // Pediatr Res., 2011, v.70,p.379-83.

10. Malamitsi-Puchner A., Tziotis J., Mastorakos G. et al Adhesion molecules in early neonatal life // Biol Neonate, 2000, v.78 (1), p.65-67.

11. Giannaki G., Rizos D., Xyni K. üt al Serum soluble E- and Lselectin in the very early neonatal period // Earl Hum Dev., 2000, v.60 (2), p.149-155.

Резюме

Оценка состояния почечной функции и активности молекул адгезии у новорожденных детей со задержкой внутриутробного развития

П.А Оруджова, А.А. Ахундова, С.Ш. Гасанов, С.А. Гусейнова, С.М. Аласкарова, С.Н. Мухтарова, Х.У.Дюнямалиева

Цель работы заключаются в оценке функционального состояние почек и системы межклеточной адгезии.С этой целью 2х групп новорожденных (со ЗВУР и без ЗВУР) на 1-3 и 5-7 сутки были взяты образцы периферической крови и были определены уровни sICAM-1 ,sVCAM-1 и NGAL в плазме.Уровни всех этих маркеров были повышены на 1-3 сутки у новорожденных со ЗВУР.Это указывает на гипоксическое поражение почечной ткани и стимуляцию эндотелиальных клеток у детей со ЗВУР уже в антенатальном периоде.

Summary

Estimation of adhesion molecules and renal function IUGR newborns.

P.A. Orujova, A.A. Akhundova, S.Sh. Hasanov, S.A. Huseynova, S.M. Alasgarova, S.N. Mukhtarova, H.U.Dunyamaliyeva

The aim of this study is to evaluate intracellular adhesion system and renal function chances of IUGR newborns in early neonatal period. The newborns were divided into two groups : healthy control groupand babies with IUGR.The blood samples were taken at 1-3 and 5-7 days of their life.Serum levels of sICAM-1,sVCAM-1 and NGAL were determinated and were significantly increased in 2nd group newborns. Thus, it might indicate to the stimulation of endothelial cells function and renal hypoxic injury in antenatal period.

Daxil olub: 25.07.2013

TİBBİ EKSPERTİZA SƏNƏDLƏRİNİN STANDARTLAŞDIRILMASI BARƏDƏ

S.R.Orucova

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: tibbi ekspertiza, sənədlər, standartlaşdırma

Ключевые слова: медицинская экспертиза, документы, стандартизация

Keywords: medical examination, documents, standardization

Müasir səhiyyə xidmətləri arasında tibbi ekspertiza xüsusi yer tutur. Onun əsas məqsədi insanın sağlamlıq durumunu qiymətləndirmək və sağlamlıq durumu ilə ona təsir edən amillər arasında səbəb-nəticə əlaqələrini müəyyənləşdirməkdir. Hal-hazırda qanunvericilikdə bir neçə növ tibbi ekspertiza (TE) nəzərdə tutulmuşdur [1]: müvəqqəti əmək iqtidarsızlığının ekspertizası; tibbi-sosial ekspertiza; hərbi-həkim ekspertizası; məhkəmə-tibbi və məhkəmə-psixiatriya ekspertizası; peşə yararlığının ekspertizası; xəstəliyin peşə ilə bağlılığı ekspertizası. Bütün növ TE-ların ümumi səciyyələri ilə yanaşı (dövlət tərəfindən reqlamentləşdirimə; xüsusi komissiya tərəfindən aparılması və s.) məqsədlərinə müvafiq fərqli cəhətləri də vardır. Fərqli cəhətləri ilə daha çox seçilən TE növlərindən biri hərbi-həkim ekspertizasıdır (HHE). HHE tibbi şəhadətləndirmə yolu ilə insanın sağlamlıq durumunu və fiziki inkişafını öyrənməklə aşağıdakı məqsədlərlə həyata keçirilir:

-insanın hərbi xidmətə və hərbi ixtisaslar üzrə təhsilə yararlılığını müəyyənləşdirmək;

-hərbi qulluqçuların (onlara bərabər tutulanların) hərbi xidmətdən tərxis olunanda xəstəlik və zədələrinin səbəb əlaqələrini təyin etmək.

HHE tibbi müayinə və tibbi şəhadətləndirmənin aparılmasını nəzərdə tutur. Qanunvericilikdə tibbi müayinə insanlarda xəstəliklərin, patoloji halların və onların risk amillərinin tibb işçisinin baxış da daxil olmaqla kompleks tibbi müdaxilə yolu ilə aşkar edilməsi prosesi kimi göstərilir. Tibbi şəhadətləndirmə dedikdə insan sağlamlığının hüquqi mənalı nəticəsi olan durumunun kompleks tibbi müayinə metodları vasitəsi ilə təsdiq edilməsi nəzərdə tutulur [2].

Əhalinin sağlamlığının qorunması haqqında Azərbaycan Respublikasının Qanununa müvafiq HHE hərbi xidmətə çağrılanların, müqavilə (kontrakt) üzrə hərbi xidmətə daxil olanların, silahlı qüvvələrin və milli təhlükəsizlik orqanlarının, sərhəd qoşunlarının, habelə daxili qoşunların ehtiyyatlarında olan vətandaşların və hərbi qulluqçuların sağlamlığının vəziyyəti ilə bağlı hərbi xidmətə yararlılığını müəyyən edir. HHE hərbi qulluqçularda (hərbi toplantı keçən vətandaşlarda), hərbi qulluqdan azad olunanlarda hərbi xidmət (hərbi toplantı) zamanı baş verən xəstəliklərin, yaralanmaların, travmaların səbəb əlaqəsini təyin edir və hərbi qulluqçulara lazımi tibbi-sosial yardımın, bərpa müalicəsinin növlərini, həcmini və müddətini müəyyənləşdirir. HHE-nın təşkilinə və aparılmasına dair qaydalar, eləcə də hərbi qulluqçuların, hərbi xidmətə çağırılanların, müqavilə (kontrakt) üzrə hərbi qulluğa daxil olanların sağlamlığının vəziyyətinə dair tələblər müvafiq icra hakimiyyəti orqanı tərəfindən müəyyən edilir. HHE-nin rəyinin icrası vəzifəli şəxslər üçün məcburidir. Hüquqi və sosial dəyəri çox yüksək olan HHE-nin təşkili və sənədləşdirilməsi müstəsna əhəmiyyət kəsb edir. Bunu nəzərə alaraq HHE nümunəsində TE-nin sənədləşdirilməsi ilə bağlı problemlər öyrənilərək onun standartlaşdırılması zərurəti və əsas asperektləri müəyyənləşdirilmişdir.

Tədqiqatın materialları və metodları. Müşahidə vahidi kimi HHE komissiyasında şəhadətləndirmə hadisəsi götürülmüşdür. Nəticələrin dürüstlüyünü təmin etmək məqsədi ilə təhlil üçün müşahidə vahidləri təsadüfü seçimlə toplanmışdır. Müşahidə obyektinin ümumi həcmi 498 təşkil edərək ümumi toplumun 10%-ni əhatə etmişdir. Hər şəhadətləndirmə hadisəsi üçün aşağıdakı sənədlər araşdırılmışdır:

-HHE komissiyasına rəsmi göndəriş sənədi;

-Şəhadətləndirilən şəxsin sağlamlığını xarakterizə edən müalicə-profilaktika müəssisələrindən sənədlərdən (ambulator və stasionar xəstələrinin tibbi kartları) çıxarışlar;

-Psixonevroloji, narkoloji, vərəm, dəri-zöhrəvi profilli müəssisələrdən arayışlar;

-Hərbi xidmətdə olanlar üçün hərbi hissənin tibbi sənədlərindən çıxarışlar

-Şəhadətləndirilən şəxsin HHE komissiyasında tibbi müayinə aktı (tibbi şəhadətləndirmə aktı);

-Xəstəlik haqqında şəhadətnamələr;

-HHE komissiyasının iclasının protokolları (müvafiq kitab).

Sənədlərdə mövcud qayda və standartlardan bütün kənaracıxmalar qüsur kimi dəyərləndirilmiş və onlar [3,4,5] müəyyənləşdirdiyi təsnifatla qruplaşdırılmışdır. Bu təsnifata müvafiq 4 növ qüsur ayırd edilmişdir:

-bərpası mümkün olan qüsurlar (qeydiyyatın tam aparılmaması, sənəddə imzaların qoyulmaması, müayinə tarixinin göstərilməməsi və s.);

-bərpası mümkün olmayan qüsurlar (funksional sınaqların keçirilməsi, spirometriyanın aparılmaması və s.);

-texniki qüsurlar (yazının oxunmasının çətinliyi, yazılarda ardıcıllığın pozulması və s.);

-metodiki qüsurlar (yanaşı xəstəliklər barədə məlumatlara etinasız yanaşma; diaqnozun əsaslandırılmaması və s.).

Sənədlərin ekspertizası zamanı alınmış nəticələr keyfiyyət əlamatlərinin statistikası metodu ilə araşdırılmışdır [8].

Alınmış nəticələr və onların müzakirəsi. HHE tibbi fəaliyyətin bir növü olduğuna görə onun təşkilini sənədləşdirilməsi qaydaları, sənədlərin maketi və strukturu, tərtibi alqoritmi Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən müəyyən olunmalıdır. Amma faktiki istifadə olunan sənədlərin heç birində onun dövlətin rəsmi statistik sənədi olması barədə informasiya (formanın nömrəsi, kodu, təsdiq olunduğu vaxt və təsdiq etmiş orqanın adı) yoxdur. HHE-da istifadə olunan sənədləri bir neçə qrupa bölmək olar:

-göndərişlər;

-arayışlar;

-aktlar;

-şəhadətnamələr;

-jurnallar;

-digər növ sənədlər.

HHE-na göndəriş rəsmi sənəddir və onun maketi müvafiq nazirliklər tərəfindən təsdiq olunmuşdur. Bu formaya tam uyğun tərtib edilmiş göndərişlərin xüsusi çəkisi 19,7±1,78% təşkil etmişdir. Ən çox müşahidə olunan qüsurlara aiddir: şəhadətləndirilmənin məqsədinin göstərilməməsi – 80,3±1,78%; şəhadətləndirmə zamanı xüsusi diqqət tələb edilən sahələrin qeyd olunmaması – 80,1± 1,79%; əvvəlki şəhadətlndirmənin nəticələri və vaxtı barədə məlumatın olmaması – 80,3±1,78%; HHE-nın nəticəsi haqqında məlumatın göndərilməsi barədə xahişin edilməməsi – 78,7± 1,83%. HHE-na təqdim olunan bütün arayışlar sərbəst formada (standarta uyğun olmayan) tərtib edilmişdir. Diqqəti cəlb edən ən mühüm qüsurlara aiddir: yazının çətin oxunması (73,1±1,99%), diaqnozun natamlığı və funksional pozğunluğun dərəcələndirilməməsi (70,7±2,04%); arayışın verilməsinin tarixinin göstərilməməsi (68,7±2,08%); arayışın verildiyi müəssisədə qeydiyyatı rekvizitinin göstərilməməsi (100%).

Bilavasitə HHE komissiyasında tərtib edilən və rəsmi maketi təsdiq edilmiş mühüm sənədlərdən biri "Tibbi müayinə aktı"-dır. Bu sənəddə aşkar edilən qüsurlara aiddir:

-HHE komissiyasının əsas rekviziti – adının standartda göstərilən yerdə yazılmaması (100%);

-Sənədin pasport hissəsinin natamam tərtibi (98,0±0,63%);

-HHE komissyasının katibinin imzasının və yoxlama tarixi barədə məlumatın olmaması (müvafiq olaraq: 42,6±2,21 və 100%);

-Aktın tibbi hissəsində bütün rekvizitlərin tam göstərilməməsi (100%);

-Hərbi biletdə hərbi xidmətə yararlılığa aid qeydlərin göstərilməməsi (79,1±1,82%);

-Şikayət və anamnezin tam əks olunmaması (68,5±2,08%);

-Əsas xəstəliyin başlanması və gedişinin qeyd olunmaması (24,7±1,93%);

-Antropometrik müayinənin tam aparılmaması (döş qəfəsinin ölçülərinin göstərilməməsi – 100%; spirometriyanın keçirilməməsi 59,8±2,20%; dinamometriyanın qeyd olunmaması – 62,7±2,16%);

-Qan qrupunun qeyd olunmaması (100%);

-Cərrahın müayinəsinin tarixinin qeyd olunmaması və rəyinin göstərilməməsi (100%);

-Terapevtin müayinəsinin tam qeydiyyatının olmaması (13,7±1,54%), standarta uyğun aparılmaması (100%), funksional sınaqların (sakit durumda, 15 dəfə oturub durandan sonra) keçirilməməsi (75,9±1,92%), müayinə tarixi və rəy barədə qeydiyyatın olmaması (100%);

-Nevrapatoloqun müayinəsi barədə məlumatın olmaması (9,8±1,33%), rəy və diaqnozun, müayinə vaxtının göstərilməməsi (100%);

-Psixiatrın müayinə proqramının standarta uyğun olmaması (100%), rəyinin və imza vaxtının göstərilməməsi (100%);

-Oftalmoloqun müayinə alqoritminin standarta uyğun olmaması (100%), rəyin və müayinə tarixinin göstərilməməsi (100%), görmə itiliyinin korreksiyasız və korreksiya ilə qeydə alınmaması (11,2±1,41%);

-Otorinolarinqoloqun müayinə alqoritminin standarta uyğun olmaması (100%), nitq, iybilmə, pıçıltılı nitq barədə məlumatın göstərilməməsi (100%); rəy və müayinə tarixinin qeyd olunmaması (100%);

-Stomatoloqun müayinəsinin standarta uyğun olmaması (100%), rəy və müayinə vaxtının göstərilməməsi (100%);

-Dermatovenerologun müayinəsinin qeydiyyatının olmaması (100%);

-Xəstəliklərin diaqnozunun tam göstərilməməsi (100%);

-HHE komissiyasının qərarı qənaətbəxş tərtib (xəstəliklər cədvəlinin maddəsi, qrafası göstərilməyib, yazılar səliqəsizdir və tam deyildir) edilməmişdir (51,4±2,23%).

HHE-da sənədlərdə aşkar edilmiş qüsurların qruplaşdırılması göstərir ki, onların əksəriyyəti bərpa olunan və texniki qüsurlardır (82%), bərpa olunmayan və metodik qüsurların xüsusi çəkisi xeyli azdır (18%). Aşkar edilmiş qüsurların səbəblərini araşdırdıqda ilk növbədə diqqəti cəlb edən prosesdə iştirak edənlərin məlumat bazasının qənaətbəxş olmamasıdır. Belə ki, HHE haqqında əsasnamənin təsdiq edilməsi barədə Azərbaycan Respublikasının Nazirlər Kabinetinin qərarı (29 fevral 2008-ci il №59) və onun əsasında müvafiq nazirliklərin hazırladığı əmrlər icraçıların hamısında, xüsusən yerli orqanlarda (hərbi komissarlıqlarda) yoxdur. Nəzərə alsaq ki, bu məlumatlar müvafiq orqanların saytlarında yerləşdirilmişdir və istənilən maraqlı təşkilat onlardan bəhrələnə bilər, onda ən çox aktullaşan səbəb kimi səhlənkarlıq ön plana cıxır. Bilavasitə HHE-nı həyata keçirən təşkilatın sənədlərində aşkar edilmiş qüsurlar dövlət standartlarına diqqətsizliyin əlamətidir. Tibbi şəhadətləndirməyə göndəriş, tibbi müayinə aktı, arayış, rəy, xəstəlik haqqında şəhadətnamə və protokolların maketi, formallaşdırılmış informasiya tutumu HHE barədə əmrlərdə verilmişdir. Bu

sənədlər Azərbaycan Respublikasında müəyyən olunmuş kargüzarlıq qaydalarına uyğun tərtib edilmişdir.

HHE-da həm hüquqi, həm də tibbi cəhətdən diqqət cəlb edən qüsurlardan biri ayrı-ayrı həkim-mütəxəssislər tərəfindən diaqnozun yazılmaması və onun yerində praktik sağlam ifadəsinin göstərilməsidir. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı sağlamlıq məvhumunu yalnız xəstəliyin olmaması kimi deyil, həm də tam fiziki, bioloji və sosioloji əlverişli şəraitin olması kimi dəyərləndirir. Həkim ekspertizasının məqsədi isə müayinə olunan şəxsdə xəstəliyin diaqnozunu müəyyən etməkdir. Ona görə də pasiyenti müayinə edən həkim öz ixtisası üzrə xəstəliyi aşkar etmirsə müayinə aktında "xəstəlik aşkar olunmadı" ifadəsini yazmalıdır.

Nisbətən çox müşahidə olunan və metodik qüsurlar kateqoriyasına aid edilən qüsur şəhadətləndirilənin hipotrafiyası və piylənməsi barədə rəyin müvafiq indeksi hesablamadan müəyyən olunmasıdır.

Bu qüsurların qarşısını almaq üçün tövsiyə olunur ki, müayinə aktında boy və çəki qrafasından sonra boy-çəki indeksi (BÇİ) qrafası nəzərdə tutulsun. Həkim öz rəyində diaqnozu "Qidalanma çatışmazlığı" (E40-E46 xəstəliklərin beynəlxalq təsnifatına görə) ya da "İzafi bədən kütləsi" və "Piylənmə" (E65-E68) göstərməlidir. HHE zamanı "boy çəki" göstəricisi (153sm./40kq) kimi ifadələrin əsas diaqnoz qrafasında yazılması ciddi metodik qüsurdur.

Beləliklə, hüquqi və sosioloji əhəmiyyətinə görə ən önəmli sayılan hərbi həkim ekspertizası nümunəsində tibbi eksperiza sənədlərinin təhlili mövcud praktikanın ölkə qanunvericiliyinə və sahə standartlarına tam uyğun olmadığını göstərir. Müşahidə olunan qüsurların ədəbiyyatda hərbi-həkim ekspertizasına dair göstərilən qüsurlarla müqayisəsi bir sıra ümumi və fərdi cəhətlərin aşkar edilməsinə imkan verir [3;4;5;6;7;9]. Belə ki, Rusiyada tibbi ekspertiza zamanı sənədlərin tərtibində qüsurların əksəriyyəti yerli səhiyyə sistemi müəssisələrinin fəaliyyəti ilə bağlı olduğu halda ölkəmizdə bu mərkəzi HHE orqanlarının sənədlərində nəzərə çarpır. Rusiya təcrübəsində ekspertiza qüsurları tərtibatların fərdi yanaşması ilə əlaqələndirilir. Azərbaycanda diqqəti daha çox cəlb edən ekspertiza sənədlərinin standartlara uyğun tərtib olunmamasıdır. Ona görə də tibbi ekspertizanın təşkilatlarından ilk növbədə ekspertiza sənədlərinin standartlara uyğunlaşdırılması və tərtibinə nəzarətin gücləndirilməsi tələb olunmalıdır. Rusiyada HHE təcrübəsi göstərir ki, hərbi xidmətə yararlılıq barədə mövcud cədvəl tam deyil və orda göstərilən bütün xəstəliklər üzrə müayinə protokolları yoxdur. Bu eyni ilə ölkəmizin HHE üçün də aktualdır. Belə ki, indi istifadə olunan "Xəstəliklər cədvəli" son 30 ildə ciddi dəyişikliyə uğramamışdır. Bədən çəkisi və boy normativləri ölkə əhalisinin mövcud durumunu əks etdirmir, sadəcə olaraq sovet dövründən əsasən rus populyasiyası üçün tərtib olunmuş göstəriciləri əks etdirir. Azərbaycanın geniş demoqrafik imkanları nəzərə alınmaqla "Xəstəliklər cədvəli"-nin korreksiyası mümkündür. Rusiyada tibbi ekspertiza sahəsində elmi-təhsil qurumları olsa da rus alimləri bunu qənaətbəxş saymır [7]. Azərbaycanda məhkəmə-tibbi ekspertizası istisna olmaqla digər növ tibbi ekspertizaların təlimi və elmi təhlili ilə məşğul olan qurumlar praktik olaraq yoxdur. Ona görə də bu mütəxəssislərin hazırlanması və fasiləsiz təhsili təmin olunmalıdır.

Nəticələr: 1.Hərbi-həkim ekspertizasında istifadə olunan sənədlərin tərtibində ekspertizanın keyfiyyətinə xələl gətirə bilən qüsurlar mövcuddur. 2.Hərbi-həkim ekspertizasında sənədləşdirmə qüsurları əsasən mövcud standartların pozulması ilə bağlıdır. 3.Tibbi ekspertiza mühüm hüquqi və sosial fəaliyyət sahəsi olduğu üçün onun sənədləşdirilməsi dövlət standartlarına tam uyğunlaşdırılmalıdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Əhalinin sağlamlığının qorunması haqqında Azərbaycan Respublikasının Qanunu.
2. "Hərbi-həkim ekspertizası haqqında Əsasnamənin" təsdiq edilməsi barədə Azərbaycan Respublikasının Nazirlər Kabinetinin Qərarı. Bakı ş. 29 fevral, 2008-ci il, №59.
3. Лялина Е.А. Дефекты оформления и ведения медицинской документации и их влияние на качество судебно-медицинской экспертизы в отделе экспертизы потерпевших и других лиц // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. Новосибирск. 2005. Вып.10. с. 44-45
4. Лялина Е.А. Анализ дефектов медицинской документации представленной на судебно-медицинскую экспертизу из ведущих лечебно-профилактических учреждений г. Новосибирск // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. Новосибирск. 2007. Вып.12. с.35-38

5. Новосолев В.П., Лялина Е.А. О влиянии дефектов ведения медицинской документации лечебно-профилактических учреждений на качество судебно-медицинских экспертиз // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. Новосибирск. 2009. Вып.15. с. 57 - 63
6. Мызников И.Л., Устименко Л.И., Трофимова А.Ю., Бурцев Н.Н. военно-врачебная экспертиза призывников и её качество // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013, №3, с.32-36
7. Петрова Н.Г., Петров М.В. Анализ мнений врачей экспертов об организации военно-врачебной экспертизы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012, №3, с. 44-46
8. Стентон Г. Медико-биологическая статистика. Москва. Практика. 1999. 459 с.
9. Язенок А.В., Васеленко О.А., Берзин И.А. Разработка стандарта медицинского освидетельствования военнослужащих, занятых на работах высокотоксичными химикатами // Здравоохранения Российской Федерации, 2010, №1, с.39-42

Резюме

О стандартизации документов медицинской экспертизы

С.Р.Оруджева

В работе поставлена цель оценка качества ведения документов военно-врачебной экспертизы для обоснования стратегии стандартизации этих документов. Выборка сформирована случайным отбором и включала 10% общей совокупности. Выявлены дефекты, которые могут влиять негативно на качества экспертизы. Обоснованы рекомендации для совершенствования организации медицинской экспертизы.

Summary

About standardization of medical examination documents

S.R.Orudzheva

In work the purpose is set to estimate quality of maintaining documents of military-medical examination for justification of strategy of standardization of these documents. Selection is created by casual selection and included 10% of the general set. Defects which can negatively influence qualities of examination are revealed. Recommendations for improvement of the organization of medical examination are proved.

Daxil olub: 19.07.2013

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОЛЛИКУЛИТА ГРИБКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ

С.Д.Ахмедова

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра дерматовенерологии, г.Баку

Açar sözlər: follikulit, malassezioz, mmayayabənzər göbələklər
Ключевые слова: фолликулит, малассезиоз, дрожжеподобные грибы.
Keywords: folliculitis, malassezia, yrast-alike fungus.

Кожный покров занимает пограничное положение между организмом и окружающей средой, выполняя при этом ряд жизненно важных функций. При этом наиболее важную защитно-барьерную функцию во многом обеспечивает поверхностный слой кожи – эпидермис, который препятствует воздействию агрессивных факторов окружающей среды, является преградой на пути свободного проникновения микроорганизмов, токсинов, аллергенов и др. Нарушение барьерных свойств кожи в ряде случаев является первичным звеном в развитии кожных заболеваний, а также участвует в развитии таких заболеваний, как фолликулит, атопический дерматит, псориаз, экзема, аллергический дерматит и др. [1].

Кожный покров в пубертатный период, отличается повышенной чувствительностью к действию триггерных раздражителей, нарушением барьерной функции, увеличением трансэпидермальной потери воды с развитием выраженной сухости, изменением микроциркуляции с парадоксальной сосудистой реакцией, а также повышенным уровнем обсемененности различной микрофлорой. Так, 90% больных фолликулитом являются носителями Stafilococcus aureus, а у 60% больных обнаруживается ассоциация стафилококка и стрептококка. При локализации высыпаний на коже лица и шеи специфические İg E к белкам Malassezia furfur обнаруживается в 100% случаев [2,3].

Как известно, в норме водно-липидная мантия на поверхности кожи помогает защищать ее от избыточного солнечного излучения, переувлажнения и высушивания, подавляет размножение нежелательных микроорганизмов, нейтрализует щелочи, попадающие на поверхность кожи, поддерживая постоянную слабокислую среду, принимает участие в терморегуляции. Однако у большинства пациентов с кожными проблемами часто отмечается себостатический тип кожи, при котором из-за пониженного образования кожного сала кожа и волосы становятся сухими, при этом одновременно, как правило, понижена и секреция потовых желез [4,5].

При кожной патологии, помимо снижения образования кожного сала, характерно снижение образования эпидермальных липидов рогового слоя, в результате чего усиливается трансэпидермальная потеря воды. Эпидермис обезвоживается, а кожа становится сухой, шелушащейся и воспаленной [6]. Под воздействием различных метеорологических факторов, избыточного ультрафиолетового излучения происходит повреждение липидных структур рогового слоя, что способствует проникновению в эпидермис аллергенов и микроорганизмов, запускающих воспалительную реакцию [7,8].

Малассезиоз (синоним отрубевидный лишай) – одна из самых распространенных инфекций кожи человека, что обусловлено, с одной стороны, ее сапрофитным характером носительства (считается, что 75-98% всего населения – носители Malassezia (9,10)), с другой – снижением среди населения факторов резистентности к этой грибковой флоре. Чрезмерное размножение грибов на коже человека обусловлено ростом количества легочных заболеваний, эндокринной патологии, в том числе сахарного диабета, заболеваний щитовидной железы, вегетоневрозов, заболеваний нижнего отдела желудочно-кишечного тракта, что приводит к возникновению целого ряда механизмов, провоцирующих аутоинтоксикацию, повышенное потоотделение и изменение химического состава кожного сала и, как следствие, повышение его липофильности, сдвиг pH кожи в щелочную сторону. Малассезиоз кожи в целом можно считать оппортунистической инфекцией, обусловленной активацией эндогенного источника на фоне действия предрасполагающих факторов [11].

Цель исследования. Изучить клинические особенности течения волосяного фолликулита грибковой этиологии Malassezia.

Материалы и методы исследования. Фолликулит грибковой этиологии (Malassezia) проявляется мелкими фолликулярными бессимптомными или слегка зудящими папулами и пустулами куполообразной формы, размером 1-3 мм, цвет содержимого пустул варьирует от белого до желтоватого; размер элементов больше, чем есть на самом деле, за счет узкого перифокального воспалительного ободка. Характерная локализация – кожа спины, груди, задней поверхности шеи, плеч (т.е. в области себорейной зоны). В области лица поражаются зоны (нижняя челюсть, подбородок, боковые области) нетипичные для вульгарных угрей.

В связи с редкой встречаемостью фолликулита, вызванного дрожжеподобными грибами рода Malassezia, в нашем исследовании данная патология диагностирована у 7 пациентов. Наблюдаемые в возрасте от 20 до 35 лет. Соотношение мужчин и женщин 1:3, из 7-ми пациентов 2 мужчин и 5 женщин. У 4 пациентов, в том числе у 2 мужчин возникновению малассезиоза предшествовал прием инъекционных антибиотиков широкого спектра действия, у одной пациентки на фоне неоднократного курсового приема купренила по поводу дерматомиозита, у двух наблюдаемых на фоне беременности (со II триместра) провоцирующим фактором явилась избыточная инсоляция.

Кожный статус на момент обращения: патологический процесс носил хронический, воспалительный, распространенный характер и представлен множественными фолликулярными папулами на коже спины, поясницы, в области груди, а также в области нижней челюсти и подбородка. Высыпания представлены множественными, фолликулярными папулами с четкими границами. Плотной консистенции, не склонными к слиянию, а также поверхностными пустулами до 2 мм в диаметре, с беловатым содержимым. Субъективно: периодический умеренный зуд в области высыпаний.

Для лабораторного подтверждения диагноза использовали микроскопию соскоба с очага. Обработанного гидроксидом калия- в препарате зафиксированы шаровидные дрожжевые клетки и вытянутые гифы гриба.

В терапии малассезиоза использовался кетоконазол, как наиболее активный препарат в отношении дрожжеподобных грибов рода Malassezia. Низорал (кетоконазол)200 мг по 1 таблетке в день 10 дней, кетотифен 1 мг по 1 таблетке в день 15 дней; местно шампунь "Низорал" ежедневно на область высыпаний на 5 минут в течение 8 ней, далее 1 раз в неделю в течение 2-3 месяцев, а также крем "Низорал" 1 раз в день в течение 1 месяца. На фоне проведенной терапии отмечалась положительная динамика в виде регресса папулезных и пустулезных высыпаний в очагах поражения на 70-80%, побледнение эритематозных элементов на 50-60%, а также уменьшение шелушения и полное купирование зуда.

Результаты и их обсуждение. Проведенные клинические наблюдения демонстрируют наиболее вероятные ошибки в клинической диагностике папуло-пустулезных высыпаний в себорейных зонах, как акне-вульгарис, жирная себорея, демодекоз и др.; указывают на важность тщательного сбора анамнеза с целью выявления возможных иммунодефицитных состояний пациента; подтверждают необходимость лабораторного подтверждения диагноза с помощью микроскопии соскоба с очага поражения.

Таким образом, данные клинические наблюдения указывают на необходимость иметь в виду диагноз фолликулит грибковой этиологии Malassezia при возникновении у пациентов папулезно-пустулезных высыпаний в себорейных зонах, в особенности на фоне иммунодефицитных состояний (прием антибиотиков, иммунодепрессантов, состояние беременности и др.) и должны быть взяты на вооружение практикующими дерматологами, несмотря на редкую втречаемост данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вульф К., Джонсон Р., Сюрмонд Д. Дерматология по Томасу Фицпатрику. Атлас-справочник: Пер. с англ – 2е изд. М., 2007
2. Елькин В.Д., Митрюковский Л.С., Седова Т.Г. Избранная дерматология. Редкие дерматозы и дерматологические синдромы. Иллюстрированный справочник по диагностике и лечению дерматозов. Пермь, 2004.
3. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции; Руководство для врачей. 2-е изд. М., 2008, с. 230-233
4. Хэбиф Т.П. Кожные болезни; Диагностика и лечение: Пер. с англ. М., 2006, с. 138.
5. Кочергин Н.Г., Толчина Л.В. Еще раз о разноцветном лишае и малассезиях // Клин. Дерматол. и венерол., 2008, №4, с. 17-18.
6. Хмельницкий О.К., Хмельницкая Н.М. Патоморфология микозов человека. СПб., 2005, с. 100.
7. Сергеев Ю.В., Шпигель Б.И., Сергеев А.Ю.Фармакотерапия микозов. М., 2003, с. 138.
8. Сергеев А.Ю. Грибковые заболевания ногтей. М: Национальная академия микологии 2007? 164.
9. Roberts D.T. Oral therapeutic agents in fungal nail disease//J Am Acad Dermatol.,1994,v.31, p.78 -81.
10. Bower S.M., Hogan D.J., Mason S.H. Malassezia (Pityrosporum) Folliculitis. London, 2009.
11. Levin NA. Beyond spaghetti and meatballs: skin diseases associated with the Malassezia yeasts // Dermatol. Nurs., 2009, v. 21, N 1, p.7-13

Xülasə

Göbələk etiologiyalı follikulitin klinik xüsusiyyətləri

S.D.Əhmədova

Məqalədə nadir göbələk- Malassezia furfur (mayayabənzər göbələklər) etiologiyalı follikulitlər tədqiq edilmişdir. Bu patologiyaya dermatoloqlar tərəfindən nadir hallarda rast gəlinir. Tərəfimizdən həmin patologiyalı 7 xəstə müayinə edilmişdir. Onlardan ikisi 2 kişi, 5-i qadın olmuşdur. Qadınlarda immun defisit halları fiksə edilmişdir (antibiotiklərin, immundepressantların qəbulu, hamiləliyin vəziyyəti və s.). Onların timsalında malasseziozların etiologiya, patogenez və müalicəsi məsləələri işıqlandırılmışdır. Bütün xəstələr buna qədər qeyri-rasional olaraq antibiotik, antiprotozoy, antiseboreya, eləcə də akne əleyhinə müalicə almışlar. Hazırki tədqiqat işi mikroskopik diaqnostika vasitəsilə xəstələrə düzgün diaqnozun qoyulmasına imkan vermişdir. Labortaor baxımından təsdiq olunduqdan sonra göbələkəleyhinə müalicə təyin edilmişdir.

Summary

Clinical features of folliculitis of fungal etiology

S.D. Ahmedova

In the article there are expounded the results of the research of follicuitis of rare fungal etiology (yeast-alike fungus) Malassezia futfur. We observed 7 patients, 2 of them were men, 5 of them were women who had fixed immunodeficiency conditions (use of antibiotics, immunosuppressants, cindtition of pregnancy, etc) on the example of which there are clarified the questions of etiology, pathogenesis and cure of malassezia. All patients before this got irrational antibiotical, antiprotozoal, anti-seborrhoeic and also anti – acne therapies. This reached allowed with the help of microscopic diagnostics to make the right, laboratory proved diagnosis and correct the therapy with anti-fungal medicines.

Daxil olub: 15.07.2013

СИНДРОМ «ЭНДОГЕННОЙ» МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ВО ВНУТРЕННИХ ОРГАНАХ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Л.Г.Нетюхайло, В.В.Бондаренко, Т.А.Сухомлин, Я.А.Басараб

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава

Açar sözlər: zülalların oksidləşdirici modifikasiya, orta çəkili molekullar, yanıq xəstəliyi

Ключевые слова: окислительная модификация белков, молекулы средней массы, ожоговая болезнь

Key words: oxidative modification of proteins, molecules of middle mass, burn disease

Ожоговый травматизм в последние годы характеризуется стабильно высокими показателями. Особое внимание привлекают распространенные глубокие ожоги, которые сопровождаются развитием ожоговой болезни. Довольно часто протекание ожоговой болезни становится каскадным, с быстрым развитием полиорганной недостаточности (ПОН) [6]. Механизмы, которые приводят к патологическим изменениям в тканях внутренних органов в условиях ожоговой болезни, нуждаются в дальнейшем изучении, особенно в подробной динамике. Анализ литературных данных дает возможность предположить, что изменения содержания окислительно-модифицированных белков (ОМБ) и молекул средней массы (МСМ) имеют органоспецифические особенности [2,3,5,6,7].

Цель исследования - изучение содержания ОМБ и МСМ в тканях легких, почек, поджелудочной и слюнных желез в условиях экспериментальной ожоговой болезни (ЭОБ).

Материалы и методы. Эксперименты выполнены на крысах-самцах массой 180-220 г. Ожоговую болезнь моделировали по методу Довганского А.П. [4] путем погружения задней конечности экспериментальных животных в горячую воду (t -70-75^{0}C) под легким эфирным наркозом, на протяжении 7 сек. Размер участка повреждения определяли в зависимости от площади кожного покрова, которая в среднем составляла 12-15% поверхности тела животных. Площадь поражения рассчитывали с помощью специальной таблицы Н.И. Кочетыгова [8]. При вышеупомянутых условиях образовывался ожог IIIА-Б степени, что согласно современным представлениям, является стандартной моделью развития ожоговой болезни в эксперименте. Крыс декапитировали под эфирным наркозом на 1-е, 7-е, 14-е, 21-е, 28-е сутки, которые соответствуют стадиям шока, токсемии и септикотоксемии. Степень эндотоксемии оценивали по содержимому МСМ [1] и ОМБ [5].

Результаты исследования и их обсуждение. На 1-е сутки ЭОБ (ожоговый шок) наблюдалось повышение содержания ОМБ в тканях легких по сравнению с контролем в 1,58 раза ($p<0,05$), на 7-е сутки (стадия токсемии) - в 1,74 раза ($p<0,05$), на 14-е- в 1,83 раза ($p<0,05$), на 21-е (стадия септикотоксемии)- в 1,64 раза ($p<0,05$). При ЭОБ содержимое МСМ в тканях легких увеличилось в 1,72 раза ($p<0,05$) на 1-е сутки ЭОБ , на 7-е сутки - в 2,09 раза ($p<0,05$), на 14 -е- в 2,18 раза ($p<0,05$), на 21-е- в 1,91 раза ($p<0,05$) соответственно (табл.1). Это свидетельствует о развитии эндотоксемии и существенных метаболических нарушениях в легких крыс при ЭОБ.

Таблица 1

Окислительно-модифицированные белки и молекулы средней массы в легких крыс в условиях ЭОБ (M±m)

Группы животных	Окислительно-модифицированные	Молекулы средней

	белки, у.е.	массы, у.е.
1. Контроль (n=7)	0,31±0,013	0,11±0,01
2. ЭОБ 1-е сутки (n=7)	0,49±0,014*	0,19±0,01*
3. ЭОБ 7-е сутки (n=7)	0,54±0,014*	0,23±0,01*
4. ЭОБ 14-е сутки (n=7)	0,57±0,014*	0,24±0,01*
5. ЭОБ 21-е сутки (n=7)	0,51±0,015*	0,21±0,01*
6. ЭОБ 28-е сутки (n=7)	0,44±0,012*	0,28±0,01*

Примечание: * p<0,05

При ожоговой болезни повреждения почек являются важным компонентом развития ПОН. Было установлено, что содержание ОМБ увеличилось по сравнению с контролем в 1,7 раза (p<0,05) на 1-е сутки , в 2,15 раза (p<0,05) на 7-е сутки, на 14-е сутки в 2,37 раза (p<0,05), на 21-е сутки в 1,9 раза (p<0,05) и 1,4 раза (p<0,05) на 28-е сутки соответственно. МСМ на 1-е сутки повысились в 1,72 раза (p<0,05), на 7-е сутки- в 2,14 раза (p<0,05), на 14-е сутки- в 2,5 раза (p<0,05), на 21-е сутки - в 2,6 раза (p<0,05), на 28-е сутки - в 2,7 раза (p<0,05) (табл. 2.).

Таблица 2

Окислительно-модифицированные белки и молекулы средней массы в тканях почек крыс в условиях ЭОБ (M±m)

Группы животных	Окислительно-модифицированные белки, у.е.	Молекулы средней массы, у.е.
1. Контроль (n=7)	0,27±0,065	0,11±0,003
2. ЭОБ 1-е сутки (n=7)	0,46±0,011*	0,19±0,001*
3. ЭОБ 7-е сутки (n=7)	0,58±0,012*	0,23±0,007*
2. ЭОБ 14-е сутки (n=7)	0,64±0,008*	0,27±0,007*
2. ЭОБ 21-е сутки (n=7)	0,52±0,015*	0,29±0,009*
3. ЭОБ 28-е сутки (n=7)	0,39±0,012*	0,28±0,004*

Примечание: * p<0,05

Из классических работ И.П. Павлова, известно, что слюнные железы являются высокочувствительным объектом к нервным и гуморальным влияниям. Содержимое ОМБ в гомогенате тканей слюнных желез увеличивалось по сравнению с контролем в 1,66 раза (p<0,05) на 1-е сутки , в 2,16 раза (p<0,05) на 7-е сутки, на 14-е сутки в 2,43 раза (p<0,05), на 21-е сутки в 2,03 раза (p<0,05) и 1,5 раза (p<0,05) на 28-е сутки соответственно, а уровень МСМ на 1-е сутки повысился в 3,11 раза (p<0,05), на 7-е сутки - в 2,37 раза (p<0,05), на 14-е сутки - в 1,55 раза (p<0,05), на 21-е сутки - в 1,62 раза (p<0,05), на 28-е сутки - в 2,7 раза (p<0,05) (табл. 3.).

Таблица 3

Окислительно-модифицированные белки и молекулы средней массы в тканях слюнных желез крыс в условиях ЭОБ (M±m)

Группы животных	Окислительно-модифицированные белки, у.е.	Молекулы средней массы, у.е.
1. Контроль (n=7)	0,30±0,011	0,135±0,05
2. ЭОБ 1-е сутки (n=7)	0,50±0,013*	0,42±0,03*
3. ЭОБ 7-е сутки (n=7)	0,65±0,012*	0,32±0,01*
2. ЭОБ 14-е сутки (n=7)	0,73±0,011*	0,28±0,01*
2. ЭОБ 21-е сутки (n=7)	0,61±0,011*	0,22±0,01*
3. ЭОБ 28-е сутки (n=7)	0,45±0,012*	0,21±0,01*

Примечание: * p<0,05

При ожоговой болезни также происходит поражение поджелудочной железы. Было установлено, что содержание ОМБ увеличилось по сравнению с контролем в 1,5 раза (p<0,05) на 1-е сутки, в 1,66 раза (p<0,05), на 7-е сутки, на 14-е сутки - в 1,83 раза (p<0,05), на 21-е сутки - в 1,58 раза (p<0,05). Максимальное содержание ОМБ наблюдалось на 14-е сутки, которые отвечают стадии поздней токсемии. МСМ на 1-е сутки повысились в 1,38 раза (p<0,05), на 7-е сутки - в 1,61 раза (p<0,05), на 14-е сутки - в 1,57 раза (p<0,05), на 21-е сутки - в 1,28 раза (p<0,05) (табл. 4).

Таблица 4

Окислительно-модифицированные белки и молекулы средней массы в тканях поджелудочной железы крыс в условиях ЭОБ (M±m)

Группы животных	Окислительно-модифицированные белки, у.е.	Молекулы средней массы, у.е.
1. Контроль (n=7)	0,12±0,01	0,21±0,01
2. ЭОБ 1-е сутки (n=7)	0,18±0,01*	0,29±0,01*
3. ЭОБ 7-е сутки (n=7)	0,20±0,01*	0,34±0,01*
2. ЭОБ 14-е сутки (n=7)	0,22±0,01*	0,33±0,01*
2. ЭОБ 21-е сутки (n=7)	0,19±0,01*	0,27±0,01*
3. ЭОБ 28-е сутки (n=7)	0,18±0,01*	0,25±0,01*

Примечание: * $p<0,05$

Повышение концентрации МСМ может объясняться как фрагментацией белковых молекул вследствие усиления ОМБ, так и компенсаторной реакцией организма на патологический процесс. Повышение уровня МСМ в тканях исследуемых органов свидетельствует о наличии синдрома «эндогенной» метаболической интоксикации. Этот синдром является рядом неспецифических проявлений интоксикации организма, которые имеют место при патологических состояниях, которые протекают с явлениями воспалительного характера. Концепция синдрома метаболической интоксикации создана Л.Л. Громашевской [3]. Ее суть в том, что при патологических процессах в организме накапливается большое количество продуктов метаболизма, большинство которых имеет среднюю молекулярную массу от 300-500 до 5000 Да, и оказывают токсическое действие на клетку. Проявления биологической активности МСМ многочисленны: они тормозят гликолиз, пентозофосфатный путь, глюконеогенез, тканевое дыхание, мембранный транспорт, владеют имунодепресивным, цитотоксическим действием [2,3,6,7]. ОМБ не восстанавливаются и должны выводиться из организма путем протеолитической деградации. Тем не менее, в условиях повышенной интоксикации и чрезмерного накопления данных продуктов эти процессы значительно затруднены. ОМБ вызывает как минимум три типа изменений физико-химических свойств белковой молекулы: фрагментацию, агрегацию, протеолиз. Вследствие чего происходит образование продуктов с высокой функциональной активностью, инактивация активных центров ферментов, или модификация белковых молекул. Отрицательный эффект ОМБ в клетках связан с тем, что они являются источником свободных радикалов, которые истощают запасы клеточных антиоксидантов.

ВЫВОД. Таким образом, при ЭОБ значительно нарушается метаболизм внутренних органов, в частности, повышается уровень МСМ и ОМБ во всех исследуемых органах, особенно в стадии шока и токсемии, что свидетельствует о наличии синдрома «эндогенной» метаболической интоксикации. В стадии ожогового шока повышается содержание ОМБ и уровень МСМ во всех исследуемых органах, а наиболее существенно в слюнных железах. В стадии токсемии повышение ОМБ имело такую выраженность: слюнные железы, почки, легкие, поджелудочная железа, а МСМ: поджелудочная железа, слюнные железы, почки, легкие.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архипова О.Г. Методы исследований в профпатологии,Москва «Медицина», 1988,207 с.
2. Глубоченко О.В. Клинико-экспериментальные данные влияния настойки лапчатки в условиях эрозивно-язвенного поражения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны. // Клиническая и экспериментальная патология,2011,Том 10, №1(35),С.32-35.
3. Громашевская Л.Л. Средние молекулы как один из показателей метаболической интоксикации в организме / Л.Л. Громашевская // Лабораторная диагностика,1997,№1,С.11-16.
4. Довганский А.П. Материалы к патогенезу ожоговой болезни: автореф. дис. на соискание учен. степени доктора. мед. наук: спец. 14765 «Патологическая физиология». , Кишинев,1971,32с.
5. Дубинина Э.Э., Бурмистров С.О. Окислительная модификация белков сыворотки крови человека. Метод ее определения. // Вопросы медицинской химии,1995,№ 1,С. 24-26.
6. Клименко М.О., Нетюхайло Л.Г. Ожоговая болезнь (патогенез и лечение). Полтава, 2009,118 с.

7. Копытова Т.В., Дмитриева О.Н., Химкина Л.Н. Окислительная модификация белков и олигопептидов у больных хроническими дерматозами с синдромом эндогенной интоксикации. // Фундаментальные исследования,2009,№ 6, С. 25-29.
8. Кочетыгов Н.И. Ожоговая болезнь. Л.: Медицина, 1973,244 с.

Summary

Syndrome of "endogenous" metabolic intoxication in the internal organs in experimental burn disease

L.G.Netyukhaylo, V.V. Bondarenko, T.A. Sukhomlin, Ya.A.Basarab

The purpose of research was studying the content of oxidative modification proteins and the molecules of middle mass in tissues of the lung, kidney, pancreas and salivary glands in experimental burn disease. Experiments were performed in male rats. Burned by the method of simulated disease Dovganskogo A.P., formed as a result of III degree burns, that according to modern concepts, the standard model for the development of burn patients in the experiment. Rats were decapitated under ether anesthesia on the 1st, 7th, 14th, 21th, 28th day, which correspond to the stages of shock, toxemia and septic. At experimental burn disease is considerably violated metabolism of internalss, in particular, the level of molecules of middle mass and oxidative modification of proteins rises in all probed organs, especially in the stage of shock and toxemia, that testifies to the presence of syndrome of «endogenous» metabolic intoxication. In the stage of ambustial shock maintenance of oxidative modification of proteins and level of molecules of middle mass rises in all probed organs, and most substantially in salivary glands. In the stage of toxemia the increase of oxidative modification of proteins had such expressed: salivary glands, kidneys, lungs, pancreas, and molecules of middle mass: pancreas, salivary glands, kidneys, lungs.

Xülasə

Eksperimental yanıq xəstəliyi zamanı daxili orqanlarda "endogen" metabolik intoksikasiya sindromu

L.Q.Netyuxaylo, V.V.Bondarenko, T.A.Suxomlin, Y.A.Basarab

Tədqiqatın məqsədi eksperimental yanıq şəraitində ağ ciyərlər, böyrək, mədəaltı vəzi və tüpürcək vəzilərində oksidləşmiş-modifikasiya olunmuş zülalların və orta çəkili molekulların tərkibinin öyrənilməsindən ibarət olmuşdur. Eksprimentlər erkək siçovullar üzərində aparılmışdır. Yanıq xəstəliyi A.P.Dovqanski metodu ilə yaradılmışdır, nəticədə III dərəcəli yanıq əmələ gəlmişdir ki, bu da eksperimentdə yanıq xəstəliyinin yaranmasının "qızıl standartı" hesab olunur. Siçovullar efir narkozu altında 1, 7, 14, 21 və 28- ci sutkalarda dekapitləşdirilmişdir. Bu dövrlər şok, toksemiya və septiktoksemiyanın mərhələlərinə uyğun olmuşdur. Eksperimental yanıq xəstəliyi zamanı daxili orqanlar metabolizmi nəzərəçarpacaq dərəcədə pozulmuşdur, xüsusilə, bütün müayinə olunan orqanlarda orta çəkili molekulların və oksidləşmiş-modifikasiya olunmuş zülalların səviyyəsi artmışdır. Bu şok və toksemiya mərhələlərində daha kəskin olmuşdur və "endogen" metabolik intoksikasiya sindromunun olduğunu göstərmişdir. Yanıq şoku mərhələsində orta çəkili molekulların və oksidləşmiş-modifikasiya olunmuş zülalların səviyyəsinin daha yüksək artımı tüpürcək vəzilərində müşahidə olunmuşdur. Toksemiya mərhələsində oksidləşmiş-modifikasiya olunmuş zülalların və orta çəkili molekulların səviyyəsi ağ ciyərlər, böyrək, mədəaltı vəzi və tüpürcək vəzilərində yüksək olmuşdur.

Daxil olub: 12.06.2013

HAMİLƏ QADINLARDA UROGENİTAL XLAMİDİOZ VƏ UREAPLAZMOZUN MİKST VƏ MONO İNFEKSİYALARI ZAMANI CİFTDƏ GEDƏN PATOMORFOLOJİ DƏYİŞİKLİKLƏR

H.K. Muradov, S.R. Cəfərova
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı.

Açar sözlər: Urogenital xlamidioz və ureaplazmoz, patomorfologiya
Ключевые слова: урогенитальный хламидиоз и уреаплазмоз, патоморфология
Key words: Urogenital xlamidiosis and ureaplazmosis, patomorphologicol

Bətndaxili infeksiyalar içərisində urogenital xlamidioz və ureaplazmoz yayılma dərəcəsi və mamalıq və neonatologiyada mühüm əhəmiyyət kəsb etməsi baxımından ciddi tibbi-sosial problem hesab olunur [3,4,10].

Urogenital xlamidioz və ureaplazmoz infeksiyalarına bətndaxili yoluxma zamanı hədəf döl və yeni doğulmuş körpələrdir.

Bu infeksiyaların anadan dölə keçmə yolları müxtəlifdir. Ciftin də yoluxmada rolu az deyildir. Bu infeksiyalar həm cift vasitəsilə dölə keçərək dölün infeksiyalaşmasına, həm də ciftdə törədikləri morfofunksional dəyişikliklərlə hamiləliyin gedişinə təsir göstərir. Belə ki, damar şəbəkəsində baş verən dəyişiklik dölün qanla təchizinin, qidalanmasının pozulmasına və s. səbəb olur. Digər tərəfdən ciftin inkişaf mərhələsindən, onun baryer funksiyasından, morfoloji tamlığından asılı olaraq infeksiya dölə keçir və ya keçmir. Ona görə də hamiləlik zamanı ciftdə müxtəlif infeksiyalara xas olan dəyişikliklərin aşkar edilməsi dölün qorunması üçün qabaqlayıcı tədbirlərin görülməsi xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Bu infeksiyalara yoluxmuş hamilə qadınlarda ciftdə gedən dəyişikliklərin və fetoplasentar çatışmazlığın öyrənilməsinə bi çox elmi-tədqiqat işləri həsr edilmişdir [1,2,5,6,7,8,9] Bu tədqiqat işlərinin əksəriyyəti urogenital infeksiyaların mono formalarına aid olmuşdur. Urogenital xlamidioz və ureaplazmozun mikst infeksiyalarının ciftdə törətdikləri patomorfoloji dəyişikliklərə aid tədqiqatlar nisbətən az aparılmışdır [10]. Azərbaycan Respublikasında isə belə işlər demək olar ki, aparılmamışdır. Bütün bunları nəzərə alaraq, biz 161 hamilə qadında ciftdə baş verən patomorfoloji dəyişiklikləri aşkar etmək üçün histoloji müayinələrin nəticələrini araşdırdıq.

Tədqiqatın **məqsədi** urogenital xlamidioz və ureaplazmoz zamanı ciftdə gedən patomorfoloji dəyişikliklərin öyrənilməsindən ibarət olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqata Azərbaycan Tibb Universitetinin II mamalıq-ginekologiya kafedrasında müayinədən keçən 161 hamilə qadın daxil edilmişdir. Müayinə edilən qadınlardan əsas müayinə materialı kimi cift nümunələr götürülmüşdür.

161 hamilə qadından 44-ü yalnız urogenital xlamidiozla, 37-i ureaplazmozla, 38 qadın isə urogenital xlamidioz və ureaplazmozla birgə yoluxmuşdur. İnfeksiyaya yoluxmayan 42 qadının cifti müayinə olunmuşdur.

Alınmış nəticələr və onların müzakirəsi. Müayinələrin nəticələri infeksiyası olan və infeksiyası olmayan hamilə qadınlardan götürülən materiallar, o cümlədən mono və mikst infeksiyası olanlar arasında təhlil edilmişdir.

Qeyd edilən tədqiqat qrupunda ciftin funksiyasında orta səviyyəli morfoloji dəyişikliklər, kompensator olaraq çəkisinin artması və patoloji qeyri-yetişkinlik aşkar edilmişdir.

Histoloji metodlar nəticəsində xorial lövhə və ondan çıxan dayaq xovları kövşək lifli stromaya malik olduğu aşkar edilmişdir. Xovlar birqatlı epitellə örtülmüş, iri damarlara (arterial və venoz) malik olmuşdur. Xovlarda kompensator-uyğunlaşma əlamətləri seçilir. Dayaq xovları çox qanlıdır, bir sıra xovlarda angiomalar aşkar edilmişdir. Terminal xovlarda sensitial-kapilyar komplekslərin miqdarı artmışdır. Mübadilə və ya üçüncülü terminal xovlar ikincili xovlardan öz başlanğıcını götürərək, yelpikvari və sistemsiz şaxələnirmişdir. Terminal xovların əsası selikli birləşdirici toxumadan ibarətdir. Amorf maddadə ŞYT (ŞİK) pozitiv strukturlar eozinofilə boyanan qlikozaminaqlikanlar qeydə alınır. Lifli karkas funksionofil kollagen, argirogil və ŞYT (ŞİK) pozitiv retikulyar liflərdən təşkil olunmuşdur. Argirofil liflər periferik halqavari yığımlar və perivaskulyar muftalar əmələ gətirirlər. Tədqiqat obyektlərində çoxsaylı hüceyrəvi elementlər üstünlük təşkil etmişdir.

Mikroskopik olaraq terminal və ikincili xovlarda fibroblastabənzər kiçik hüceyrələr və Hovbauer hüceyrələri müəyyən edilir. Liflərin mikrosirkulyator yataq damarları kiçik ara və ya sinusoid lif damarlardan təşkil olunmuşdur. Morfoloji olaraq damarlar aydın seçilir. Epitelial lövhə əsasən birqatlı olub, sinsitiotrofoblastdan təşkil olunub. Sinsitiotrofoblastda bərabər olaraq nüvəli və nüvəsiz zonalar bir-birini əvəz edir. Həmçinin xovarası sahədə nüvə körpüləri və sinsitiv nüvə sahələri aşkar edilir.

Cədvəl 1

İnfeksiyası olan və infeksiyası olmayan hamilə qadınların cift materiallarının müayinələrin nəticələri

Ciftin patomorfoloji göstəriciləri	İnfeksiyası olan hamilə qadınlar n=119		İnfeksiyası olmayan hamilə qadınlar n=42		Cəmi n=161	
	Müt.r	%	Müt.r.	%	Müt.r	%
Plasentopatiya	45	37,8±4,4	10	23,8±6,6	55	34,2±3,7
Ciftdə xovlararası (intervillyoz) durğunluq	19	16,0±3,4	2	4,8±3,3	21	13,0±2,7

Cift meydançasının natamam formalaşması	10	8,4±2,5	4	9,5±4,5	14	8,7±4,9
Ciftin nekrozu və fibrozu	13	10,9±2,9	2	4,8±3,3	15	9,3±2,3
Bazal deciduit	29	24,4±3,9	4	9,5±4,5	33	20,5±3,2
Villurit	8	6,7±2,3	1	2,4±2,4	9	5,6±1,8
Vaskulit	14	11,8±3,0	2	4,8±3,3	16	9,9±2,4
Plasentit	11	9,2±2,7	1	2,4±2,4	12	7,4±2,1
Angiostaz	9	7,6±2,4	2	4,8±3,3	11	6,8±2,0
Amnionit	7	5,9±2,2	1	2,4±2,4	8	5,0±1,7
Desidual qişada və ciftdə tromboz	11	9,2±2,7	4	9,5±4,5	15	9,3±2,3
Ağır dərəcəli cift yetərsizliyi	14	11,8±3,0	3	7,1±4,0	17	10,6±2,4
Ciftdə iltihabi infiltrasiya	8	6,7±2,3	1	2,4±2,4	9	5,6±1,8
Cift və cift meydançası damar şəbəkəsi hipoplaziyası	5	4,2±1,8	2	4,8±3,3	7	4,3±1,6
Ciftin ageneziyası	2	1,7±1,2	1	2,4±2,4	3	1,9±1,0
Ciftin vaxtından əvvəl qocalması (fibroz, skleroz, massiv kalsinoz)	4	3,4±1,7	1	2,4±2,4	5	3,1±1,4

Əvvəlki qrupdan fərqli olaraq daha çox çoxnüvəli simplastlar qeydə alınır. Həmçinin digər qrupdakı tədqiqatlarla müqayisədə dissirkulyator proliferativ və kompensator reaksiyalara rast gəlinir.

Qeyd edilən tədqiqatlarda ana eritrositlərinin xovarası sahələrdə toplanması, həmçinin ciftin ana və döl hissələrinin kirəcləşməsi müəyyən edilir. Əksər terminal xovlarda distrofiya, deskvamasiya əlamətləri, sinsitial örtüyün ödemi, stromanın sklerozu, qeyri-yetkin ikiqatlı sinsitial quruluşlu xovlar, kapillyarların mərkəzi yerləşməsi nəzərə çarpır. Fibrinoid kütlənin tinktorial xüsusiyyətləri və yerləşməsinin xarakteri adi quruluşdadır. Bu kütlələr əsasən terminal xovların perimetrində, həmçinin səthində və düşücü qişada müəyyən olunurlar. Həmçinin xov ağacı damar yatağında və bazal damarlar nahiyyəsində damarların diskompleksasiya və deformasiyası aşkar edilir. Çox vaxt dayaq xovları və xorial lövhə arteriolalarının divarlarının qalınlaşmasına rast gəlinir.

Mikroskopik olaraq damar divarlarında plazmatik hopma, skleroz, fibrinoid nekroz, endotelin zədələnməsi, subintimal qat miofibroblastların proliferasiyası qeyd olunur.

Bizim fikrimizcə qeyd edilən qrupda hamilə qadınların ciftində damarların fibrinoid dəyişikliyində əsas rolu bətn daxili hipoksiya, damarların spazmı və endotel qatının pozğunluğu oynayır.

İnfeksiyası olan və infeksiyası olmayan hamilə qadınların cift materiallarının müayinələrin nəticələri cədvəl 1-də öz əksini tapmışdır.

Müayinə edilən 161 ciftdən 34,2±3,7%-də plasentopatiya aşkar edilmişdir. Plasentopatiya infeksiyası olanlarda (37,8±4,4%) infeksiyası olmayanlardan (23,8±6.6%; p>0,05) nisbətən çox rast gəlir.

Cədvəl 2

İnfeksiyanın növündən, mono və mikst formasından asılı olaraq, ciftdə gedən patomorfoloji dəyişiklikləri

Ciftin patomorfoloji göstəriciləri	İnfeksiyası olan hamilə qadınlar							
	Yalnız xlamidiozla yoluxmuşlar n=44		Yalnız ureaplazmozla yoluxmuşlar n=37		Xlamidioz və ureaplazmozla birgə yoluxmuşlar n=38		Cəmi n=119	
	Müt	%	Müt.	%	Müt.	%	Müt	%
Plasentopatiya	17	38,6±7,3	13	35,1±7,8	15	39,4±7,9	45	37,8±4,4
Ciftdə xovlararası (intervillyoz)durğunluq	7	15,9±5,5	6	16,2±6,1	6	15,8±5,9	19	16,0±3,4
Cift meydançasının natamam formalaşması	3	6,8±3,8	3	8,1±4,5	4	10,5±5,0	10	8,4±2,5
Ciftin nekrozu və fibrozu	5	11,4±4,8	3	8,1±4,5	5	13,2±5,5	13	10,9±2,9
Bazal deciduit	10	22,7±6,3	6	16,2±6,1	13	34,2±7,7	29	24,4±3,9
Villurit	3	6,8±3,8	2	5,4±3,7	3	7,9±4,3	8	6,7±2,3
Vaskulit	6	13,6±5,2	3	8,1±4,5	5	13,2±5,5	14	11,8±3,0

Plasentit	4	9,1±5,2	3	8,1±4,5	4	10,5±5,0	11	9,2±2,7
Angiostaz	3	6,8±3,8	3	8,1±4,5	3	7,9±4,3	9	7,6±2,4
Amnionit	2	4,6±3,2	2	5,4±3,7	3	7,9±4,3	7	5,9±2,2
Desidual qişada və ciftdə tromboz	4	9,1±5,2	3	8,1±4,5	4	10,5±5,0	11	9,2±2,7
Ağır dərəcəli cift yetərsizliyi	4	9,1±5,2	5	13,5±5,6	5	13,2±5,5	14	11,8±3,0
Ciftdə iltihabi infiltrasiya	2	4,6±3,2	2	5,4±3,7	4	10,5±5,0	8	6,7±2,3
Cift və cift meydançası damar şəbəkəsi hipoplaziyası	3	6,8±3,8	1	2,7±2,7	1	2,6±2,6	5	4,2±1,8
Ciftin ageneziyası	0	0	1	2,7±2,7	1	2,6±2,6	2	1,7±1,2
Ciftin vaxtından əvvəl qocalması (fibroz, skleroz, massiv kalsinoz)	2	4,6±3,2	1	2,7±2,7	1	2,6±2,6	4	3,4±1,7

Ciftdə xovlararası (intervilyoz) durğunluq müayinə edilən ciftlərin 13,0±2,7% -də, infeksiyası olanların 16,0±3,4%-də, infeksiyası olmayanların isə 4,8±3,3%-də ($p<0,05$) aşkar edilmişdir.

Cift meydançasının natamam formalaşması müayinə edilən ciftlərin 8.7±4.9%-də, infeksiyası olan qadınların ciftlərinin 8,4±2,5%-də, infeksiyası olmayanların 9,5±4,5%-də ($p>0,05$) aşkar edilir.

Ciftin nekrozu və fibrozu ümumi müayinə edilən ciftlərin 9,3±2,3%-də, infeksiyası olanlarda isə (10,9±2,9%), infeksiyası olmayanlardan (4,8±3,3%) ($p<0,05$) xeyli çox rast gəlir.

Villurit və vaskulit desiduitə nisbətən az rast gəlinsə də (müvafiq olaraq 5,6±1,8% və 9,9±2,4%), infeksiyası olanlarda (müvafiq olaraq 6,7±2,3% və 11,8±3,0%), infeksiyası olmayanlardan (müvafiq olaraq 2,4±2,4% ($p>0,05$) və 4,8±3,3% ($p>0,05$)) çox rast gəlir.

Plasentit müayinə edilən ciftlərin 7,4±2,1%-də, infeksiyası olanların 9,2±2,7%-də, infeksiyası olmayanların isə 2,4±2,4%-də ($p>0,05$) aşkar edilir.

Amnionit də infeksiyası olanlarda (5,9±2,2%) infeksiyası olmayanlardan (2,4±2,4%) çox rast gəlir.

Ağır dərəcəli cift yetərsizliyi infeksiyası olanlarda (11,8±3,0%) infeksiyası olmayanlardan (7,1±4,0%) ($p>0,05$) nisbətən çox rast gəlir.

Ciftdə iltihabi infiltrasiya da infeksiyası olan hamilə qadınlarda (6.7±2.3%) infeksiyası olmayanlardan (2,4±2,4%) ($p>0,05$) nisbətən çox rast gəlir.

Desidual qişada və ciftdə tromboz, cift və cift meydançası damar şəbəkəsinin hipoplaziyası, ciftin ageneziyası, ciftin vaxtından əvvəl qocalması (fibroz, skleroz, massiv kalsinoz) infeksiyası olan və olmayan hamilə qadınlarda təqribən eyni dərəcədə rast gəlir.

İnfeksiyanın növündən, mono və mikst formasından asılı olaraq, ciftdə gedən patomorfoloji dəyişiklikləri öyrənmək üçün də müqayisəli müayinə aparılmışdır (cədvəl 2).

Plasentopatiya, ciftdə xovlararası (intervillyoz) durğunluq, ciftin fibrozu və nekrozu, villurit, vaskulit, plasentit, ağır dərəcəli cift yetərsizliyi, cift və cift meydançasının damar şəbəkəsinin hipoplaziyası, ciftin ageneziyası, ciftin vaxtından əvvəl yetişməsi (fibroz, skleroz, massiv kalsinoz) xlamidiya, ureaplazmanın mono və mikst infeksiyalarında təqribən eyni dərəcədə rast gəlir.

Bazal desiduit isə ureaplazmoza (16,2±6,1%) nisbətən xlamidiozda (22,7±6,3%) ($p>0,05$) çox, xlamidioz və ureaplazmozun birgə infeksiyasında (34,2±7,7%) daha çox rast gəlir.

Ciftdə iltihabı infiltrasiya xlamidioz və ureaplazmozun birgə infeksiyasında (10,5±5,0%) xlamidiozun (4,6±3,2%) və ureaplazmozun (5,4±3,7%) mono infeksiyasına nisbətən çox aşkar edilir.

Nəticələr. Aparılan müayinələr göstərir ki, infeksiyası olan hamilə qadınlarda infeksiyası olmayanlara nisbətən ciftdə əksər patomorfoloji dəyişikliklər xüsusən də iltihabı proseslər daha çox rast gəlir. Mono infeksiyalara nisbətən mikst infeksiyalarda iltihabi proseslər daha çox təsadüf edilir.

ƏDƏBİYYAT

1.Анастасьева В.Г. Морфофункциональные изменения фетоплацентарного комплекса при плацентарной недостаточности. Новосибирск, 1997, 506с,

2.Бычков В.И., Образцова Е.Е., Шаморин О.В. Диагностика и лечение хронической фетоплацентарной недостаточности, // Акушерство и гинекология, 1999, №6, с,3-53

3.Кулаков В.И. Инфекции передаваемые половым путем/проблема настоящего и будущего // Акушерство и гинекология, 2003, №6, с.3-6

4.Линева О.И., Федорина Т.А., Прохорова Л.В. и др. Морфологогические критерии прогнозирования реализации внутриутробной инфекции у новорожденного // Акушерство гинекология, 2004, №3, с.23-26

5.Милованов А.П. Патология системы мать-плацента-плод. Руководство для врачей. М.:Медицина, 1999, 448с.

6.Милованов А.П., Фокин Е.И., Рогова Е.В. Основные патогенетические механизмы хронической плацентарной недостаточности // Архив патологии, 1995, №4, с.1-15

7.Милованов А.П., Шатилова И.Г., Кадыров М. Гистофизиология плацентарно-маточной области // Вестник российский ассоциации акушер- гинекологов, 1997, №2, с.38-44

8.Серов В.Н., Тютюник В.Л., Зубков В.В. Перинатальные исходы у беременных с инфекционными заболеваниями и плацентарной недостаточностью // Акушерство и гинекология, 2002, №3, с.16-21

9.Тикко О.В., Ежова Л.С., Туменюк Е.Г. Состояние фетоплацентарной системы при хламидийной инфекции // Акушерство и гинекология, 2004, №6, с.19-22,

10.Николаева Е.В. Роль моно и микст хламидийной инфекции в развитии хронической плацентарной недостаточности (клинико-морфологическое исследование): Автореф. Дис. ... канд. мед. наук. Благовещенск, 2005, 18 с.

Резюме

Патоморфологические изменение в плаценте при микст и моно инфекции урогенитального хламидиоза и уреаплазмоза у беременных женщин

Н.К.Мурадов, С.Р.Джафарова

Целью исследования явилось изучение патоморфологических изменений в плаценте при микст и моно инфекции урогенитального хламидиоза и уреаплазмоза у беременных женщин. В исследование вошли 161 женщин, которые прошли гистологические исследование плаценты. Полученные данные показали, что у инфицированных женщин в плаценте больше происходит патоморфологические изменения, особенно воспалительные процессы. Обнаружена высокая частота воспалительных процессов при микст инфекций.

Summary

Pathological changes in the placenta in mono and mixed infections of urogenital chlamydia and ureaplasma in pregnant women

N.K.Muradov , S.R.Dzhafarova

Aim of this study was to investigate the pathological changes in the placenta when mixed mono and urogenital chlamydia infection and ureaplasmosis in pregnant women. The study included 161 women who underwent histological examination of the placentas . The findings showed that infected women in the placenta occurs more pathological changes, particularly inflammation. A high frequency of inflammatory processes in mixed infections

Daxil olub: 16.05.2013

MÜXTƏLİF POLİMERLƏRDƏN HAZIRLANMIŞ ORTODONTİK PROTEZLƏRİN TƏTBİQİ ZAMANI AĞIZ BOŞLUĞUNDA MÜŞAHİDƏ OLUNAN PATOLOGİYALAR

İ.H.Mehmani

Azrəbaycan Tibb Universiteti, ortopedik stomotologiya kefedrası, bakı

Açar sözlər: polimerlər, ortodontik protezlər, ağız boşluğu patologiyaları

Ключевые слова: полимеры, ортодонтические протезы, патологии ротовой полости

Keywords: polymers, orthodontic prostheses, oral pathology

Müxtəlif yaş dövrlərində ağız və üz-çənə sistemlərinin birincili və ikincili deformasiyalarını korreksiya etmək məqsədilə ortodontik vasitələr tətbiq olunur. Ortodontik aparatlar bir sıra hissələrdən ibarət olur ki. onlara əsasən metal qövslər və aparatların əsasını təşkil edən plastmass aiddirlər. Hal-hazırda qeyd olunan aparatların metal qövslərinin tərkibi müxtəlif xəlitələrdən ibarət olur. onun bazisini təşkil edən plastmass hissə isə əsasən müxtəlif polimer maddələrdən hazırlanır [1,2,3,4,5]. Bu maddələr əsasən polimerdən ibarət paroşokdan və ona həcmcə eyni nisbətdə qatılan monomer mayesindən ibarətdir. Paroşok və monomerlərin xarakterindən asılı olaraq. aparat-protezlərin hazırlanmasında istifadə olunan plastmasslar akril. termoplast və s. qruplara bölünürlər. Müxtəlif

ədəbiyyat məlumatlarına əsasən çıxan aparat-protez istifadə edənlərin 60%-ə qədərində selikli qişada dəyişikliklər yaranır. Aparat-protez yatağında xroniki iltihabı prosesi anqulyar xeylitlər. lichen planus. dişətinin fibromatozu və s. formada təzahür olunur [6,7,8]. Çıxan ortodontik vasitələrin istifadəsi zamanı travmatik. toksiki. toksiki-allergik stomaitlər və qlossalgiyalar kimi hallar təzahür olunur. Akril aparat-protezlərin istifadəsi zamanı ağızda diş ətlərində 90% hallarda kataral gingivit və 20% hallarda isə aparat-protezin altında lokal hiperemiyalı selikli qişa sahələri müşahidə olunmuş. aparat-protezin tətbiqindən 3-7 gün keçdiyi müddətdə epitelin bazal qatında dəyişiklik olmur və o normal şəxslərdən fərqlənmir. Ortodontik aparat-protez uzun müddətli istifadə olunduqda isə selikli qişada dəyişikliklər baş verir və bu özünü hiperemiyalar. infiltrasiyalar şəklində özünü göstərir. İnfiltratların daxilində histiositlər. plazma hüceyrələri və plazma hüceyrələri ola bilir. Aparat-protezi istifadə etdikcə onun yatağındakı selikli qişanın birləşdirici toxumaları da dəyişikliyə uğrayır. artıq aparat-protezin istifadəsinin bir aylığında eroziya. hipertrofiya və hiperkeratoz növbələşərək yarana bilər. Aparat-protez yatağının patologiyalarının yaranmasında travmatik. termiki. toksiki və allergik amillər rol oynayırlar. lakin yaranmış patologiyanın yaranmasında hansı amilin dominant olduğunu müəyyənləşdirmək çətinlik yaradır. Ədəbiyyat məlumatları yaşı 16-dan az olan uşaqlarda akril tərkibli ortodontik protezlər və aparatlar tətbiq edilərkən daha çox toksiki-allergik reaksiyalar baş verdiyini göstərir. Diş əti də selikli qişa kimi orqanizmdə baş verən bir çox dəyişikliklərin ağız boşluğunda təzahürünün obyektidir. Akril protezlərin tətbiqi zamanı baş verən gingivitlər çox vaxt qövslərə təmas edən dişlərə travma və protezin bazisinin diş ətlərinə selikli qişada olduğu kimi allergik və toksiki təsirləri ilə əlaqədar yarana bilir [9,10,11]. Diş ətlərinin dəyişikliklərinin meydana çıxmasında əsas amillərdən biri də ağız boşluğunun toxumalarının yerli müdafiə. antioksidant və mikrobiosenozunun dəyişilməsidir. Ağız boşluğunun yerli müdafiə yaxud immun sistemi dedikdə selikli qişanın səthindəki immunoqlobulinləri. ağız suyunun lizosim fermenti. buynuzlaşma prosesinin normal getməsi və s. amillər aiddirlər. Termoplast aparat-protezlər isə yumşaq materiallardan ibarət olduğuna görə ağız boşluğunun selikli qişasına daha az travmatik təsir göstərirlər. Bundan başqa. termoplast protezlərin tərkibi daha inert və hamar olduğuna görə onun üzərində mikroorqanizmlərin inkişafı üçün şərait akril protezlərindən az olur.

Tədqiqatın **məqsədi** müxtəlif polimerlərdən hazırlanmış ortodontik aparat-protezlərin tətbiqi zamanı ağız boşluğunda müşahidə olunan patologiyaların dinamikasının təyin edilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Bu məqsədlə tərəfimizdən 70 nəfər ortodontik aparat tətbiq olunmuş şəxsin ağız boşluğu protezin istifadə olunmasından 3 və 6 ay sonra müayinə olunmuşdur. Bu 70 nəfərdən 45-ində akril tərkibli və 25 nəfərinə isə termoplast plastmasslardan hazırlanmış aparat-protezlərdən istifadə olunmuşdur. Bundan başqa. qeyd olunan ortodontik xəstələrin ağız boşluqlarının vəziyyətini müqayisə etmək üçün müayinələrə əlavə olaraq. 20 nəfər də adi heç bir çıxan protez taxmayan sağlam şəxslər cəlb olunmuşlar. Xəstələr və sağlam şəxslərin ağız boşluqlarında lokal və yayılmış iltihabın. ağızda quruluğun. hipersalivasiya və taktil hissiyatının pozulmasının rast gəlinməsi hesablanmışdır. Alınmış rəqəmlər müasir tələbləri nəzərə almaqla statistik metodlarla işlənmişdir. Qrup göstəriciləri üçün orta qiymətlər (M). onların standart xətası (m). sıraların minimal (min) və maksimal (max) qiymətləri. həmçinin qruplarda keyfiyyət göstəricilərinin rastgəlmə tezliyi müəyyən edilmişdir. Qeyd edək ki. tədqiqat işi zamanı alınan nəticələrin statistik işlənməsi Statistica 7.0 tətbiqi kompüter proqramı ilə aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi. Tədqiqat nəticəsində 45 nəfər akril tərkibli ortodontik protez tətbiq edilmiş şəxslərdə lokal iltihabı proses protezin tətbiqindən 3 ay sonra 26.67±6.59% . 6 ay sonra isə 17.78±5.70% hallarda rast gəlinsə də. bu göstərici 25 nəfər termoplast ortodontik protez tətbiq edilmiş şəxslərdə uyğun olaraq. 8.00±5.43% və 4.00±3.92% olmuşdur. Bu hal akril materiallardan hazırlanmış ortodontik materialların termoplast materiallara nisbətən daha sərt olmaları və həmin sərt sahələrin selikli qişa sahələrində lokal iltihabı proseslərə daha çox rəvac vermələri ilə bağlıdır. Lokal iltihabı proseslərin akril tərkibli aparat-protezlərdə profilaktik tədbirlərin icrasını vacib edir. Selikli qişanın yayılmış iltihabı isə daha çox mexaniki amillərlə deyil. toksiki və allergik reaksiyalarla bağlıdır. Yayılmış selikli qişanın iltihabı prosesinə tədqiqatımız zamanı 45 nəfərlik akril ortodontik protezlər tətbiq etdiyimiz şəxslər qrupunda protezlənmənin 3 aylığında 22.22±6.20% hallarda rast gəlinsə də bu göstərici termoplast aparat tətbiq olunan qrupda cəmi 4.00 ± 3.92% hallarda müşahidə olunmuşdur. Protezlənmənin 6 aylığında isə akril protezlər tətbiq olunmuş qrupda yayılmış selikli qişa iltihabına 26.67±6.59% hallarda rast gəlinsə də termoplast aparatlar tətbiq olunmuş 25 nəfərlik qrupda bu göstərici 0-a bərabər olmuş. yəni yayılmış iltihaba rast gəlinməmişdir. Bu termoplast vasitələrin

daha neytral və az toksiki olduğunun göstəricisidir (Cədvəl 1). Akril protez tətbiq etdiyimiz ortodontik xəstələrin müalicənin 3 və 6 aylığında ağızda quruluq hissinin 6.67 ± 3.72% və 2.22 ± 2.20% şəxslərdə rast gəlinsə də həmin zaman kəsiklərində termoplast tərkibli ortodontik aparat tətbiq etdiyimiz 25 nəfərdə bu göstəricilər 0-a bərabər olmuşdur. yəni müşahidə olunmamışdır.

Cədvəl 1

Akril və termoplast tərkibli ortodontik protezlərin əlavə təsirlərinin müqayisəsi

Əlavə təsirlər	Akril (n = 45)		Termoplast (n = 25)	
	3 ay	6 ay	3 ay	6 ay
Lokal iltihab	26,67±6,59	17,78 ±5,70	8,00± 5,43	4,00± 3,92
Yayılmış iltihab	22,22±6,20	26,67±6,59	4,00± 3,92	-
Ağızda quruluq	6,67±3,72	2,22±2,20	-	-
Hipersalivasiya	2,22±2,20	4,44±3,07	4,00± 3,92	-
Taktil hissiyatının pozulması	93,33±3,72	86,67±5,07	44,00± 9,93	20,0± 8,00

Ağız suyunun intensivliyinin artması olan hipersalivasiya əlamətinə isə ortodontik müalicənin 3 aylığında 45 nəfərlik akril tərkibli vasitələr tətbiq etdiyimiz qrupdakı pasiyentlərin 2.22 ± 2.20%-ində rast gəlinsə də. eyni vaxt kəsiyində termoplast protez tətbiq etdiyimiz 25 nəfərdə bu hal cəmi 4.00 ± 3,92% hallarda rast gəlinmişdir. Hipersalivasiya halları adətən ağız boşluğundakı iltihabı proseslərə adekvat olaraq inkişaf edir. Protezlənmənin 6 aylığında isə akril aparatlar tətbiq olunmuş şəxslərdə 4,44±3,07% hallarda hipersalivasiya müşahidə olunsa da. termoplast vasitələr tətbiq etdyimiz qrupda 6 aylıq müddətdən sonra hipersalivasiya halı müşahidə olunmamışdır.

Taktil hissiyatının pozulması ortodontik protezlərin lövhə hissələrinin selikli qişa səthlərini örtməsi və qismən protezin materialından asılıdır. Ortodontik müalicə məqsədilə akril materiallardan olan vasitələr tətbiq etdiyimiz 45 nəfər şəxslərdə protezin tətbiqindən 3 ay sonra 93,33±3,72% pasiyentlərdə taktil hissiyatının pozulması müşahidə olunsa da, termoplast tərkibli ortodontik vasitələr tətbiq etdiyimiz 25 nəfərlik qrupda isə bu göstərici 44,00±9,93% olmuşdur. Protezləmədən 6 ay sonra isə akril ortodontik vasitələr tətbiq etdiyimiz qrupda qeyd olunan hissiyyat pozulması halları 86,67±5,07%. termoplast vasitələr tətbiq olunan qrupda isə 20,0±8,00% hesablanmışdır. Termoplast ortodontik plastmasslardan hazırlanmış vasitələrin tətbiqi zamanı taktil hissiyatının akril tərkibli vasitələrə nisbətən az pozulması onların tərkibi və materiallarının daha yumşaq olmaları ilə bağlıdır. Aldığımız nəticələr göstərir ki, termoplast tərkibli ortodontik vasitələrin tətbiqi genişləndirilməlidir.

Beləliklə. ədəbiyyat məlumatları yaşı 16-dan az olan uşaqlarda akril tərkibli ortodontik protezlər və aparatlar tətbiq edilərkən daha çox toksiki-allergik reaksiyalar baş verdiyini göstərir. Termoplast aparat-protezlər isə yumşaq materiallardan ibarət olduğuna görə ağız boşluğunun selikli qişasına daha az travmatik təsir göstərirlər. Bundan başqa. termoplast protezlərin tərkibi daha inert və hamar olduğuna görə onun üzərində mikroorqanizmlərin inkişafı üçün şərait akril protezlərindən az olur. Müxtəlif polimerlərdən hazırlanmış ortodontik aparat-protezlərin tətbiqi zamanı ağız boşluğunda müşahidə olunan patologiyaların dinamikasının təyini məqsədilə tərəfimizdən tədqiqat aparılmışdır. Tədqiqat nəticəsində 45 nəfərlik akril ortodontik protezlər tətbiq etdiyimiz şəxslər qrupunda protezlənmənin 3 aylığında 22,22±6,20% hallarda rast gəlinsə də bu göstərici termoplast aparat tətbiq olunan qrupda cəmi 4,00±3,92% hallarda müşahidə olunmuşdur. Ümumiyyətlə 70 nəfər ortodontik xəstədə aparılan tədqiqat zamanı termoplast tərkibli vasitələr tətbiq olunan pasiyentlər qrupunda lokal iltihab. yayılmış iltihab. ağızda quruluq. hipersalivasiya.taktil hissiyatının pozulması kimi əlavə təsirlər akril tərkiblilərə nisbətən az olmuşdur.

ƏDƏBİYYAT

1. Авдиенко И.Д., Рябченко Н.Ф., Волгарева Г.М. и др. Поиск биологических средств против грибов рода Candida // ЖМЭиИ, 2000, №6, с. 79-80.

2. Агапов В.С., Артонов Д., Царев В.Н. и др. Сравнительный анализ адгезии к базисным пластмассам микробной флоры полости рта пациентов с послеоперационными дефектами челюстей // Рос. стом. журн., 2004, №3, с. 33-36.

3. Алиев А.У., Ягудеев Т.А. Функциональные полимеры на основе акриловых и метакриловых эфиров некоторых бромацетиленовых спиртов // Химия и химическая технология, 2001, т.43, с.97-101.

4. Алимова Р.Г. Индивидуальная гигиена полости рта при применении современных несъемных сложных ортодонтических конструкций // Стоматология, 2004, №6, с. 63-64

5. Бадалов Р.М.,Гараев З.И., Рзакулиева Д.М. Адаптация к съемным пластиночным зубным протезам // Caucasian dental news, Баку, 2002, №6, с.43-48.

6. Байрамов Х.Х. Структурные и функциональные изменения слизистой оболочки протезного ложа при длительной компрессии съемными протезами: Автореф. дис. … канд.мед. наук. Баку, 1996, 18 с.

7. Бакерникова Т.М. Изучение колонизации микрофлоры протезов из акриловых пластмасс у детей с дефектами зубных рядов // Вестник РГМУ. Периодический медицинский журнал, 2008, т.61, №2. с. 265.

8. Варес Э.Я., Нагурный В.А., Варес Я.Э.. Аллахвердиева Л. Литьевым термопластам медицинской чистоты – дорогу в стоматологическую ортопедию // Стоматология, 2004, т.83. №6, с. 75-76.

9. Chen Y.Y., Betzenhauser M.J., Snyder J.A., Burne R.A. Pathways for lactose/galactose catabolism by Streptococcus salivarius // FEMS-Microbiol-Lett., 2002, 209(1), p.75-79.

10. Frank R.P., Brudvik J.S. Seroux. Relationship between the standarts of removable partial denture construction. clinical acceptability and patient satisfaction // J.Prosthet. Dent., 2000, №83, p. 521-527.

11. Kawara M. et al. Istortion Behavior of Heat-activated Acrylic Denture-base Resin in Conventional and Long. Low-temperature Processing Methods // Journal of Bioactive and Compatible Polymers., 2006, v.21, No 3, p.221-235.

Резюме

Патологии полости рта при применении ортодонтических протезов. изготовленных из различных полимеров

И.Г.Мехмани

Местная тканевая реакция аллергического генеза является частой причиной непереносимости съёмной ортодонтической аппаратуры. изготовленной из акриловых пластмасс. Больные при этом. испытывают дискомфорт. чувство инородного тела. Гиперемия и отек слизистой оболочки полости рта очень часто выявляется в первой фазе ортодонтического лечения. Высокий уровень распространенности воспалительных осложнений при лечении зубочелюстных аномалий несъемной и съемной ортодонтической аппаратурой свидетельствует о необходимости изучения состояния твердых и мягких тканей. микрофлоры. иммунологической реактивности и антиоксидантной системы полости рта у пациентов во время ортодонтического лечения. На основе полученных результатов можно разработать дифференцированный подход к разработке комплексных лечебно - профилактических программ.

Summary

Pathologies of the oral cavity when applied orthodontic prostheses made of different polymers

I.G.Mehmani

Local tissue reaction allergic genesis is a common cause of intolerance removable orthodontic equipment made of acrylic plastic. Patients with experiencing discomfort. foreign body sensation. Hyperemia and edema of the mucous membrane of the mouth is often detected in the first phase of orthodontic treatment. The high prevalence of inflammatory complications in the treatment of dentofacial anomalies with fixed and removable orthodontic apparatus indicates the need to study the state of the hard and soft tissues of the microflora. immunological reactivity and antioxidant system of the oral cavity in patients during orthodontic treatment. On the basis of these results we can develop a differentiated approach to the development of integrated health - care programs.

Daxil olub: 24.05.2013

«DİABETİK PƏNCƏ» SİNDROMU OLAN XƏSTƏLƏRİN CƏRRAHİ MÜALİCƏCİNDƏ OZONOTERAPİYA VƏ MAQNİT-İNFRAQİRMIZI LAZER TERAPİYASININ ROLU

H.B.İsayev, S.F.Şxəliyeva

Akad. M.A.Topçubaşov adina Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı

Açar sözlər: diabetik pəncə, cərrahi müalicə, ozon terapiyası maqnit-infraqırmızı lazer şüalanması
Ключевые слова: диабетическая стопа, хирургическое лечение, озонотерапия, магнитно-инфракрасное излучение
Keywords: diabetic foot, surgical treatment, ozone therapy, magnetic infrared irradiation

İnkişaf etmiş sənaye ölkələrində 60 yaşdan yuxarı olan əhalinin 10-20%-i ŞD-dən əziyyət çəkir [1,2,11]. Son on illiklər ərzində ŞD-in sosial əhəmiyyətinin artması. bir tərəfdən xəstəliyin rast gəlmə tezliyinin çox sürətlə inkişafı. müalicənin böyük xərclər tələb etməsi. digər tərəfdən isə xəstəliyin ağır fəsadlarının həyat fəaliyyətinə təsir göstərərək ölüm faizini yüksəltməsi ilə əlaqədardır [7,10,13].

ŞD-in tipik və həyat üçün təhlükəli ağırlaşmalarına. arterial qan damarlarının kəskin zədələnməsi və pəncənin irinli-nekrotik proseslərə məruz qalması aiddir [9,14,16]. Məlum olmuşdur ki. ŞD ağırlaşmaları olan xəstələrin 25%-i pəncənin irinli-nekrotik proseslərindən əziyyət çəkir [5,9,14,16]. ŞD-in ən qorxulu ağırlaşmasını aşağı ətrafların diabetik angiopatiyası (AƏDA) və «diabetik pəncə» sindromu (DPS) təşkil edir [3,6,17,18]. ŞD zamanı pəncənin irinli-nekrotik ağırlaşması. 30-60% hallarda ətrafın yuxarı səviyyədən amputasiyasına [18,19], sonrakı dövrlərdə isə 35% letallığa səbəb olur [20,21].

Bütün bunlar. irinli-nekrotik dəyişiliklərlə fəsadlaşan aşağı ətrafların diabetik angiopatiyası və diabetik pəncə sindromunun kompleks cərrahi müalicəsinin əhəmiyyətinin artmasına və bu istiqamətdə yeni effektli üsulların axtarılmasına səbəb olmuşdur [4,5,8,12,15].

İşin **məqsədi** «Diabetik pəncə» sindromu olan xəstələrin kompleks cərrahi müalicəsində maqnit-infraqırmızı-lazer şüalanmasının və ozonoterapiyanın müştərək tətbiqinin köməyilə aparılan cərrahi müdaxilələrin nəticələrinin yaxşılaşdırılmasıdır.

Tədqiqatın material və metodları. Elmi işdə təqdim olunan xəstələr ak. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahi Mərkəzin damar şöbəsində 2006-2010 illər ərzində kompleks şəkildə müayinədən keçmişdirlər. İşimizdə istifadə olunan kliniki. laborator. instrumental müayinələr kompleksi, çoxprofilli xəstəxanaların diaqnostik praktikası üçün əsasən ənənəvi xarakter daşıyır.

Tədqiqatda qarşıya qoyulan vəzifələri həll etmək üçün aşağı ətrafların irinli-nekrotik dəyişiliklərı ilə ağırlaşan ŞD əziyyət çəkən 135 xəstə müayinə və müalicə olunmuşdur.

Xəstələr 2 qrupa bölünmüşdürlər: ümumi qəbul edilmiş. ənənəvi müalicə aparılan nəzarət qrupu və ənənəvi müalicə ilə yanaşı kombinəşəkilli kompleks yerli və ümumi ozono- və yerli MİL terapiyası aparılan əsas qrup.

Tədqiqatın məsələlərinə müvafiq xəstələr şərti olaraq xəstəliyin həmcins əlamətləri olan qruplara ayrılmışdır. Hər qrupa cins. yaş. prosesin lokalizasiyasına görə oxşar olan xəstələr daxil edilmişdir. yəni xəstə qrupları reprezentativdir:

1 qrup (nəzarət) – müalicəsində ümumi qəbul edilmiş ənənəvi üsullar tətbiq edilmiş pasientlər – 63nəfər.

2 qrup (əsas) – müalicəsində kompleks yerli və ümumi ozono- və yerli MİL terapiyası tətbiq edilmiş pasientlər – 72 nəfər. Əsas qrup ozü də 2 yarımqrupa bölünmüşdür:

A yarımqrupu – 33 nəfər. bu qrup xəstələrə ənənəvi kompleks cərrahi müalicə ilə yanaşı. həm də yerli və ümumi ozonoterapiya da tətbiq edilmişdir.

B yarımqrupu – 39 nəfər. bu qrup xəstələrə ənənəvi kompleks cərrahi müalicə ilə yanaşı. həm də yerli və ümumi ozonoterapiya və yerli MİL terapiyası müştərək şəkildə tətbiq edilmişdir.

Dinamiki nəzarət və müayinələr eynilə nəzarət qrupunda olduğu kimi idi. Xəstələrin seçilməsi təsadüfi xarakter daşıyaraq klinikaya müraciət edən xəstələrin arasından aparılmışdır.

Hər iki tədqiqat qrupunda olan xəstələrdə aşağı ətrafların diabetik angiopatiyasının müxtəlif formalarına aid klinika müşahidə edilirdi. Xəstələrin vəziyyəti qəbul zamanı orta ağır. ağır kimi qiymətləndirilmişdir.

Diabetik pəncə sindromu diaqnozu. ümumi qəbuledilmiş obyektiv və xüsusi müayinə üsullarının köməyilə təyin edilmişdir.

Xəstə klinikaya daxil olan andan bütün diaqnostik və müalicəvi tədbirlər təxirəsalınmadan həyata keçirilmişdir. Adi kliniki nəzarətlə yanaşı instrumental və laborator müayinələr də aparılırdı (EKQ, döş qəfəsinin rentgenoqramması, sidik və qanın kliniki analizləri, sidik cövhəri, bilirubin, kreatinin, şəkər və qan zülalaları, qələvi-turşu müvazinəti və qanın laxtalanma göstəriciləri təyin edilmışdır).

132 (97,8±1,3%) xəstədə hemoqlobin göstəricisi 50-100 q/l olan anemiya aşkar olunmuşdur ki. bu da xəstələrdə intoksikasiyanın orqanizmə. xüsusən də hemopoezə ümumi təsir göstərməsini təsdiq etmişdir.

Bizim müşahidələrə əsasən 106 (78,5±3,5%) xəstədə eritrositlərin çökmə sürəti (EÇS) normadan artıq olmuşdur və bu xəstələrin çoxunu xəstəliyin ağır forması olan pasientlər təşkil etmişdirlər.

Qanda acqarına qlükozanın yüksək səviyyədə olması müşahidələrin 122 (90,4±2,5%) hallarında aşkar edilmişdir. Qeyd olunan xəstələrə əməliyyatdan sonrakı dövr proqramına müvafiq olaraq. endokrinoloqun nəzarəti altında qlikemiyanın tənzimlənməsi aparılmışdır.

Biokimyəvi müayinələrdən. həmçinin qan zərdabında ümumi zülal (q/l) –kolorimetrik biuret üsulu ilə; bilirubin (mkmol/l) – İendraşek-Kleqqor üsulu ilə; qanda şəkər (mmol/l) – fermentativ üsulla təyin edilmişdir.

Tədqiqatda qarşıya qoyulan məsələləri həll etmək üçün. ümumi qəbul edilmiş kliniki müayinə metodlarından başqa. biz ŞD xəstələrinin cərrahi müalicə mərhələlərində əlavə biokimyəvi (qan zərdabında lipidlərin sərbəst radikal oksidləşməsi proseslərinin, həmçinin qanın antioksidant müdafiə göstəricilərinin dəyişiliklərinin dinamikasını tədqiq etmək məqsədilə), yara səthinin bakterioloji müayinəsi. toxumaların histomorfoloji müayinəsindən istifadə etmişdik. Qanın toksikliyi orta molekul çəkisinin (OMÇ) və leykositar intoksikasiya indeksinin (Lİİ) dərəcəsinə görə təyin edilmişdir.

Tədqiqatın gedişində alınmış bütün rəqəm göstəriciləri statistik təhlil olunmuşdur. Statistik analizin ilkin mərhələsində parametrik üsullardan istifadə edilmişdir. Sonradan qruplardakı göstəricilərin sayını nəzərə alaraq, alınmış nəticələri dəqiqləşdirmək məqsədilə qeyri-parametrik üsullar tətbiq olunmuşdur. zsaylı qruplarda göstəricilər arasındakı fərqi müəyyən etmək üçün qeyri-parametrik üsuldan – Uilkokson (Manna-Uitni) meyarından (U) istifadə olunmuşdur. Keyfiyyət analizi aparmaq üçün χ^2-meyarından (Pirsonun uyğunluq meyarı) istifadə olunmuşdur. Öyrənilən əlamət göstəricilərinin sayı 2-dən çox olduğu hallarda Pirsonun polixorik əlaqə göstəricisindən istifadə olunmuşdur: Bütün hesablamalar EXCEL elektron cədvəlində aparılmışdır.

Nəticələr və onların müzakirəsi. Tədqiq olunan xəstələrin zədələnmiş aşağı ətrafında qan dövranının zəifləməsi reovazoqrafiya və ultrasəss müayinəsi ilə təsdiqlənmişdir. Göstərilən müayinə metodlarının tətbiqi 9,6% xəstədə magistral arteriyaların okklüziya zədələnməsini (makroangiopatiya) və 21,5% xəstədə isə aşağı ətrafların mikroangiopatiyasını aşkar etməyə kömək etmişdir. Xəstələrin əksəriyyətində (68,9%) magistral və kiçik arteriyaların müştərək zədələnməsi- diabetik makro- və mikroangiopatiya müşahidə edilmişdir. Distal yatağın zədələnməsi ilə əlaqədar magistral qan dövranının rekonstruksiyası aparılmışdır.

Ətrafın qan təchizatında əhəmiyyətli dəyişiliklər əsas qrupun xəstələrindən 41-də (57%) nisbətən zəif dəyişiliklər isə erkən trofiki pozğunluğu olan 4 (5,6%) xəstədə müşahidə edilmişdir. Nəzarət qrupunda isə müvafiq olaraq 40(63,4%) və 5(7,9%) xəstədə.

İrinli-nekrotik prosesin ağırlığından asılı olaraq xəstələr 5 qrupa bölünmüşdür:

1) aşağı ətrafların yumşaq toxumalarının erkən trofiki pozğunluğu olan xəstələr;
2) pəncənin bayır və ayaqaltı hissəsinin uzun müddət sağalmayan trofiki xorası olan xəstələr;
3) pəncənin barmaq falanqalarının nekrozu olan xəstələr;
4) pəncənin fleqmonası və daraq sümüklərinin osteomieliti olan xəstələr;
5) pəncənin qanqrenası olan xəstələr.

Ozonoterapiya və MİL terapiyasının effektliliyini qiymətləndirmək məqsədilə. DPS-i olan xəstələrdə venadaxili və yerli ozonoterapiyanın və MİL terapiyasının mikrosirkulyator yatağın vəziyyətinin dinamikasına, kliniki və laborator göstəricilərə təsiri öyrənilmişdir.

Ətrafın arterial qan dövranının qiymətləndirilməsi reovazoqrafiya və ultrasəss müayinəsinin köməyilə həyata keçirilmişdir. Baldırın aşağı 1/3 regionar sistolik təzyiqinin. bazu-baldır regionar sistolik təzyiq indeksinin təyin edilməsi kimi üsullardan da istifadə edilmişdir.

İşemiyaya məruz qalmış ətrafda ozonoterapiyanın mikrosirkulyator sistemə təsirini qiymətləndirmək üçün bir sıra düz və dolayı üsullardan istifadə edərək, ətrafın distal nahiyələrində oksigen sıxlığının səviyyəsini və regionar oksigenasiya göstəricisini təyin etmişik. Baldırda oksigenin sıxlığının venadaxili ozonoterapiyadan sonra təyin edilməsi göstərmişdir ki, müsbət kliniki dinamika ətraf toxumaların oksigenasiyasının səviyyəsinin artması ilə nəticələnmişdir. Ozonoterapiya və MİL terapiyası kursundan sonra bütün kliniki qruplarda ətrafın distal nahiyələrində oksigenin səviyyəsinin kritik həddən. yəni 50 mm.c.süt.-dan artması müşahidə olunmuşdur. Ətrafda qan dövranının yaxşılaşması və ozonoterapiyanın effektliliyi xəstəliyin mərhələsindən asılı olmuşdur. Xəstəliyin II mərhələsi olan xəstələrdə. ozonoterapiya və MİL terapiyasından sonra baldır dərisində oksigenin sıxlığı başlanğıc rəqəmlərə nisbətən 21%, III mərhələsi olan xəstələrdə 18%, IV mərhələdə isə 7%-ə qədər artmışdır. Bu göstəricilər bir daha onu təsdiq edir ki. işemiyaya məruz qalmış toxumuların

oksigenlə təminatı ozonoterapiya və MİL terapiya kursundan sonra daha da yüksəlmiş olur. Eyni vaxtda xəstəliyin geçikmiş formalarında toxumaların oksigenasiyasının yaxşılaşmasında nisbətən zəiflik nəzərə çarpır. Belə ki, aşağı ətrafların diabetik angiopatiyasının IV mərhələsində regionar oksigenasiya göstəricisinin qiyməti azacıq artsa da. digər qruplarda bu rəqəm əhəmiyyətli dərəcədə dəyişilmişdir.

"Diabetik pəncə" sindromu olan xəstələrdə parenteral ozonoterapiya və regionar MLT terapiyasının tədbiqindən asılı olaraq müxtəlif dövrlərdə işemik və nekrotik dəyişikliklіyə məruz qalmış toxumaların reparativ xüsusiyyətlərini öyrənmək üçün müxtəlif günlərdə yara nahiyəsindən toxuma nümunələri götürülmüşdür. Histomorfoloji tədqiqatların icra edilməsi üçün əldə olunan cərrahi bioptatlar 10%-li neytral formalində fiksasiya olunmuş. 5-8 mkm qalınlıqda kəsiklər alınaraq hematoksilin –eozin və Van-Gizon üsulu ilə boyadılmışdır.

Qarşıya qoyulan məsələləri həll etmək üçün öncədən razılıqları alınmış və nisbi olaraq 2 qrupa böldüyümüz xəstələrdən toxuma nümunələri əldə etdik. "Diabetik pəncə" sindromu olan I qrup xəstələrə (n=11) yalnız ozonoterapiya aparıldı. II qrup xəstələrə (n=15) isə parenteral ozonoterapiya ilə yanaşı yara nahiyəsinə regionar MLT terapiyası da əlavə edildi. Ayrı –ayrılıqda tətbiq olunan terapiya üsullarının effektliyini öyrənmək üçün hər iki qrup xəstələrdən müalicənin 3-cü və 10-cu günü yara nahiyəsindən nümunələr götürülmüş və toxumada baş verən morfoloji dəyişikliklər müqayisəli şəkildə tətqiq edilmişdir.

Beləliklə. apardığımız kliniki-morfoloji tədqiqatların nəticələri aşağıdakı mərhələlərə bir daha aydınlıq gətirdi:

1.Diabetik mikroangiopatiyanin nəticəsi kimi yaranan Diabetik pəncə sindromu zamanı mikrosirkulyator şəbəkənin reduksiya olunması hemodinamik pozuntulara səbəb olmaqla yanaşı. öz növbəsində xırda kalibrli damarların zədələnməsini daha da dərinləşdirir.

2.Şəkərli diabetin davametmə müddəti ilə mikrosirkulyator damarların divarında baş verən histopatoloji dəyişikliklər və toxuma metabolizmi arasında birbaşa korelyasion əlaqənin olması təsdiqləndi.

3.Aparılmış kliniki-morfoloji müayinələrin nəticələri göstərdi ki, ozonoterapiya və MİL terapiyasının kompleks şəkildə tətbiqi "diabetik pəncə" sindromu zamanı toxuma strukturlarında və damarların divarında patoloji dəyişiklikləri zəiflətməklə yerli iltihabi reaksiyaların tempini azaldır və toxumaların mikrosirkulyasiyasını yaxshılashdırmaqla reporativ proseslərə effektli təsir edir.

Ozonoterapiya və MİL terapiyası qəbul edən xəstələrdə LPO və antioksidant sistemin göstəricilərinin dinamikasının öyrənilməsi zamanı. bu göstəricilərin müalicə fonunda əsaslı surətdə dəyişilməsi aşkar edilmişdir. LPO birincili və ikincili məhsullarının miqdarının enməsi artıq bir seans venadaxili ozonoterapiyadan sonra başlayaraq. müalicənin sonuna qədər saxlanılmışdır. Antioksidant sistemin vəziyyətində olan dəyişiklik isə. yəni katalaza və reduksiya olunmuş qlütatinperoksidaza fermentlərinin aktivliyi birinci prosedurdan sonra artaraq. müalicədən sonrakı dövrdə də saxlanılmışdır. Klinikaya daxil olan bütün xəstələrdə LPO məhsullarının artması və orqanizmin antioksidant müdafiə faktorlarının enməsi müşahidə olunmuşdur. Bununla belə. ənənəvi müalicə alan I qrup xəstələrdə dien konyuqatlarının (DK) və malon dialdehidinin (MDA) səviyyəsi nisbətən azalmışdır. Belə ki. II A qrupun xəstələrində DK və MDA-da olan dəyişikliklər I qrupa nisbətən müalicənin ilk günlərində müvafiq olaraq 9.7% (p_0<0,001; p_1<0,01) və 11,5% (p_0<0,001; p_1<0,001). II B qrupun xəstələrində isə DK 11,9% (p_0<0,001; p_1<0,001; p_2<0,05). MDA isə 14,4%-ə (p_0<0,001; p_1<0,001) bərabər olmuşdur. Tədqiqat aparılan qruplarda LPO və AOM amilləri arasında əhəmiyyətli fərq. aparılan müalicənin 4-cü günündən başlayaraq. adları çəkilən göstəricilərin müalicə fonunda dəyişilməsi ilə izlənilmişdir. Belə ki, II A qrup xəstələrində ozonoterapiya fonunda cərrahi müdaxilədən 8-10 gün sonra DK və MDA göstəricilərinin səviyyəsi demək olar ki, normal göstəricilərə yaxın olmuşdur. Ozonoterapiya və MİL terapiyası tətbiq edilən II B xəstə qrupunda isə göstəricilər bu müddət ərzində normal göstəricilərə bərabər olmuşdur. Eyni zamanda. I qrup xəstələrində bu müddət ərzində DK və MDA-nın səviyyəsi. əməliyyatdan qabaq olan göstəricilərə nisbətən ensə də. normadan bir qədər yüksək səviyyədə – müvafiq olaraq 3,83±0,04% (p_0<0,001) və 11,3±0,2% (p_0<0,001) qalmışdır.

Analoji hal AOM fermentlərinin (katalaza. SOD) vəziyyətini əks etdirən göstəricilərdə də müşahidə olunmuşdur. Ozon və MİL terapiyası təyin edilən xəstə qruplarında AOM göstəricilərinin bərpası daha yüksək temp ilə baş vermişdir. Tədqiqatların son mərhələsində (əməliyyatdan 8-10 gün sonra) bu xəstələrdə tədqiq olunan göstəricilərin səviyyəsi demək olar ki. yol verilən həddə olmuşdur.

Nəzarət qrupunda olan xəstələrdə yuxarıda adları çəkilən göstəricilərin dəyişiklikləri daha az biruzə olunurdu və tədqiqatmızın 8-10 günündə normal ölçülərə çatmamışdır. II A və II B qrupa aid olan xəstələrdə isə. I qrup xəstələri ilə müqayisədə kompleks müalicə tədbirlərinin təsiri altında AOM fermentlərinin qatılığının nəzərə çarpan dərəcədə stabilləşməsi və göstəricilərin cərrahi müdaxilədən sonra 8-10 gün normal səviyyəyə çatmışdır.

Diabetik pəncə sindromu olan xəstələrdə tərəfimizdən aparılan kompleks müalicənin tərkib hissəsi kimi. cərrahi müdaxilə ilə yanaşı ozon və MİL terapiyasının tətbiq olunması. müalicənin sonunda LPO-AOM göstəricilərinin yol verilən qiymətlərə yaxınlaşmasına imkan vermişdir.

Hər iki qrupdan olan xəstələrdə qanın ümumi və biokimyəvi göstəriciləri yüksək dərəcəli intoksikasiyanın olmasına dəlalət edirdi. Sağlam şəxslərə nisbətən hər iki qrupdan olan xəstələrdə Lİİ və OMÇ-in səviyyəsinin artması müşahidə olunurdu. İntoksikasiya göstəricilərinin artması cərrahi müdaxilədən 1-3 gün sonra da saxalanılırdı. Ozonoterapiyanın ayrılıqda və MİL terapiyası ilə müştərək tətbiqinin detoksikasion effekti II A və II B qruplara daxil olan xəstələrin qanında 8-10 sutkada müşahidə olunurdu. belə ki. bu müddət ərzində göstəricilər norma daxilində olurdu. Tədqiqat qruplarında olan xəstələrin qanında intokiskasiya göstəricilərinin tədqiqat nəticələrini müqayisə edilmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki. I qrupa daxil olan xəstələrdə gerçək enmə bilavasitə 8-10 sutkadan başlamışdır. II A və II B qruplara daxil olan xəstələrdə I qrupdan fərqli olaraq. Lİİ və OMÇ-in səviyyəsi sonrakı dövrdə daha yüksək sürətlə enmişdir. Bu cür meyl tədqiqatın son mərhələsində qeyd olunan göstəricilərin normallaşmasına (8-10 sutka) səbəb olmuşdur.

Beləliklə. ənənəvi müalicə alan I qrup xəstələrlə müqayisədə. əsas qrupların xəstələrində. kompleks müalicənin tərkibində təklif etdiyimiz müalicə üsullarının tətbiq edilməsi. tədqiq olunan göstəricilərin daha yüksək templə normallaşmasına səbəb olmuşdur.

Tədqiqat aparılan qruplarda lipid mübadiləsinin vəziyyətinin öyrənilməsinin əsas səbəbi. diabetik angiopatiyalı xəstələrin çoxunun yaşının 50-dən yuxarı və onlardan bəzilərinin isə postmenopauza dövründə olan qadınlar olmasıdır. Müəyyən edilmişdir ki. 129 (95,6±1,8%) xəstədə – ümumi xolesterinin. 135 (100%) xəstədə – triqliseridlərin və 133(98,5±1,0) b-lipoproteidlərin miqdarı artmışdır. 99 (73,3±3,8%) xəstədə isə diabetik angiopatiya aterosklerozun kliniki təzahürləri olan – ürəyin işemik xəstəliyi. dissirkulyator ensefalopatiya ilə müştərək şəkildə rast gəlinmişdir. Bu cür xəstələrdə arteriyaların aterosklerotik zədələnməsi periferik qan dövranının. o cümlədən də periferik sinirlərin qan təchizatının pisləşməsinə səbəb olmuşdur.

Ozonoterapiya kursundan sonra. əsasən də hiperlipidemiya olan xəstələrdə. lipid profilin göstəricilərinin müsbət dinamikası müşahidə olunmuşdur. İlkin normal göstəricilər praktiki olaraq dəyişilməmişdir. Belə ki. ümumi xolesterinin yüksək ilkin miqdarı ozonun təsiri altında 16,7% (p_0<0,001; p_1<0,01) qədər enmiş. normal göstəricilərə qədər azacıq çatmamışdır. Bu göstəricinin normallaşması 53(73,6±5,2%) hallarda müşahidə olunmuşdur. Yavaş formada triqliseridlərin səviyyəsi və b-lipoproteidlərin miqdarı enmişdir. Bu cür dinamika müvafiq olaraq 37,3% (p_0<0,001; p_1<0,01) və 31,7% (p_0<0,001; p_1<0,001) hallarda müşahidə olunmuşdur, a-xolestirinin antiaterogen fraksiyalarının qiymətləri müalicənin ilk günlərində əsas qrupa daxil olan xəstələrdə 11,2% (p_0<0,05; p_1<0,01). müalicənin sonunda isə 31,8% (p_0<0,001; p_1<0,001) artmışdır. Pirson göstəricisi (χ^2) bu qrup üçün müalicənin mərhələlərinə müvafiq olaraq 12,53 (p_1<0,01); 5,436 (p_1<0,05) və 8,244 (p_1<0,01) bərabər olmuşdur. Ozonoterapiyadan əvvəl və sonra xəstələrin qanında olan aterogen b-lipoproteidlərin tədqiqi zamanı Pirsen kriteriyasına (p_1<0,001) görə fərq 33,34-ə bərabər olmuşdur. ilkin olaraq b-lipoproteidlərin konsentrasiyasının yüksək səviyyəsi olan xəstələrdən 53 (73,6±5,2%) nəfərdə isə rəqəmlərin normal ölçülərə qədər azalması müəyyən edilmişdir.

Nəzarət qrupunda olan xəstələrdə də lipid mübadiləsinin göstəricilərinin yaxşılaşması tendensiyası qeyd olunmuşdur. lakin əsas qrupda olduğu kimi kəskin deyil. İstisna halı. ilkin konsentrasiyada hipertriqliseridemiya olan xəstələrdə normallaşan triqliseridlər təşkil etmiş. bu halda o, 26,6% (p_0<0,001) qədər azalmışdır.

Beləliklə. ozonlaşmış natrium-xlorid izotonik məhlulunun venadaxili infuziyaları lipid mübadiləsi göstəricilərinə. xüsusən də onun pozğunluqları zamanı müsbət təsir göstərərək. aterogen fraksiyaların-ümumi xolesterin. triqliseridlər və b-lipoproteidlərin yüksək çıxış səviyyələrinin enməsinə səbəb olmuşdur.

Ozonoterapiyanın təsiri altında lipid profilinin normallaşması təkcə damar divarlarının aterosklerotik zədələnməsinin tormozlanmasına deyil. həmçinin eritrositlərin deformabelliyinin 20,9% (p_0<0,001; p_1<0,001) və qanın laxtalanmasınn 17,9% (p_0<0,001; p_1<0,001) artmasına səbəb

olmuşdur. Bu isə mikrosirkulyasını yaxşılaşdırdığına görə və nəticə etibarilə toxumaların hipoksiyasını azaltdığına görə. diabetik angiopatiyası olan xəstələr üçün çox vacib şərtlərdən biri olmuşdur.

Tədqiqat qruplarında olan xəstələrin hamısında qanın ümumi və biokimyəvi göstəriciləri intoksikasiyanın yüksək səviyyəsinə dəlalət etmişdir. Hər üç qrupun xəstələrində müalicədən əvvəl sağlam şəxslərlə müqayisədə İLİ və OMÇ göstəricilərinin artması müşahidə olunmuşdur. Hətta müalicənin 1-3 günü də bütün qruplar üzrə intoksikasiya göstəriciləri hələ də yüksək olmuşdur.

LPO göstəriciləri ilə olduğu kimi bütün xəstə qruplarında müalicədən 1-3 gün sonra intoksikasiya göstəricilərinin də həqiqi artımı müşahidə olunaraq, yalnız aparılan müalicənin sonrakı günlərində bu göstəricilərin enməsi baş vermişdir. Bu halda alınan nəticələr. kompleks cərrahi müalicənin tərkibində əlavə müalicə üsullarının tətbiqinin üstünlüyünü təsdiq edirdi. Belə ki, II B qrup xəstələrində müalicənin sonuna yaxın yuxarıda adları çəkilən göstəricilərin normal rəqəmlərə çatması müşahidə olunmuş. bu da dəqiq şəkildə qalan iki qrupun nəticələrindən fərqlənmişdir ($p_1<0,001$; $p_2<0,001$). Beləliklə, həm II A qrup, həm də II B qrup xəstələrində kompleks cərrahi müalicənin tərkibində təklif etdiyimiz müalicə üsullarının tətbiqi, I qrup xəstələrində tətbiq edilən ənənəvi müalicə üsulları ilə müqayisədə, tədqiq etdiyimiz göstəricilərin daha yüksək templə normallaşmasına səbəb olmuşdur.

DPS-də hemoreoloji pozğunluqlar təkcə patogenezin bir amili kimi deyil. həmçinin irinli-nekrotik pozğunluqların əmələ gəlmə səbəbi kimi də özünü biruzə vermişdir. Buna görə də bu qrup xəstələrdə hemoreoloji pozğunluqların korreksiya edilməsi vacib şərtlərdən biri olmuşdur.

Nəzarət qrupunda aparılan ənənəvi müalicə fonunda qanın laxtalanma vaxtı cüzi dəyişilsə də. əsas qrupda bu rəqəm nəzarət qrupuna nisbətən ozonoterapiyadan sonra II qrupun A yarımqrupunda 7.4% ($p_0<0.001$; $p_1<0,05$). B yarımqrupunda isə 9,0% ($p_0<0,001$; $p_1<0,01$) dəyişilmişdir. Eynilə digər göstəricilər arasındakı fərq də aydın nəzərə çarpır. Belə ki. nəzarət qrupunda fibrinogen 5,1%-ə qədər azalsa da. II (A) qrupda bu rəqəm daha yüksək olub nəzarət qrupundan 18,9%($p_0<0,001$; $p_1<0,001$). II (B) qrupda isə 22,0%($p_0<0,001$; $p_1<0,001$) fərqlənmişdir. Nəzarət qrupunda fibrinolitik aktivliyin müalicədən sonra 5.8% qədər artmasına baxmayaraq. digər qrupun xəstələrində ozonoterapiyadan sonra bu rəqəm. I qrupa nisbətən II qrupun A yarımqrupu üçün 23,7% ($p_0<0,05$; $p_1<0,001$). B yarımqrupu üçün isə 35.5% ($p_0<0.001$; $p_1<0.001$) təşkil etmişdir. Protrombin indeksi nəzarət qrupunda 3,0%-ə qədər artdığı halda. II (A) qrupunda bu rəqəm nəzarət qrupuna nisbətən 0,1% ($p_0<0,05$). II (B) qrupda isə 0,3% ($p_0<0,01$) azalmışdır. Həmçinin AHTV (aktivləşən hissəvi tromboplastin vaxtı) göstəricisini hər üç qrup arasında müqayisə etdikdə məlum olur ki, nəzarət qrupunda bu rəqəm 0,6%, II (A) qrupda I qrupla müqayisədə 9,4%($p_0<0,05$; $p_1<0,01$). II (B) qrupda isə 17.3% ($p_0<0.001$; $p_1<0.001$; $p_2<0.05$) fərqlənmişdir. Eritrositlərin deformabelliyinə gəlincə, müvafiq olaraq qruplar üzrə aşağıdakı kimi dəyişilmişdir: I qrupda bu rəqəm 5,0%-ə ($p_0<0,01$). II qrupun A yarımqrupunda isə nəzarət qrupuna nisbətən 7,6% ($p_0<0,01$; $p_1<0,01$). B yarımqrupunda isə 24,1% ($p_0<0,001$; $p_1<0,001$; $p_2<0.001$) fərqli olmuşdur. Tətbiq etdiyimiz yeni müalicə üsullarının təsiri altında plazmanın rekalsifikasiya vaxtı I qrupla müqayisədə II (A) qrupunda 6,6%-ə ($p_1<0,05$). II (B) qrupunda isə 17,3%($p_0<0,01$; $p_1<0,001$; $p_2<0,05$)-ə qədər artmışdır. Nəzarət qrupunda bu rəqəm ənənəvi müalicə fonunda digər qruplardan fərqli olaraq 2,7%-ə qədər azalmışdır. Plazmanın heparinə qarşı həssaslığı, nəzarət qrupunda 6,8% ($p_0<0,001$), II qrupun A yarımqrupunda I qrupa nisbətən 4,2%-ə ($p_0<0,001$; $p_1<0,05$). B yarımqrupunda isə müvafiq olaraq 5,1%-ə ($p_0<0,001$; $p_1<0,01$) qədər azalmışdır. Hematokrit göstəricisi isə I qrupda 2,6%-ə, II (A) qrupunda ənənəvi müalicə aparılan qrupa nisbətən 2,0% ($p_0<0,001$),II (B) qrupunda isə 8,9%-ə ($p_0<0,001$; $p_1<0,001$; $p_2<0,001$) qədər artmışdır.

Beləliklə, DPS olan xəstələrdə qanın reoloji xüsusiyyətlərinə ozonoterapiyanın və MİL terapiyası ilə müştərək tətbiqinin müsbət təsiri təsdiqlənmişdir.

Aşağı ətrafların termoqrafiyası zamanı diabetik angiopatiyanın funksional mərhələsi olan bütün xəstələrdə istilik şəklinin bərpasında müsbət irəliləyişlər və diabetik angiopatiyanın üzvi dəyişiliklər baş verən mərhələsində olan 82% xəstədə aşağı ətrafların istilik amputasiyası sindromunun səviyyəsinin enməsi qeyd edilmişdir.

Tərəfimizdən tədqiqat aparılan 68 (94,4%) (əsas qrup) və 58 (92%) (nəzarət qrupu) xəstədə aşağı ətrafların irinli-nekrotik pozğunluqları qeyd edilirdi. Biz yaranın sağalma prosesinə yerli və ümumi ozonoterapiyanın tətbiqinin necə təsir etməsini tədqiq etmişik. Sübut olunmuşdur ki, infeksiyalaşmış yarası olan xəstələrin 45-də (62,5%) patogen mikrofloranın artımı ozonoterapiya və MİL terapiyasının tətbiqi zamanı müşahidə edilməmişdir. Yaraların ozonlaşmış məhlulla işlənilməsindən bir sutka sonra yaralardan mikrobların sayı azalmışdır. Müqayisə məqsədilə mikroflorada olan mikrobların növünü

təyin etmək üçün yaranın səthindən təqiqat üçün steril tamponla patoloji material götürülmüşdür. Yaranın səthindən götürülən materialın bakterioloji müayinəsi göstərmişdir ki, törədicilərin 78% monokultura şəklində, qalanları isə qarışıq mikroflora şəklində olmuşlar. Mikrofloranın keyfiyyət tərkibinin müayinəsi zamanı məlum olmuşdur ki. aşağı ətraflarda irinli proseslərin əsas törədiciləri stafilokokk (23,7%). bağırsaq çöpləri (14,1%) və qarışıq mikrofloradır (23,7%). Kliniki əlamətlər əsasında 8,9% hallarda. yarada baş verən dəyişiliklərə görə adi infeksiyadan fərqli olan qeyri-klostridial anaerob infeksiya aşkarlanmışdır. Qarışıq kultura, çox halda stafilokokk, streptokokk, proteylə assosiasiyalarda müşahidə olunurdu.

II qrupa daxil olan xəstələrdə parenteral ozonoterapiyanın tətbiqindən sonra 1-3 sutkada mikroflora 16 (48,5%) halda müşahidə olunmuşdur. III qrupa daxil olan xəstələrdə isə təklif etdiyimiz üsulun MİL terapiyası ilə müştərək tətbiq edilməsi nəticəsində qeyd olunan müddət ərzində yalnız 11 (28,2%) xəstədə mikrofloraya rast gəlinmişdir.

Nəzarət qrupuna daxil olan xəstələrdə də əsas qrupun xəstələrində olduğu kimi, müalicədən öncə yara nahiyəsində törədicilər aşkar olunmuşdur. Bu qrupa daxil olan xəstələrə ənənəvi müalicə tətbiq olunduqdan sonra xəstələrin 44-də (69,9%) törədicilər aşkar olunmuşdur (bu II A qrupa nisbətən 3 dəfə çox deməkdir).

Aparılan bakterioloji tədqiqatların sonrakı nəticələrinə əsasən. müalicənin sonuna yaxın əsas qrupun A yarımqrupunun xəstələrində mikroflora 3(9%) xəstədə müşahidə olunmuşdur. B yarımqrupunda isə mikroflora aşkar edilməmişdir.

Tədqiqatlar nəticəsində məlum olmuşdur ki. I qrupa daxil olan xəstələrdə yaraların ənənəvi müalicəsi və profilaktikası çox vaxt özünü doğrultmurdu və əməliyyatdan sonrakı dövrdə mikrobla kontaminasiya 30,1% (19 xəstə) halda rast gəlinmişdir.

Xəstə qruplarında yara səthindən götürülən yaxmaların bakterioloji analizlərin müqayisəli nəticələrinə əsasən. tədqiqatın sonuna yaxın əsas qrupa daxil olan xəstələrdə yara səthinin demək olar ki, steril olması. bizim təklif etdiyimiz müalicə üsullarının bakterisid effektli olmasını sübut etmişdir.

Ozonoterapiya və MİL terapiyasının. bilavasitə DPS olan xəstələrin müalicəsinin nəticələrinə təsirini qiymətləndirmək üçün, tərəfimizdən bir neçə meyar istifadə edilmişdir: aparılan müalicədən sonra ətrafın saxlanılma meyarı, infeksiyalaşmış yaraların kliniki dinamikası.

Ozonoterapiyanın və MİL terapiyasının müştərək tətbiqindən sonra amputasiyaların miqdarı nəzarət qrupu ilə müqayisədə 12,9%-ə qədər azalmışdır. Həmçinin DPS trofo-nekrotik fəsadları tərəfindən də. müsbət kliniki dinamika qeyd edilmişdir. Tərəfimizdən təsdiq olunmuşdur ki, kompleks müalicədə venadaxili ozonoterapiya əlavə edilən və irinli-nekrotik pozğunluğu olan DPS xəstələr arasında ən yaxşı nəticələr, distal arterial yatağı zədələnmiş xəstə qruplarında əldə edilmişdir. Ozonlaşmış məhlulların venadaxili yeridilməsi regional venoz hövzənin hüdudunda lokal təsir göstərərək, təkcə əmliyyatdan sonrakı letallığı deyil, həmçinin ətrafda icra ediləcək «böyük» amputasiyalarının miqdarını da azaltmağa kömək etmişdir. Ozonoterapiyanın effektliliyinin retrospektiv təhlili göstərmişdir ki, ozonlaşmış məhlulların damardaxili infuziyalarının DPS olan xəstələrin müalicə kompleksinin tərkibinə əlavə edilməsi, «böyük» amputasiyalar olan xəstə qrupunda letallağın səviyyəsinin əhəmiyyətli dərəcədə aşağı enməsinə səbəb olmuşdur. Ozonoterapiya və MİL terapiyası alan xəstə qrupunda «böyük» amputasiyalarının miqdarı 3 (7,7%) olduğu halda. nəzarət qrupunda bu rəqəm 13(20,6%) bərabər olmuşdur. Beləliklə, ozonoterapiyanın MİL terapiyası ilə müştərək tətbiqi nəticəsində amputasiyaların sayı 12,9%-ə qədər enmişdir. Parenteral ozonoterapiya ilk növbədə orqanizmdə baş verən yerli və ümumi pozğunluqların intensivliyinin azalması və ya qarşısının alınması. «qoruyucu» əməliyyatların yerinə yetirilməsi üçün şəraitin yaradılması və bunun nəticəsində ətrafın həyat qabiliyyətinin və onun funksiyasının saxlanılması üçün tətbiq edilmişdir (cədvəl 1).

Cədvəl 1

Tədqiqat qruplarına daxil olan xəstələrdə tətbiq edilən cərrahi əməliyyatların növləri və onların nəticələri

Cərrahi əməliyyatın növü		A yarımqrupu (n=33)	B yarımqrupu (n=39)	Nəzarət qrupu (n=63)
Konservativ		4 (12,1±5,7%)	11 (28,2±7,2%)	5 (7,9±3,4%)
«Kiçik» amputasiyalar	Nekrektomiya	-	1 (3,6±3,5%)	5 (7,9±3,4%)
	Ayaq barmaqlarının ekzartikulyasiyası	14 (48,3±9,3%)	17 (60,7±9,2%)	20 (31,7±5,9%)

	Ayaqaltı aponevrozun açılması	1 (3,4±3,4%)	-	5 (7,9±3,4%)
	Metatarzal amputasiya	10 (34,5±8,8%)	7 (25,0±8,2%)	15 (23,8±5,4%)
«Böyük» amputasiyalar	Baldırın orta 1/3 amputasiyası	1 (3,4±3,4%)	-	-
	Baldırın yuxarı 1/3 amputasiyası	1 (3,4±3,4%)	2 (7,1±4,9%)	7 (11,1±4,0%)
	Budun aşağı 1/3 amputasiyası	1 (3,4±3,4%)	1 (3,6±3,5%)	6 (9,5±3,7%)
	Budun orta 1/3 amputasiyası	1 (3,4±3,4%)	-	-
	Budun yuxarı 1/3 amputasiyası	-	-	-
$\chi 2$; p		$\chi 2$=1,35; p>0,05	$\chi 2$=9,07; p<0,05	

Tərəfimizdən DPS ozonoterapiya və MİL terapiya əlavə edilmiş kompleks cərrahi müalicəsinin 1 və 3 ildən sonrakı uzaq nəticələri və ətrafın saxlanılması kriteriyasına görə nəzarət qrupuna daxil olan xəstələr təhlil edilmişdir. ozonoterapiya və MİL terapiya alan xəstə qrupunda amputasiyaların sayı az olmuşdur (cədvəl 2 və cədvəl 3).

Cədvəl 2
DPS olan xəstələrdə müalicədən 1 il sonra amputasiyaların sayı

Müalicə qrupları	Amputasiyasız	Amputasiya yerinə yetirilmişdir	Ölüm	$\chi 2$; p
Ozonoterapiyasız (n=51)	24 47,1±7,0%	21 41,2±6,9%	6 11,8±4,5%	
Ozonoterapiyadan sonra (n=28)	19 67,9±8,8%	9 32,1±8,8%	–	$\chi 2$=5,12; p >0,05
Ozonoterapiya və MİL terapiyasından sonra (n=33)	28 (84,8%)	5 (15,2%)	-	$\chi 2$=12,9; p<0,01

Cədvəl 3
DPS olan xəstələrdə müalicədən 3 il sonra amputasiyaların sayı

Müalicə qrupları	Amputasiyasız	Amputasiya yerinə yetirilmişdir	Ölüm	$\chi 2$; p
Ozonoterapiyasız (n=27)	3 11,1±6,0%	14 51,9±9,6%	10 37,0±9,3%	
Ozonoterapiyadan sonra (n=11)	6 54,5±15,0%	3 27,3±13,4%	2 18,2±11,6%	$\chi 2$=8,16; p <0,05
Ozonoterapiya və MİL terapiyasından sonra (n=14)	11 78,6±11,0%	2 14,3±9,4%	1 7,1±6,9%	$\chi 2$=18,7; p<0,001

Beləliklə, DPS olan xəstələrdə ozonoterapiya və MİL terapiyasının terapevtik imkanlarının təyin edilməsi, aparılan elmi tədqiqatın yekunu olmuşdur. Alınan nəticələrin müqayisəli təhlili, ozonoterapiyanın MİL terapiyası ilə müştərək tətbiqinin ŞD xəstələrinin müalicəsinin yaxın və uzaq nəticələrinin yaxşılaşması üçün müsbət təsir göstərməsi haqda fikir yürütməyə imkan vermişdir. Qabarıq müalicəvi təsirə malik olsa da, ozonoterapiyanın heç bir mənfi əlavə təsiri qeyd edilməmişdir. Ozonla müalicə rasional və mütləq şəkildə insulinin, mikrosirkulyasiyanın korreksiyasına yönəldilən dərman preparatlarının təyin edilməsi, mikrofloranın çoxalmasına qarşı yönəldilən, dezintoksikasiya, həyati vacib orqanların pozulmuş funksiyalarının bərpasına gətirib çıxaran tədbirlərin, kompleks şəkildə istifadə edilməsi zamanı yüksək nəticə əldə etmək mümkün olmuşdur. Bu üsulla yanaşı MİL terapiyasının istifadə olunması ŞD xəstələrində həm lokal əməliyyatların uğurlu nəticəsi üçün əməliyyatdan əvvəlki dövrdə, həm də aparılan müalicənin nəticələrinin yaxşılaşması üçün əməliyyatdan sonrakı dövrdə də tətbiq edilməsi mümkündür.

Apardığımız tədqiqatlarla biz ozonoterapiya və MİL terapiyasının müştərək tətbiqinin həqiqətən də, DPS-i olan xəstələrin müalicəsində müəyyən üstünlüklərə malik olmasını sübut etmişik və bu

üsulun cərrahi təcrübədə geniş şəkildə tətbiq olunmasını tövsiyə edirik.

ƏDƏBİYYAT

1.İsayev H.B., Şıxəliyeva S.F. «Diabetik pəncə» sindromu probleminin müasir aspektləri // Cərrahiyyə, 2007, N3, p.81-87.

2.Məmmədhəsənov R.M., Cəfərova R.Ə. Şəkərli diabetin etiologiyası və patogenezi haqqında müasir təsəvvürlər // Azərbaycan Tibb Jurnalı, 2011, №4, s.115-120

3.Nəsirov M.Y., İsrafilova G.T. Diabetik pəncə sindromunun diferensial diaqnostikasina dair. // Cərrahiyyə, 2006, №2, s. 11-16

4.Nəsirov M.Y., Talıbov Ş.T., İsrafilova G.T. Aşağı intensivlikli lazer şüalarının şəkərli diabetin irinli-nekrotik ağırlaşmaları olan xəstələrdə tətbiqi // Cərrahiyyə, 2005, №4, s. 16-20

5. Şxəliyeva S.F. Aşağı ətrafların irinli-nekrotik dəyişiklikləri ilə fəsadlaşan diabetik angiopatiyalı xəstələrin kompleks müalicəsi // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, 2012, N3, p.58-62.

6.Алиева И.Д. Синдром Диабетической стопы. Принципы и методы клинико-инструментальной диагностики // Sağlamlıq, 2009, №7, c.162-166

7.Исмайлова Д.А. Новые подходы к комплексному лечению больных с синдромом диабетической стопы. Автореф.дис. д-ра филос. по мед.наукам. Баку, 2012, 21 с.

8.Шхалиева С.Ф. Роль озоно- и МИЛ-терапии в определении состояния регионарного кровообращения у больных с диабетическими ангиопатиями нижних конечностей // Вестник Хирургии Казахстана, 2012, N3, c.15-16.

9.Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Микроангиопатия-одно из сосудистых осложнений сахарного диабета // Consilium medicum, 2000, Т. 2, №5.

10.Гурьева И.В., Кузина И.В., Воронин А.В. и др. Синдром диабетической стопы. М., 2000, 40 с.

11.Леонович С.И., Кондратенко Г.Г., Безводицкая А.А. Синдром диабетической стопы актуальность проблемы сохраняется // Белорусский медицинский журнал, 2003, №1, с.8-11.

12.Лечение больных с синдромом диабетической стопы с использованием комплексной озонотерапии и «МИЛ-терапии» / Материалы научно-практической конференции врачей России посвященной 70-летию Тверской государственной медицинской академии «IV Успенские чтения» г. Тверь, 2006, с. 84-85

13.Международное соглашение по диабетической стопе. Составлено Международной рабочей группой по диабетической стопе. М.: Берег. 2000. 96с.

14.Питер Дж.Уоткинс. Сахарный диабе ABC of Diabetes / М.И. Балаболкин. М.: Бином, 2006, 134 с.

15.Al-Dalain SM., Martinez G., Candelario-Jalil E. et al. Ozone treatment reduces markers of oxidative and endothelial damage in an experimental diabetes model in rats. // Pharmacol-Res., 2001, v. 44 (5), p.391-396

16.Andersen C.A., Roukis T.S. The diabetic foot // Surg Clin North Am., 2007, v.87(5),p.1149-77.

17.Brem H. Evidence-based protocol for diabetic foot ulcers /H Brem. P Sheehan. J Rosenberg. JS Schneider. A Bolton // Plast Reconstr Surg. 2006 Jun; 117(7 Suppl):193S-209S.

18.Carrington L. et al. A Foot Care Program for Diabetic Unilateral Lower-Limb Amputees // Diabetes Care, 2001, v.24, p.216-221

19.Holstein P., Ellitsgaard N., Olsen B.B. Ellitsgaard V. Decreasing incidence of major amputations in people with diabetes // Diabetologia, 2000, v.43, №7, p. 844-847.

20.Probal K., Mtonga M.R., Gill GV. Amputation and mortality in new-onset diabetic foot- ulcers stratified by etiology. // Diabetes Care, 2003, v.26, p.491-494

21.Rathur H.M., Boulton A.J. The diabetic foot // Clin Dermatol., 2007, v. 25(l), p.109-20.

Резюме

Роль озоно- и магнито-инфракрасно лазерной терапии в хирургическом лечении больных с синдромом диабетической стопы

Г.Б.Исаев. С.Ф. Шхалиева

Цель работы – оценить эффективность озоно- и МИЛ терапии в в хирургическом лечении больных с синдромом диабетической стопы. Проведен анализ результатов лечения 135 больных сахарным диабетом. осложненным гнойно–некротическим поражением стопы. Больным основной группы (II А подгруппа) наряду с традиционным лечением проводилась озонотерапия в сочетании с МИЛ терапией. Наше исследование подтвердило. что применение озонотерапии

и МИЛ терапии у больных с синдромом диабетической стопы. Способствует улучшению результатов.

Summary

Role of ozone and magnetic-infra-red-laser therapy in surgical treatment in patients with the syndrome of diabetic foot

H.B.İsayev, S.F. Shikhaliyeva

Purpose of research-is evaluation an effectiveness of ozone and MIL therapy in surgical treatment on patients with the diabetic foot syndrome. Analysis of the results of surgical treatment to 135 patients with diabetes mellitus complicated by purulent necrotic injuries of the foot performed. Patients of the main group (II A subgroup). have had magnetic-laser therapy along with traditional treatment and ozone therapy. Our study confirmed that the use of ozone therapy and MIL therapy in patients with diabetic foot syndrome contributes to improved health outcomes.

Daxil olub: 12.09.2013

VİTAMİNLƏŞDİRİCİ "URVACROS" DƏRMAN VASİTƏSİNİN TEXNOLOGİYASININ İŞLƏNİB HAZIRLANMASI

M.N.Vəliyeva, S.C. Mehralıyeva , E.A. Quliyeva, A.F. Quliyeva, M.İ. Sarıyılmaz

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: "urvacros" fitoyığıntı, ekstraktiv maddə, qranullar

Ключевые слова: «урвакрос» фитосбор, экстрактивное вещество, гранулы

Keywords: "urvakros" fitosbor, extractives, granules

Müasir dövrdə tərkibi vitaminlərlə zəngin dərman vasitələrinin hazırlanması tibb və əczaçılıq elminin aktual məsələlərindən hesab olunur.

Orqanizmin müxtəlif xəstəliklərə qarşı müqavimətinin artırılmasında vitaminlərin böyük rolu vardır. Vitaminlər katalizatorlar və ya enzimlər kimi hüceyrələrin funksiyalarını, eləcə də onlarda gedən biokimyəvi prosesləri tənzim- ləyir və qida maddələrinin düzgün istifadə olunmasını təmin edir. Hormonlar və enzimlərlə birlikdə onlar vahid fizioloji birlik olan biokatalizatorlar qrupunu əmələ gətirir və orqanizmdəki bütün maddələr mübadiləsi proseslərində son dərəcə büyük rol oynayır.

Hal-hazırda 30-a yaxın vitamin məlumdur ki, onlardan da təqribən iyirmisi insan orqanizminə bitki və heyvan mənşəli qidalarla daxil olur. Bitkilərdə vitaminlər digər bioloji maddələr və mikroelementlərlə müəyyən nisbətlərdə yerləşir [2,3].

Orqanizmdə vitamin çatışmazlığı avitaminoz və ya hipervitaminozla nəticələnir ki, bunu da tərkibində vitaminlər saxlayan preparatlar, bitkilər və bitki yığıntıları ilə tənzimləyirlər. Bu sahədə bir sıra vitaminli (№1-№10) yığıntıların olmasına baxmayaraq, yeni tərkiblərin işlənib hazırlanmasına ehtiyac duyulur [5].

Qeyd olunanları nəzərə alaraq Azərbaycan florasından olan bitkilərdən vitaminləşdirici dərman vasitəsinin hazırlanması qarşıya məqsəd kimi qoyulmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. ATU-nun əczaçılıq texnologiyası, iqtisadiyyatı və təşkili kafedrasının elmi-tədqiqat laboratoriyasında gicitkən yarpağı (Folium Urtica dioica-35q, XI DF, s.274), qaragilə meyvəsi (Fructus Vaccinium myrtillus -15q, XI DF, s.291) və itburnu meyvələrindən (Fructus Roza canina-15 q, XI DF, s.294) ibarət yığıntı hazırlanmışdır. Yığıntı şərti olaraq "Urvacros" (Urticae-Vaccinium-Rosa) adlan- dırılmışdır. "Urvacros" yığıntısı və onun əsasında hazırlanmış qranulların optimal texnoloji parametrləri ATU-nun laboratoriyasında öyrənilmiş, qranulların tərkibində olan vitaminlərin miqdari təyini isə Azərbaycan Respublikasının Dərman Vasitələrinin Analitik Ekspertiza Mərkəzində (DVAEM) aparılmışdır.

Cihazlar və xromotoqrafiya şərtləri:

Analitik tərəzi –KERN , AET-220-4nm; max 220g, d=0,1mg; min 10mg, e=1mg;

Xromatoqraf -Agilent 110 Series;

Xromotoqrafik kolon- ZORBAX CB-C18; 4,6x250 mm;

İnyeksiyanın həcmi -20mkl;

Detektor -DAD, 360nm;

Hərəkətli faza: metanol : 0,2%-li natrium fosfat (45:55)

Hərəkətli fazanın sürəti -1ml/dəq;
Hərəkətli faza metanol və 0,2%-li natrium fosfat məhlulundan ibarət olub 45:55 nisbətindədir. Kolbaya 300 ml 0,2%-li natrium fosfat məhlulu və 245 ml metanol əlavə olunaraq həlledici faza hazırlanmışdır [1,4].

Nəticələr və müzakirə. Gicitkən yarpağı, qaragilə və itburnu meyvələrindən ibarət xammallar xırdalanır və diametri 2 mm olan ələkdən keçirilir.

Xarici görünüşü: Qarışıq təmizlənmiş yaşıl-qırmızı-bənövşəyi rəngli olub, qara-bəvşəyi rəngli qaragilə meyvələrindən, tünd-yaşıl rəngli gicitkən yarpaqlarından, qırmızı-qəhvəyi itburnu meyvələrindən ibarətdir.

Xassəsi: Iyi spesifik, dadı turştəhər-yandırıcıdır.

Ədədi göstəricilər:

Nəmlik 16%-dən çox olmamalıdır.

Ümumi kül 5%-dən çox olmamalıdır.

10%-li xlorid turşusunda həll olmayan külün miqdarı 2%-dən çox olmamalıdır.

Üzvi qarışıqlar 1%-dən çox olmamalıdır.

Mineral qarışıqlar 1%-dən çox olmamalıdır.

Ekstraktiv maddələr: təmizlənmiş su ilə 22%-dir.

Hazırlanmış yığıntıda optimal həlledici, xammal-ekstragent nisbəti, xammalların xırdalıq dərəcəsi, ekstraksiya müddəti, ekstraksiya şəraiti ədəbiyyat məlumatlarına görə müəyyənləşdirilir. Vitamin tərkibli bitkilərdə yüksək temperaturda parçalanma ehtimalı olduğundan onlarda məhz aşağı temperaturda və xırdalıq dərəcəsində (1mm) ekstraksiya aparılmalıdır. Ona görə də vitaminli yığıntıdan 1:10 nisbətində dəmləmə hazırlanması həyata keçirilmişdir.

"Urvacros" adlandırılan yığıntı yuxarıda göstərlən tərkibdə çəkilib həvəngə yerləşdirilir və xammalların 1mm ölçüdə olmaqla üyüdücü cihazda xırdalanması aparılır. Bu qarışıqdan 10 q çəkilir, həcmi 200 ml olan kolbaya yerləşdirilir.

Kolbadakı xammalın üzərinə temperaturu 50-60ºC olan 120ml su əlavə edilir (V=V1+PK=100+10x2=120ml). K suudma əmsalı olub, itburnu meyvələri üçün 1,1; qaragilə meyvələri üçün 1,8; gicitkən yarpağı üçün1,8 müəyyən edilmişdir. Təklif olunan yığıntı üçün təqribi olaraq K=2 götürülür. İtburnu meyvələrindən 1:20 nisbətində dəmləmə; gicitkən yarpaqları 1:10 nisbətində dəmləmə; qara meyvələrindən isə 1:10 nisbətində bişirmə hazırlanır. Tərtib olunmuş yığıntının tərkibində bunu nəzərə alaraq, ekstraksiya prosesi 40-50ºC istiliyi olan su hamamı üzərində 15 dəqiqə müddətində aparılır. Alınan çıxarış 45 dəqiqə müddətində soyudulur və süzülür.

Süzülmüş çıxarış su hamamı üzərində sulu konsentrat alınana qədər buxarlandırılır. Boş farfor kasanın çəkisi müəyyən olunur -36,15 q. Sulu konsentrat kasaya yerləşdirilir. Quru qalıq alınana qədər su hamamı üzərində buxarlandırılır, sonra soyudularaq çəkisi müəyyən edilir 38,72 q .

Quru qalığın faizlə miqdarı $X=a-a_1/Px100$ düsturuna əsasən hesablanır. Alınan nəticələr 1-ci cədvəldə verilmişdir.

Cədvəl 1

"Urvacros" fitoyığıntısında maksimal miqdarda ekstraktiv maddələrin alınması üçün optimal parametrlərin seçilməsi

Ekstragentin təbiəti	Xammal və həlledicinin nisbəti	Xammalların xırdalıq dərəcəsi, mm	Ekstrasiya müddəti, dəqiqə	Ekstrasiya şəraiti	Ekstraktiv maddələrin miqdarı,%
Təmizlənmiş su	1:10	1	15	su hamamı üzərində 40-50ºC temperaturu olan	21,94

Beləliklə, optimal həlledici- təmizlənmiş su, xammal-ekstragent nisbəti 1:10, ekstraksiya müddəti-15 dəqiqə, ekstrasiya şəraiti 40-50ºC temperatur olduqda ekstraktiv maddələr 21,94% təşkil edir.

Təsiredici maddələrin ballast maddələrdən təmizlənməsi. Bu məqsədlə ekstraktiv maddələr 20 ml su ilə həll edilir. Alınan sulu konsentrat (tünd-qəhvəyi rəngli) zülali maddələrdən azad edilmək üçün 95%-li etil spirti ilə (1:2 nisbətində), 10 dəqiqə müddətində qarışdırılır və kağız filtrdən süzülür. Filtrdəki qalıq su-spirt qarışığı ilə yuyulur. Alınmış filtrat quru qalıq alınana qədər buxarlandırılır. Təmizlənmiş quru ekstrakt 12% təşkil edir.

Optimal parametrlərin iştirakı ilə alınmış quru ekstrakt əsasında qranullar hazırlanır. Tərkib: "Urvacros"un quru ekstraktı-10,0; süd şəkəri-10,0, aerosil -0,005 q; 70%-li etil spirti lazım olan qədər.

Hazırlanması. Quru ekstrakt və süd şəkəri bərabər nisbətdə qarışdırılır. Sonra 7-8 ml 70%-li etil spirti ilə nəmləşdirilir, aerosil əlavə edilir. Qranulyatordan keçirilir. Lab. Inkubatorunda 5-10 dəqiqə müddətində qurudulur (Şək. 1) .





Şək.1. Qranulların hazırlanması

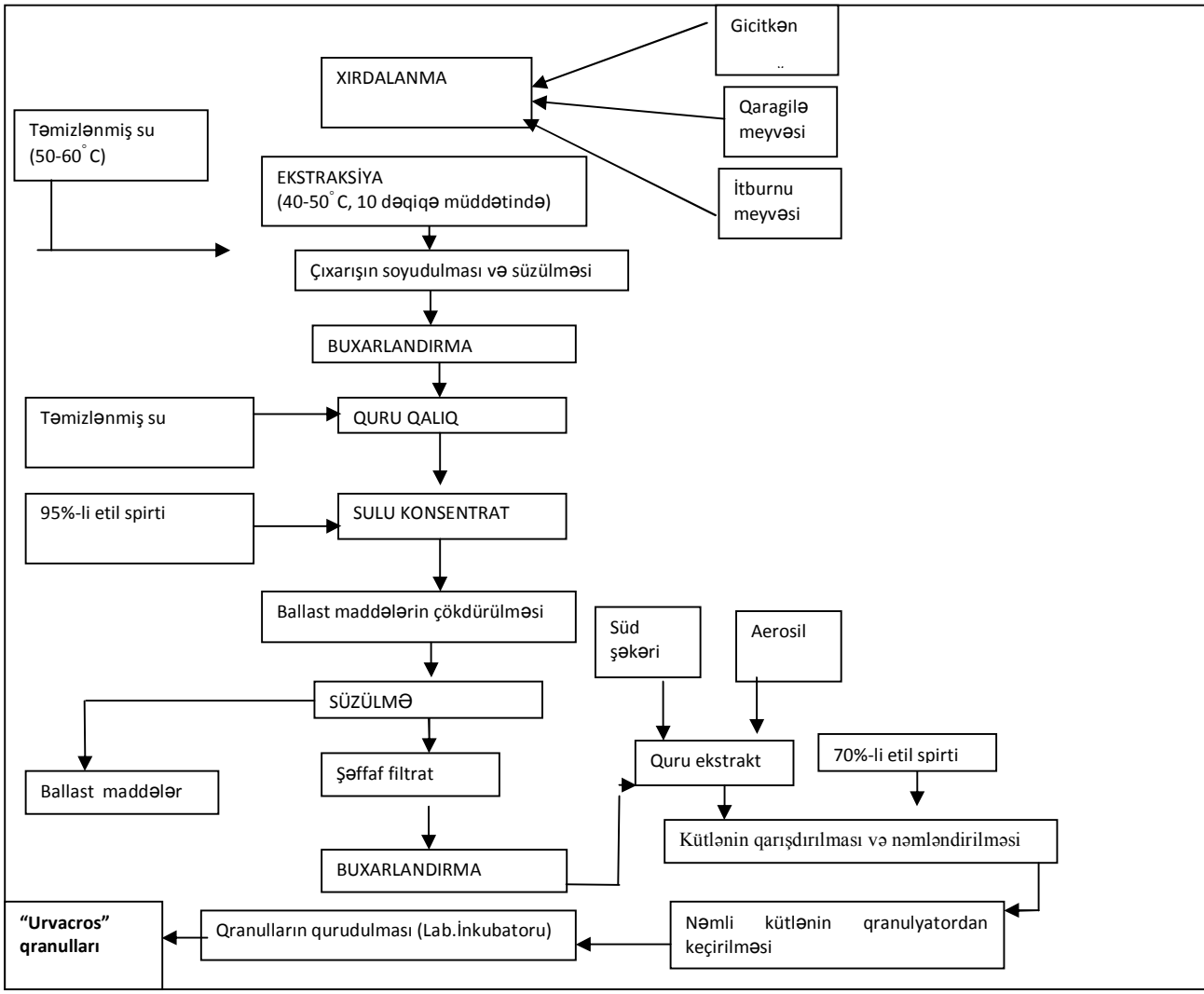
Hazırlanmış vitaminləşdirici qranulların keyfiyyət normaları öyrənilmişdir: xarici görünüşü, ölçüsü, təsirdeici maddələrin miqdarı, parşalanması və s. (cədvəl 2).

Cədvəl 2

"Urvacros" qranullarının keyfiyyət göstəriciləri

Xarici görünüşü	Ölçüsü, mm	Təsiredici maddələrin miqdarı,%	Parçalanması, dəqiqə
Dairəvi, açıq-qəhvəyi rəngli, şirintəhər-turş dadlı, spesifik iyli	0,2-0,3	12	10

Qranulların parçalanmasının təyini. Hazırlanmış qranullardan 0,5 qr çəkilir, həcmi 100 ml olan konusşəkilli kolbaya keçirilir, üzərinə temperaturu 37ºC olan 50 ml su əlavə edilir. Kolba dəqiqədə 1-2 dəfə çalxalanır. Tədqiq edilən "Urvacros"qranulları 10 dəqiqə müddətində parçalanır.



Şək.2. Vitaminli "Urvacros" qranullarının hazırlanmasının texnoloji sxemi

Yüksək effektli maye xromatoqrafiya vasitəsilə vitaminlərin (C, B1, B2, B6) miqdari təyinatı



Vitaminlərin standart məhlullarının hazırlanması.

C vitamini 0,0477 q, B1 vitamini 0,0112 q, B2 vitamini-0,0067q çəkildi. Hər biri ayrı-ayrılıqda həcmi 25 ml olan kolbaya yerləşdirilir. Həcm su ilə ölçüyə çatdırılır. Bundan sonra C vitaminindən 0,9 ml, B1 və B2-2,3 ml, B6 vitaminindən isə 4 ml götürülür və həcmi 25 ml olan kolbaya yerləşdirilir. Tədqiq olunan qranullardan 3,2396 q götürülür və həcmi 50 ml olan kolbaya yerləşdirilir mobil faza ilə həll edilir və xromatoqrafiyaya uğradılır.

1 qr qranulda C vitamininin (və ya B1, B2, B6) miqdarı aşağıdakı düsturla hesablanmışdır:

$$X = \frac{S_{nüm.} \times m_{st.} \times V_{st} \times 50}{S_{st.} \times m_{nüm.} \times 25 \times 25}$$

Burada, Snüm.-tədqiq olunan nümunə məhlulunun xromatoqramında hesablanmış C vitamininin (və ya B1, B2, B6) zirvə sahələrinin orta göstəricisi;

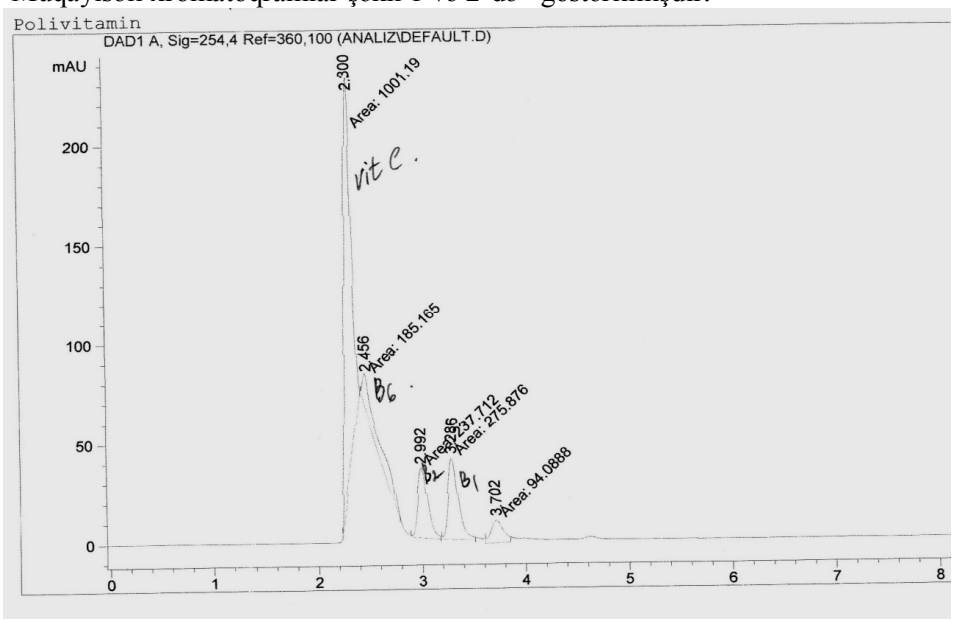
$S_{st.}$ – C vitamininin (və ya B1, B2, B6) Işçi Standart Nümunə məhlulunun xromatoqramında hesablanmış C vitamininin (və ya B1, B2, B6) zirvə sahələrinin orta göstəricisi;

$m_{st.}$ –C vitamininin (və ya B1, B2, B6) Işçi Standart Nümunəsinin hazırlanması üçün götürülən C vitamininin (və ya B1, B2, B6) çəkisi, q-la;

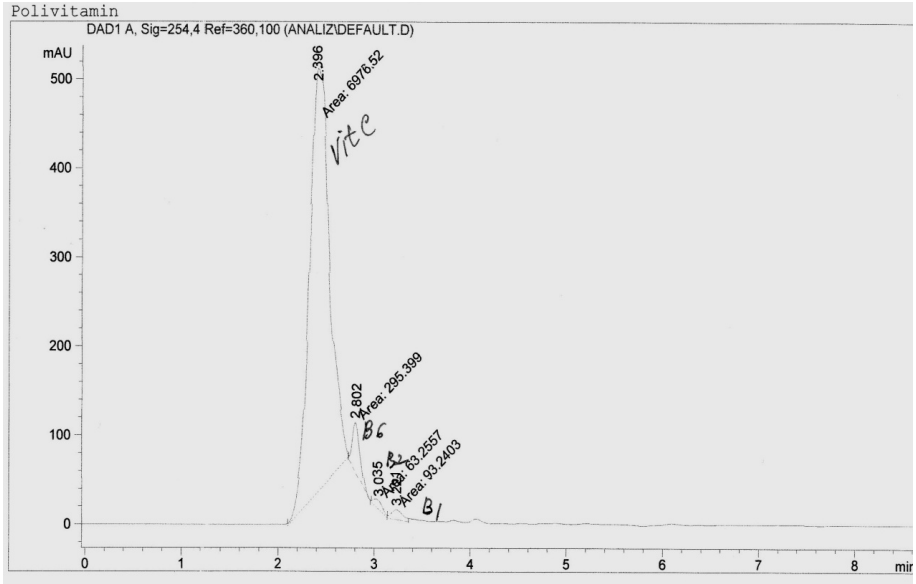
mnüm. – tədqiq olunan qranulların nümunə çəkisi , q-la ;

$V_{st.}$ – standart məhlulu durulaşdırdıqdan sonra, götürülən həcm, ml-lə (0,9ml, 2,3 ml, 2,3ml, 4 ml).

Müqayisəli xromatoqramlar şəkil 1 və 2-də göstərilmişdir.



Şək. 3. Standart məhlulda C, B1, B2 , B6 vitaminlərinin xromatoqramı



Şək. 4. Tədqiq olunan nümunədə C, B1, B2 , B6 vitaminlərinin xromatoqramı

Aparılan analizlər nəticəsində hazırlanmış "Urvacros" qranullarında C vitamininin 7 mq, B_1-0,214mq, B_2 -0,101mq, B_6- 0,314 mq təşkil etdiyi müəyyən edilmişdir.

Beləliklə, Azərbaycan florasından olan bitkilər əsasında hazırlanmış "Urvacros" qranulları orqanizmin vitamin çatışmazlığının təmin edilməsində istifadə oluna bilər.

ƏDƏBİYYAT

1.Государственная фармакопея СССР одиннадцатое издание. Выпуск 2, М.: «Медицина», 1990

2. Морозкина Т.С., Мойсеенко А.Г. Витамины. Минск: Асар, 2002, 114 с.

3. Михайлов И.Б. Витамины СПб: Аст Сова, 2006, 128 с.

4.Яшин Я.И., Яшин А.Я. Высокоэффективная жидкостная хроматография. Состояние и перспективы // Российский Химический Журнал, 2003, Т.47, № 1, с. 111-118

5. http://www.km.ru/zdorove/encyclopedia/vitaminnye-i-obshcheukreplyayushchie-sbory

Резюме

Разработки технологии приготовления витаминизированные гранулы «Urvacros»

М.Н.Велиева, С.Дж. Мехралиева, Э.А. Кулиева, А.Ф. Кулиева, М.И.Сарыйылмаз

В лаборатории кафедры фармацевтической технологии Азербайджанского Медицинского Университета впервые приготовлен витаминизированный сбор на основе лекарственных растений, представленных флорой Азербайджана: крапива двудомная (Urtica dioica), черника обыкновенная (Vaccinium myrtillus), шиповника обыкновенная (Rosa canina). Условно сбору дали название ”Urvacros”. Были определены оптимальные параметры приготовленного сбора: соотношение сырья и экстрагента - 1:10, степень измельчения- 1мм, время экстракции-

15минут, условия экстракции - 40-50^0 С. Методом влажной грануляции на основе сухого

экстракта, полученного из сбора, были приготовлены гранулы и проверены нормы их качества. Было определено, что эти 0,2-0,3мм цилиндрические гранулы светло-кофейного цвета, сладко-кислого вкуса и специфического запаха растворяются в течение 10 минут. Одновременно в ЦАЭЛС было выявлено количество биологически активных веществ методом высокоэффективной жидкостоной хроматографии. Было определено, что в гранулах ”Urvacros” содержатся витамины в следующих количествах С 7 мг, B_1 – 0,214 мг, B_2 -0,101мг, B_6 -0,314 мг.

Summary

Development of technology for preparation of fortified pellets ”Urvacros”

M.N.Veliyeva, S.C. Mehralıyeva, E.A. Quliyeva, A.F. Quliyeva, M.İ. Sarıyılmaz

In the laboratory of the Department of Pharmaceutical Technology of Azerbaijan Medical University enriched first prepared on the basis of collection of medicinal plants presented in flora of Azerbaijan: nettle (Urtica dioica), bluebrries (Vaccinium myrtillus), dog-rose (Rosa canina). Conditionally collection was given the name "Urvacros". Optimal parameters were prepared collection: the ratio of raw materials and extractive - 1:10, crushing - 1mm, extraction time -

15minutes, extraction conditions - 40-50^0 C. The method of wet granulation on the basis of the dry

extract obtained from the collection, granules were prepared and checked their quality standards. It was determined that these 0.2-0.3 mm cylindrical pellets of coffee color, sour -sweet taste and odor specific to dissolve within 10 minutes. Simultaneously in CAED - revealed of biologically active substances by HPLC. It was determined that the pellets "Urvacros" vitamins C is 7mg, - 18,62 mg / g, B_1 – 0,214 mg, B_2 -0,101 mg, B_6 -0,314 mg.

Daxil olub: 06.05.2013

BAKI TİKİŞ SƏNAYESİ İŞÇİLƏRİNİN ƏMƏK FƏALİYYƏTI ZAMANI YORULMANIN SƏBƏBLƏRİ (TİBBİ-SOSİAL MÜAYİNƏ)

R.H.Əliyeva, R.A.Orucov, S.A.Gürzəliyev, M.Y.Nəbiyeva, C.Y.Salihova

Azərbaycan Tibb Universiteti,Bakı

Açar sözlər: Bakı tikiş sənayesi, işçi qadınlar, yorulmanın səbəbləri

Ключевые слова: Бакинское швейное производство**,** женщины работницы, причины утомления

Key words: Baku clothing manufacture, women workers, causes of fatigue

Sənaye işçilərinin yorulma probleminin həlli məsələsi qadınların əmək məhsuldarlığının yüksəldilməsi və sağlamlıqlarının qorunmasında mühüm rol oynayır.

Tədqiqatın **məqsədi** iş prosesində istehsalat yorulmasını dinamikada öyrənilməklə ona təsir göstərən amillərin tibbi-sosial tədqiqat məlumatlarına əsasən aşkarlanmasından ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodları. Hazırda tədqiqat tikiş istehsalatında 20-dən 50-ə qədər olan yaşda birnövbəli, 8 saatlıq iş günü, 5 günlük iş həftəsi rejimində çalışan tikişçilər, döşəməçilər, biçicilər, ütüləyicilər, yekun bəzəkvurucuları və hazır məmulatların qablaşdırılmasında çalışan müxtəlif peşə sahiblərindən olan 400 nəfər işçi qadın müayinəyə və xüsusi anket sorğusuna cəlb olunmuşdur: xronometraj üsulla 35 qadın aparılmışdır.

Müayinə aparılan sexlərdə istehsalat prosesinin spesifikliyi qadın işçiləri əməyinin bəzi xarakter və xüsusiyyətlərini şərtləndirməyə imkan verir [2,3]. Tikiş sənayesində əsas müayinələr sağlam və müxtəlif işçi qadın qrupları üzərində laborator instrumental müayinə metodlarından istifadə etməklə, terapevt, nevroloq, otolorinqoloq, dermatoloq, okulist və ginekoloq həkimlərin iştirakı ilə kompleks müayinə aparılmışdır. Müayinəyə ən yaxşı iş qabiliyyətli 20-50 yaş arasında olan 369 işçi qadın (76,5%) cəlb olunmuşdur.

Alınan nəticələr və onun müzakirəsi. İşçi qadınlar üçün əsas əlverişsiz istehsalat amilləri iş yerində havanın tozla çirklənməsi 7,2mq/m^3-dən 6,9mq/m^3-dək. havanın yüksək rütubətliliyi 87%-dək, işıqlanmanın hüdudunun aşağı olması 45-120 lk. tikiş və digər maşınların yaratdıqları daimi olmayan aşağı və orta tezlikli olan səs-küy - 87-94dBA səviyyəsində, işçi zonası havasında çox da yüksək konsentrasiya təşkil etməyən müxtəlif kimyəvi maddələr (karbon oksidi, ammonyak, formaldehid və s.) aşkar edilmişdir ki, onların da konsentrasiyası yol verilən həddi konsentrasiyasından aşağı olmuşdur (7.12).

Anket sorğu üzrə soruşulanların 63,6%-i bütün növbə ərzində əlverişsiz istehsalat amillərinin təsirinə məruz qaldıqlarını qeyd etmişlər. Qadın işçilərin 57,2%-i əmək fəaliyyətinin keyfiyyətinə təsir göstərən amillər arasında yay fəslində havanın temperatur və rütubətinin yüksək olduğunu göstərmişlər.

Aparılmış müayinələr nəticəsində aydın olmuşdur ki. iş prosesində yorulmanın inkişafında işin ağırlığının rolu 24,9%, diqqət gərginliyi 19,5%,. görmə gərginliyi 21,3% və səs-küy 12,3% təşkil edir.

Soruşulanlar hesab edirlər ki, yorulmanın inkişafına təsir göstərən amillərdən: aşağı işıqlanma səviyyəsi 19,2%, iş prosesinin monotonluğu 8,3%, cavabdehlik və məsuliyyət hissinin yüksək olması 91% təşkil edir. Onuda qeyd etmək lazımdır ki, yorulmanın inkişaf etməsində göstərilən amillərin təsirinin xüsusi çəkisi ayrı-ayrı sexlərdə müxtəlif olmuşdur.

Soruşulan işçi-qadınlar əmək fəaliyyətini icra edərkən 42,9% hallarda istehsalat funksiyasının yüksək səviyyədə yerinə yetirilməsi ilə əlaqədar yaranan konflikt situasiyalarını. yaxud əmək intizamının pozulmasını (1,2%) qeyd edirlər ki, bu da oz növbəsində yüksək sinir-emossional gərginliyin formalaşmasına səbəb olur.

Sorğunun nəticəsi göstərdi ki, bütün qadınlar istehsalat tapşırıqlarının öhdəsindən lazımınca gələ bilirlər və öz işlərindən razıdırlar.

İşçilərin 72,6%-ni ümumi əmək stajı 6 ildən artıq olanlar. 60,4%-ni bu peşə üzrə çalışanlar təşkil edir. Onlardan hazırlıq sexində 105 nəfər (25,7%), biçmə sexində 48 nəfər (13,0%), tikiş sexində 126 nəfər (34,1%), qızdırıcı sexdə 72 nəfər (19,4%), hazır məmulat sexində 18 nəfər (4,8%) qadın işləyir.

İşçi qadınlar üzərində aparılan xronometraj müşahidə məlumatlarına görə növbə ərzində hər iki əllə sürətli iş tempi ilə 6000-dən 12300-dək eyni cür sinxron hərəkət təkrar icra edilməklə, iş gününün ümumi yükü 85-91% təşkil edir. İşçilərin işlə məşğul olmadıqları vaxt müddəti - nahar fasiləsi də daxil olmaqla 15%-dən artıq təşkil etmir.

Müayinə nəticəsində növbə ərzində iş əməliyyatlarının yerinə yetirilməsi zamanı sürətli əl hərəkəti tsikllərinin orta miqdarı cədvəldə verilmişdir (cədvəl 1).

Cədvəl 1

İşçi qadınların iş növbəsi ərzində sürətli əl hərəkəti tsikllərinin orta miqdarı

Sexlər	Hərəkət tsiklinin miqdarı		
	Sağ əlin hərəkəti	Hər iki əlin hərəkəti (sinxron)	Gövdənin 15%-dən artıq əyilməsi
Hazırlıq	134-650	2020-4200	120-200
Biçmə	865-1077	5215-7500	146-382
Tikiş	1300-2010	9660-12300	1030-1365
Termo işləmə	256-968	6000-10700	105-269
Hazır məmulat	120-469	868-2450	70-138

Cədvəldən göründüyü kimi çoxlu sayda işçi hərəkətlərinin yerinə yetirilməsi müxtəlif əzələ qruplarının gərginliyinə, əl və istinad əzələlərinin (kürəyi açan), statik işi – dözümlülük göstəricilərinə. o cümlədən qadın işçilərin sinir-əzələ aparatının funksional vəziyyətinə təsir etdiyini göstərir [9,11].

İşçi növbəsinin sonunda hazırlıq, biçmə, tikiş, qızdırıcı işləmə sexlərində qadın işçilərin sağ əlində əzələ dözümlülüyü göstəricisinin işdən əvvəlki səviyyəyə nisbətən 26;33;38 və 30% azalması və istinad əzələlərinin 28; 34; 45 və 37% azalması müşahidə edilir. Qeyd olunan meyillənmələrə səbəb olaraq işin ağırlığı, hərəkətin tezliyi, xarakteri və məcburi işçi pozasının təsirinin nəticəsi kimi qiymətləndirilir.

Yorğunluq dərəcəsi subyektiv şkaladan istifadə edilməklə 4 balla qiymətləndirilmişdir [5,9,12].

Yorulmuram – 1 bal

Az yoruluram – 2 bal

Yoruluram – 3 bal

Çox yoruluram – 4 bal

İşçi qadınların xəstələnmə göstəriciləri tibbi müayinə məlumatlarına əsasən öyrənilmişdir.

Istehsalat yorulmasının səbəbini sorğu anketi vasitəsilə aydınlaşdırmaraq. alınan qiymətlərin nəticəsi cədvəldə verilmişdir (cədvəl 2).

Cədvəl 2

Müxtəlif dərəcəli istehsalat yorulması zamanı işçi qadınların yorulma səbəblərinin tezliyi

Yorulmanın səbəbi	Yorulmanın öz - özünü qiymətləndirməsi (balla)	
	1-2	3-4
Yüksək görmə gərginliyi	11	29-13
Bədənin və əlin məcburi işçi vəziyyəti	12	25-12
Işin intensivliyi və yüksək həcmi	35	28-37
Monotonluq və yeknəsək hərəkət	27	35-80
Əməyin təşkilində çatışmazlıq	15	10-9
Sağlamlıq vəziyyətinin aşağı olması	4	5-10
Gigiyenik şərait və sosial-psixoloji amillər və s.	20	34-28

Cədvəl 2-də yorulmanın səbəblərinin subyektiv əhəmiyyətini səciyyələndirən məlumatlar verilmişdir. Nəticələrdən göründüyü kimi işçi qadınlar hesab edirlər ki. yorulmaya təsir göstərən əsas amillər görmə orqanlarında yaranan yüksək gərginlik bədənin və əllərin məcburi işçi pozası. işin intensivliyi və həcmidir (60-80%). Bundan əlavə kəskin yorulma zamanı özünü qiymətləndirmədə (OQ=4) dominantlıq təşkil edən "işin həcminin və intensivliyinin" rolu, digər amillərin mövcudluğu şəraitində xeyli dərəcədə artmış olur.

Kompleks tibbi müayinələrin məlumatlarına görə 117 işçi qadının sağlam olduğu. 38 nəfərdə ağciyər-bronx patologiyası (ildə 3 dəfə və daha çox kəskin respirator xəstəliklər), 67 işçi qadında remissiya mərhələsində ağciyər-bronx sisitemi xəstəlikləri, (xroniki bronxit. bronxial astma, xroniki pnevmoniya), 26 işçidə tonzillit, 45 işçidə revmatizm, 39 işçidə hipertoniya, 20 işçidə qastrit və xora xəstəliyi ilə yanaşı onlarda ginekoloji xəstəliklər aşkar olunmuşdur.

Müayinə zamanı alınmış nəticələr üzrə müxtəlif diaqnozlu xəstəlikləri olan işçi qadınlarda istehsalat yorulmasının inkişaf dinamikası aşağıda verilmişdir (cədvəl 3).

Cədvəl 3.

Tikiş sənayesində müxtəlif diaqnozlu xəstəliyi olan işçi qadınların istehsalat yorulmasının inkişaf dinamikası

İş saatı	Müayinə olunmuş qrup						
	sağlam	yuxarı tənəffüs yolları xəstəlikləri	ağciyər-bronx patologiyası	tonzillit xəstəlikləri	revmotizm xəstəliyi	hipertoniya xəstəliyi	mədə - bağırsaq xəstəlik-ləri
1	-	3,8	2,1	-	-	-	-
2	-	6,0	0,5	6,0	2,2	4,7	24,2

3	-	6,7	13,6	3,2	2,4	12,0	17,9
4	14,3	13,1	16,4	18,8	11,7	10,4	8,7
5	16,8	13,3	7,8	6,0	2,0	14,7	23,0
6	24,2	8,7	9,8	6,6	22,6	15,0	8,2
7	9,8	14,0	8,7	6,8	18,5	16,2	7,0
8	32,4	33,1	40,2	45,7	35,4	23,5	8,1

Cədvəldən göründüyü kimi sağlam işçi qadınlarda (38 nəfərdə) yorulma 4 saat işlədikdən sonra baş verdiyi halda, digər qruplarda isə xeyli tez inkişaf edir ($p<0,05$). Ağciyər-bronx patologiyası olan işçi qadınlarda 3 saatlıq işdən sonra onların 18,2%-i yorulmadığı halda. arterial hipertoniyalı xəstələrin 21%, mədə-bağırsaq traktı xəstəliyi olanların 40,6%-nin yorulduğu qeydə alınır ki, bunlar da kompleks tibbi profilaktik tədbirlərin hazırlanması zamanı nəzərə alınmalıdır.

İstehsalat yorulmasının inkişafında işçi qadınların işə başlamazdan əvvəlki vəziyyətlərinin də rolu olduğunu nəzərə alaraq. hər bir qadına belə bir sualla müraciət edilmişdir: Siz işə necə gəlirsiniz. istirahət etdikdən sonra və ya yorğun halda? Alınan cavablardan bəlli olmuşdur ki. işçi qadınların 55,6%-i yaxşı istirahətdən sonra işə başladıqlarını. onların 30%-i bu suala cavab verməkdə çətinlik çəkmiş. 14,3%-i kifayət qədər istirahət etmədiklərini qeyd etmiş, 35,8% hallarda əsas səbəb kimi özlərini yaxşı hiss etmədiklərini, 18,1%-i əvvəlki iş günündən yorğun qaldıqlarını qeyd etmişlər.

Məlumdur ki. işçinin sağlamlığına və onun iş qabiliyyətinə təsir göstərən xarici istehsalat mühiti parametrlərindən başqa, daxili, şəxsi amillər və işçinin fərdi xüsusiyyətləri də az əhəmiyyət kəsb etmir [4,10].

Istehsalat yorulmasının profilaktikasında səhər gimnastikası və fasiləli bədən tərbiyəsi şəklində fizioloji yüklənmənin böyük əhəmiyyətə malik olduğu məlumdur. Lakin alınan məlumatlardan aydın olur ki, iş vaxtı fasiləli bədən tərbiyəsi aparılmır, soruşulan işçi qadınların yalnız 0,85%-i evdə səhər gimnastikası ilə məşğul olduğu halda. onların 14,3%-i dövri olaraq gimnastika ilə, 79,1%-i isə tamamilə məşğul olmurlar.

Nəticələr

1.Tikiş sənayesinin bütün işçi qadınları istehsalat tapşırıqlarının öhdəsindən lazımınca gələ bilir və işlərindən razıdırlar.

2.İşçi qadınlarda istehsalat yorulmasının inkişafı işə başladıqdan 4 saat sonra baş verir.

3.Xəstəlikönü vəziyyətdə və remissiya mərhələsində xəstəliyi olan işçi qadınlarda istehsalat yorulmasının inkişafı: mədə-bağırsaq traktı xəstəliyi olanların – 40,6%-də, arterial hipertoniyası olanların 21,0%-də. ağciyər-bronx patologiyası olanların 18,2%-də işin ilk birinci saatından başlayır. Ona görə də bu qrup işçi qadınlar üçün müalicə-profilaktik tədbirlərin həyata keçirilməsi zərurəti yaranır.

4.Tikiş sənayesi şəraitində relaksasiya otağının düzəldilməsi yolu ilə psixofizioloji vəziyyətin yüngülləşdirilməsinə nail olmaq olar.

5.İstehsalat yorulmasının qarşısının alınmasında mühüm istiqamətlərdən biri- elmi əsaslarla əməyin və növbədaxili istirahətin normalaşdırılması. yaş ilə əlaqədar görmə qabiliyyətinin dəyişikliyini nəzərə alaraq psixo və oftalmotreninqlər aparılmaqla. işə qəbul zamanı peşəseçiminin aparılmasından ibarət olmalıdır.

ƏDƏBİYYAT

1.Альбицкий В.Ю., Юсупова А.Н., Шарапова Е.И. и др. Репродуктивное здоровье и поведение женщин России: Медико - социальные исследования. Казань: Медицина, 2001, с.29.

2. Золина З.М., Измеров Н.Ф. Руководство по физиологии труда. М.,1983, с. 201-203.

3.Измеров Н.Ф., Денисов Э.И., Прокопенко Л.В. и др. Методология выявления и профилактика заболеваний. связанных с работой. // Медицина труда и промышленная экология, 2010, №9, с. 1-7.

4.Калинина Л.Н. Окружающая среда и здоровье. Пенза: РИОПГСХА, 2010, с. 165.

5.Кожин А.А., Кучма В.Р., Сивочалова О.В. Здоровый человек и его окружение. Учебник М., 2006, с.290-293.

6.Механтьев И.И. Влияние производственных процессов на здоровья работающих женщин. // Медицина труда и промышленная экология, 2002, №7, с. 29-31

7.Общие санитарно-гигиенические требования к воздуху рабочей зоны. ГОСТ 12.1.005-88. М., 1988, 75 с.

8.Сухотина Н.К. Нервно-психическое здоровье и факторы производственной среды работающих матерей // Медицина труда и промышленная экология, 1999, №3, с.39-43.

9.Суй В.М. О заболеваемости костно-мышечной системы у работниц швейных фабрик // Медицина труда и промышленная экология, 1999, №7, с.44-46.

10.Bucle P. Uper lim disorders and Work: the impornfpce of physical and psixososial factors // J.Psichosomatic Pesearch, 2007, v.43, p.17-25

11.Sivochalova O., Denisov E. Ecologikal and professional chemical danqers for reproductive health. Chemicals as intentional and accidental qlobal environmental threats. Springer.The NATO. Program for security through science. 2006

12.Hosokawa M.K. Work and Health, Japan, 1990, p.12-16.

Резюме

Причины утомления у работниц Бакинского швейного производства при трудовой деятельности (медико-социальные исследования)

Р.Х.Алиева, Р.А.Оруджев, С.А.Курзалиев, М.Е.Набиева, Д.Я.Салихова

Целью работы явилось изучение динамики утомления в процессе работы и вскрыть факторы на него влияющие по данным медико-социального исследования. В результате исследования выявлено, что на здоровья женщин-работниц возраста 20-50 лет в процессе выпролнения трудовых операций воздействуют производственные и непроизводственные факторы среды, что явились причиной повышенного уровня нервно-эмоционального и нервно-мышечного напряжения; при этом несомненное влияние оказывало тяжесть труда, вынужденная рабочая поза тела и рук, объем интенсивность работы, пониженное состояние здоровья. По данным медицинского обследования у работниц, находящихся в предболезни и болезни в стадии ремиссии, утомления развивается с первых часов работы, достигая при патологии желудочно-кишечного тракта- 40,6%, при наличии артериальной гипертонии 21%, у лиц с наличием бронхо-легочной патологии 18,2%, что обуславливает необходимость проведения широких профилактических мероприятий для этих групп работниц данного производства.

Summary

Causes of fatigue in Baku garment production workers at work (medical and social research)

R.H.Aliyeva, R.A.Orujev, S.A.Gurzaliyev, M.E.Nabiyeva, D.Y.Salihova

The aim of the work was to study the dynamics of fatigue during work and uncover the factors affecting it according to medical and social research. The study found that the health of women workers aged 20-50 years in the labor operations affect production and non-environmental factors. that have resulted in increased levels of neuro-emotional and neuro-muscular tension, while doubtless influenced by the severity of labor, forced labor body posture and hand, the volume of work intensity, reduced health. According to a medical examination at the workers who are in pre-illness and disease in remission, fatigue develops in the first hours of work, reaching pathology of the gastrointestinal tract- 40,6 %, with arterial hypertension 21%, those with the presence of broncho-pulmonary pathology 18,2 %, which necessitates extensive preventive measures for these groups of workers of the production.

Daxil olub: 11.06.2013

MÜXTƏLİF PREPARATLARIN PARODONTİTLƏRİN MÜALİCƏSİ ZAMANI AĞIZ BOŞLUĞUNUN BİOKİMYƏVİ GÖSTƏRİCİLƏRİNƏ TƏSİRİ

N.S. Məmmədova, A.R. Əlizadə, Ə.A. Əliyev

Azərbaycan Tibb Universiteti, terapevtik və ortopedik stomotologiya kefedrasıı, Bakı

Açar sözlər: parodontit, prepatalar, müalicə, biokimyəvi göstəricilər

Ключевые слова: пародонтит, препараты, лечение, биохимические показатели

Keywords: periodontal disease, drugs, treatment, biochemical parameters

Parodontitlər parodont toxumalarının birlikdə iltihabı olub. gedişatına görə kəskin və xroniki, yayılmasına görə generalizə olunmuş və local, ağırlıq dərəcəsinə görə isə yüngül. orta və ağır formaları ayırd olunur. Yüngül parodntitlər zamanı normal halda 1-2 mm dərinlikdə olan parodont cibləri, 2-3 mm-ə qədər dərinləşir, dişətləri hiperemiyalaşır sümük arakəsmə zədələnmir. Orta dərəcəli parodontitdə isə proses bir qədər də dərinləşir və 4-5 mm olur, ağır formada isə proses irəliləyir və parodontal ciblər patoloji xarakter daşıyaraq, 6 mm və daha dərin olur. Lokal parodontitlər zamanı

proses 1 yaxud bir neçə dişin parodontunu əhatə etsə də generalizə olunmuş formada proses bütün diş qövsünün parodontunu əhatə edir. Xroniki parodontitlər daha çox generalizə olunmuş formalı olurlar və əsasən 30-40 yaşdan sonra inkişaf edirlər [1,2,3]. Generalizə olunmuş parodontitlərin yaranmasında immun sisteminin hüceyrəvi amillərinin zəifləməsinin mühüm rolu vardır. Belə ki, generalizə olunmuş parodontitlər zamanı əksər hallarda qanda T-limfositlərin və onların aktivliklərinin nəzərəçarpacaq dərəcədə aşağı enməsi müşahidə olunur, parodontitlərin başlanğıc mərhələlərində qanda və ağız suyunda neyramin turşusu və fukozaların miqdarı azalmış olur. Parodont toxumalarının xəstəliklərinin meydana çıxmasında ümumi orqanizmin mübadilə proseslərinin səviyyəsi, neyroendokrin tənzim. immunoloji reaktivlik, yerli qan döranını. orqanizmin orqan və sistemlərinin dəyişikliklər kimi endogen amillərin mühüm rolu vardır. Xroniki generalizə olunmuş parodontitlər daha çox uzun müddət davam edən patologiyalar olduğundan onların aradan qaldırılması və ağız boşluqlarında biokimyəvi balansı bərpa etmək üçün təbii xarakterli antiseptik və preparatların istifadə olunması daha məqsədə uyğundur. Xlorheksidin 0,02%-li məhlulu kəskinliyi az və çox zəif antiseptik kimi uzun müddət istifadə olunduqda selikli qişanın qıcıqlanması kimi əlavə təsirlər müşahidə olunur [4,5]. "Parodontaks" müalicəvi diş məcunu olub tərkibində bir sıra qeyri-təbii və təbii komponentlər vardır. Bu maddələrə əsasən adaçayı, rataniya, mirra, exinatseya və nanə ekstraktları kimi bitki təbiətli çıxarışları, natrium bikarbonat, qliserin, flüor və kokamidopropil betain kimi sistetik üzvi və qeyri üzvi maddələr aiddirlər ki, qeyd olunan maddələr Parodontaksın 70%-ni təşkil edir, onun təsirilə 15 gün ərzində diş ətində patoloji hallar aradan qalxır. Malum Qranatum narın toxumlarından alınan ekstraktlardan ibarət təbii vasitədir. Malum Qranatumun tərkibinə əksəriyyəti antioksidant xarakterli Punikalaqin turşusu (62,5%), Palmitin turşusu (3,2%), Stearin turşusu (2,1%), Tokoferollar (0,66%) və Vitamin E (0,33%) kimi komponentlərdən ibarət təbii preparatdır.

Tədqiqatın məqsədi. Müxtəlif preparatların yüngül dərəcəli xroniki generalizə olunmuş parodontitlər zamanı ağız boşluğunun biokimyəvi göstəricilərinə təsirinin qiymətləndirilməsi.

Tədqiqatın material və metodları, Bu məqsədlə tərəfimizdən 50 nəfər yüngül xroniki generalizəolunmuş parodontitdən əziyyət çəkən şəxslər müayinə və müalicə tədbirlərinə cəlb olunmuşdur. Onlardan 18 nəfərində müayinə və müşahidələr dövründə müalicə məqsədilə Xlorheksidinin 0,02%-li məhlulu, 17 nəfərində müalicəvi diş məcunu olan "Parodontaks"-dan və qalan 15 nəfərində isə təbii bitki əsaslı Malum Qranatum preparatından istifadə edilmişdir. Müalicəyə başlamamış. müalicənin 15-ci günü, 3 və 6 aylığında hər qrupdan xəstələrin ağız suyu nümunələri xüsusi qablarda toplanaraq, ATU-nun Biokimyəvi Laboratoriyasına gondərilmiş və mütəxəsislərə ağız suyunun pH-ı. Ca və P kimi elementlərin miqdarının hesablanması tapşırılmışdır. Onu da qeyd edək ki. müayinə etdiyimiz parodontitli xəstələrin hamısının ağız boşluğunda bu və ya digər formada körpüyəbənzər protez olmuşdur. "Parodontaks"-la müalicə dedikdə gün ərzində dişlərin 2 dəfə fırçalanması nəzərdə tutulmuşdur. Alınan göstəricilər statistik metodlarla işlənmişdir, qrup göstəriciləri üçün orta qiymətlər (M), onların standart xətası (m), sıraların minimal (min) və maksimal (max) qiymətləri, həmçinin qruplarda keyfiyyət göstəricilərinin rastgəlmə tezliyi müəyyən edilmişdir. Qeyd edək ki, tədqiqat işi zamanı alınan nəticələrin statistik işlənməsi Statistica 7.0 tətbiqi proqramı ilə icra edilmişdir, diaqram və cədvəllər tərtib edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi, Tədqiqat nəticəsində müalicə məqsədilə ağız boşluğunda ənənəvi antiseptik olan Xlorheksidinin 0,02%-li məhlulundan istifadə etdiyimiz yüngül xroniki parodontitli xəstələr qrupunda ağız suyu nümunələrində Ca elementinin orta miqdarı antiseptikin tətbqindən qabaq 1,27±0,054 mmol/l olmasına baxmayaraq, müalicənin 15-ci günü aşağı enərək 1,08±0,032 mmol/l-ə, 3 aylığında daha da enərək 1,03±0,030 mmol/l-ə enmiş, müalicənin 6 aylığında isə 1,12±0,037 mmol/l-də stabilləşmişdir (Cədvəl 1).

Cədvəl 1

Müxtəlif preparatların yüngül Ca elementinin ağız suyundakı miqdarına təsiri

Müalicə qrupları	Müalicə müddətlərində Ca elementinin ağız suyunda orta göstəricisi							
	Müalicədən qabaq	Müalicənin 15-ci günü	P<	Müalicənin 3 aylığı	P<	Müalicənin 6 aylığı	P<	P_{3ay}<
Xlorheksidinn n=18	1,27±0,054	1,08±0,032	0,01	1,03±0,030	0,001	1,12±0,037	0,05	-
Parodontaks n=17	1,20±0,049	1,19±0,043	-	1,02±0,026	0,01	1,06±0,020	0,05	-
P_1<	-	-		-		-		
MalumGranatn n=15	0,89±0,035	0,98±0,026	-	1,35±0,024	0,001	1,77±0,038	0,001	0,001
P_1<	-	0,05		0,001		0,001		

P_2<	-	0,01		0,001		0,001		

Qeyd: P-qruplararası dürüstlük əmsalı

15 nəfərdən ibarət ağız boşluğunu təbii vasitə olan Malum Qranatumla irriqasiya etdiyimiz qrupda isə müalicədən qabaq Ca elemntinin qrup üzrə ağız sularında orta miqdarı 0,89±0,035 mmol/l. müalicənin 15-ci günü, 3 və 6 aylığında uyğun olaraq, 0,98±0,026 mmol/l, 1,35±0,024 mmol/l və 1,77±0,038 mmol/l müəyyənləşmişdir. Ağız suyu nümunələrində P elementinin qruplar üzrə orta miqdarının hesablanması zamanı isə ağız boşluğunda müalicə məqsədilə ənənəvi antiseptik olan Xlorheksidinin 0,02%-li məhlulundan istifadə etdiyimiz yüngül xroniki generalizəolunmuş parodontitli xəstələr qrupunda ağız suyu nümunələrində qeyd etdiyimiz elementin orta miqdarı mülicədən əvvəl 3,17±0,069 mmol/l hesablanmışdır (Cədvəl 2). Bu qrup üzrə müalicənin 15-ci günü, 3 və 6 aylığında isə P elementinin ağız suyundakı miqdarı qrup üzrə ortalama 3,41±0,046 mmol/l. 3,34±0,055mmol/l və 3,05±0,042 mmol/l müəyyənləşmişdir.

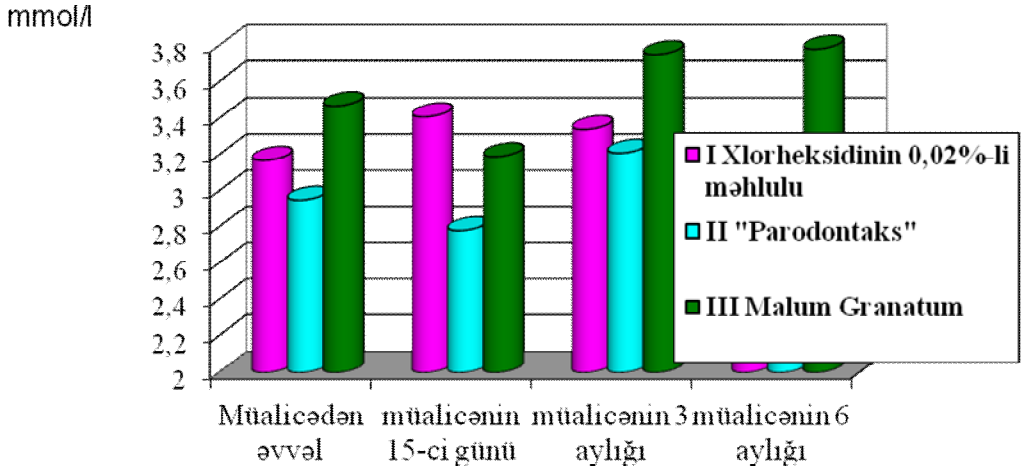
Cədvəl 2

Müxtəlif dərman preparatların P elementinin ağız suyundakı miqdarına təsiri

Müalicə qrupları	Müalicə müddətlərində P elementinin ağız suyunda orta göstəricisi							
	Müalicədən qabaq	Müalicənin 15-ci günü	P<	Müalicənin 3 aylığı	P<	Müalicənin 6 aylığı	P<	P_{3ay}<
Xlorheksidinnn = 18	3,17±0,069	3,41±0,046	0,01	3,34±0,055	-	3,05±0,042	-	0,01
Parodontaks n = 17	2,95±0,049	2,78±0,043	-	3,21±0,065	0,01	3,20±0,046	0,01	-
P_1<	0,05	0,001		-		0,05		
MalumGranatn = 15	3,47±0,079	3,19±0,065	0,05	3,75±0,072	0,05	3,78±0,092	0,05	-
P_1<	0,05	0,05		0,001		0,001		
P_2<	0,001	0,001		0,001		0,001		

Qeyd: P-qruplararası dürüstlük əmsalı.

Ağız boşluqları müalicəvi diş məcunu olan "Parodontaksla" gündə 2 dəfə olmaqla fırçalanan parodontitli xəstələr qrupunda isə müalicə tədbirlərindən qabaq P elementinin miqdarı 2,95±0,049 mmol/l və müalicəyə başladıqdan 15 gün sonra isə 2,78±0,043 mmol/l hesablanmışdır. Ağız boşluqları müalicə məqsədilə "Parodontaks" diş məcunundan istifadə etdiyimiz 17 nəfərlik yüngül parodontitli qrupda isə Ca elementinin orta miqdarı diş məcununun istifadəsindən qabaq 1,20±0,049 mmol/l olmasına baxmayaraq, onunla gündə 2 dəfə səhər və axşam olmaqla istifadəsindən sonra müalicənin 15-ci günü 1,19±0,043 mmol/l-ə enmiş, müalicənin 3 və 6-cı ayında isə uyğun olaraq, 1,02±0,026 mmol/l və 1,06±0,020mmol/l tərəfimizdən hesablanmışdır (Şək.1).



Şək. 1. P elementinin ağız suyundakı miqdarının müalicədən və müalicədən sonra dinamikası

Bu qrup üzrə "Parodontaks"-la müalicənin 3 aylığında uyğun elementin ağız suyu nümunələrindəki orta miqdarı 3,21±0,065 mmol/l və 6 aylığında isə 3,20±0,046 mmol/l hesablanmışdır. Ağız boşluğunda təbii vasitə olan Malum Granatum tətbiq etdiyimiz 15 nəfərlik yüngül xroniki generalizəolunmuş parodontitli xəstələr qrupunda isə təbii vasitəni tətbiq etməzdən qabaq P elementinin ağız suyu nümunələrindəki orta miqdarı 3,47±0,079 mmol/l olmasına baxmayaraq. mülicənin 15-ci günündə bu göstərici aşağı enərək 3,19±0,065mmol/l-ə, 3 və aylığında isə müvafiq olaraq, 3,75±0,072 mmol/l və 3,78±0,092 mmol/l-ə qalxmışdır.

Yüngül xroniki generalizəolunmuş parodontitli xəstələr qrupunda ağız suyu nümunələrinin orta pH-ının hesablanması üzrə hesablamalarımız zamanı isə. müalicə məqsədilə ənənəvi antiseptik tətbiq etdiyimz 18 nəfərdən ibarət parodontitli xəstələr qrupunda müalicədən qabaq pH göstəricisi 6,10±0,06, müalicənin 15-ci günü isə artaraq 6,58±0,07 olmuşdur (Cədvəl 3). Müalicənin 3 aylığında uyğun göstərici bir qədər də artaraq, 6,87±0,05 6 aylığında isə normalara yaxınlaşaraq, zəif qələvi, 7,14±0,06 müəyyənləşdirilmişdir.

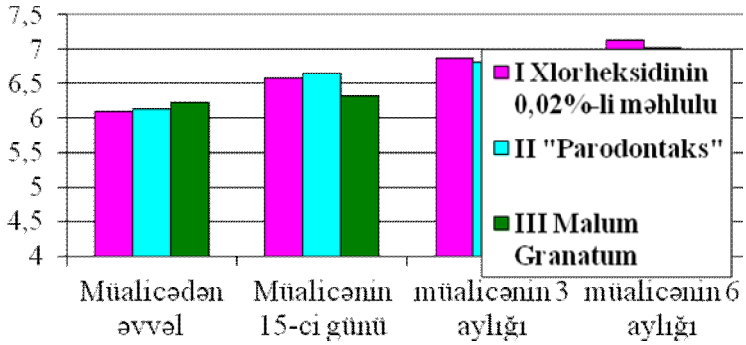
Cədvəl 3

Müxtəlif preparatların yüngül dərəcəli xroniki generalizə olunmuş parodontitlər zamanı ağız sularında pH-ın orta göstəricilərinə təsiri

Müalicə qrupları	Müalicə müddətlərində pH göstəricisinin ağız sularında orta göstəricisi							
	Müalicədən qabaq	Müalicənin 15-ci günü	$P_{до}<$	Müalicənin 3 aylığı	P<	Müalicənin 6 aylığı	P<	$P_{3ay}<$
Xlorheksidinnn = 18	6,10±0,06	6,58±0,07	0,001	6,87±0,05	0,001	7,14±0,06	0,001	0,01
Parodontaks n = 17	6,14±0,07	6,65±0,06	0,001	6,82±0,08	0,001	7,02±0,07	0,01	-
$P_1<$	-	-		-		-		
MalumGranat n = 15	6,23±0,08	6,32±0,07	-	6,48±0,07	0,05	6,84±0,06	0,001	0,01
$P_1<$	-	0,05		0,001		0,01		
$P_2<$	-	0,01		0,01		-		

Qeyd: P-qruplararası dürüstlük əmsalı

Ağız boşluğunda müalicə məqsədlilə "Parodontaks" müalicəvi diş məcunundan istifadə etdiyimiz 17 nəfərlik yüngül güneralizə olunmuş parodontitdən əziyyət çəkən şəxslər qrupunda müalicədən qabaq ağız suyu nümunələrində pH-ın orta göstəricisi 6,14±0,07, müalicənin 15-ci günü 6,65±0,06, 3 aylığında 6,82±0,08 və 6 aylığında isə zəif qələvi, 7,02±0,07-ə qədər hesablanmışdır (şək. 3). Müalicə məqsədilə ağız boşluqlarında təbii vasitə olan Malum Granatumdan istifadə etdiyimiz 15 nəfərlik parodontitli xəstələr qrupunda isə müalicə tədbirlərindən əvvəl ağız suyu nümunələrində orta pH göstəricisi 6,23±0,08 olmasına baxmayaraq, müalicənin 15-ci günü bu göstərici qalxaraq, 6,32±0,07-ə. 3 aylığında 6,48±0,07-ə və 6 aylığında isə 6,84±0,06-a yüksəlmişdir.



Şək. 2. Müxtəlif preparatların ağız sularında pH-ın orta göstəricilərinə təsirinin dinamikası

Alınmış nəticələr göstərir ki, parodontitlər zamanı ağız boşluğunda Ca və P kimi elementlərin, pH göstəricisinin əhəmiyyətli dəyişiklikləri müxtəlif preparatların tətbiqi nəticəsində öz normalarına qayıdır və parosesdə sintetik vasitələrlə birlikdə təbii vasitə olan Malum Granatum tərəfimizdən uğurla istifadə olunmuşdur.

ƏDƏBİYYAT

1.Дубова Л.В., Воложин А.И. Бабахин А.А. Биосовместимость стоматологических материалов — оценка безопасности по способности к гистаминолиберации // Стоматология, 2006, № 4, с.4-8

2.Почтаренко В.А. Изучение влияния генетического полиморфизма человека на развитие воспалительных заболеваний пародонт автореф. Дис. … канд.вед.наук. М., 2005, 21 с.

3.Орехова Л.Ю. Горбачова Н.А. Кирсанов А.И. Единство системных патогенетических механизмов при заболеваниях внутренних органов. ассоциированных с генерализованным пародонтитом // Стоматология, 2004, № 3, с.6-15

4.Nibali L., Tonetti M.S., Ready D.R. et al Interleukin-6 polymorphisms are associated with pathogenic bacteria in periodontitis patients // J Periodontol., 2008, v.19, p.677-683

5.Offenbacher S., Barros S.P., Paquette D.W. et al. Gingival transcriptome pattern during induction and resolution of experimental gingivitis in humans // J. Periodontol., 2009, v.80(l), p.1963-82.

Резюме

Влияние различных препаратов на биохимические показатели полости рта при лечении пародонтита

А.А.Алиев, А.Н.Ниязов

Для определения эффективности различных противовоспалительных препаратов в слюне обследуемых больных определяли содержание кальция (Ca), фосфора (P), а также pH слюны до и после завершения лечебно-профилактических мероприятий. Анализ результатов лабораторных исследований выявил увеличение значений pH смешанной слюны во всех группах больных. но более выраженный рост значений наблюдался в первой и второй группах. Установлена корреляционная связь показателей изучаемого фактора от формы применяемых лекарственных средств. Кроме вышеуказанного обращает на себя внимание факт нормализации фосфорно-кальциевого больных основной группы. При количественной оценке содержания общего кальция и фосфора в смешанной слюне выраженное повышение показателей наблюдалось после аппликации препарата «MalumGranatum».

Summary

Effect of various drugs on the biochemical parameters of the oral cavity in the treatment of periodontitis

A.A.Aliyev, A.N.Niyazov

To determine the effectiveness of various anti-inflammatory drugs in the saliva of patients surveyed determined the content of calcium (Ca). phosphorus (P) and the pH of saliva before and after completion of treatment and preventive measures. Analysis of the results of laboratory studies revealed an increase in the pH of mixed saliva in all groups of patients, but a more pronounced increase in the values observed in the first and second groups. Established correlation parameters studied on the form factor used drugs. Besides the above noteworthy fact normalization of calcium and phosphorus study group patients. In quantifying the total content of calcium and phosphorus in mixed saliva pronounced increase observed after application of the drug «MalumGranatum».

Daxil olub: 19.06.2013

İDMANÇILARDA PARODONT TOXUMALARINDA MÜXTƏLİF DƏRƏCƏLİ İLTİHABİ PROSESLƏRİN YAYILMASININ QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

E.E.Babayev

Azərbaycan Tibb Universiteti, ortopedik stomatoloqiya kafedrası, Bakı

Açar sözlər: idmançılar, parodont, iltihabi proseslər

Ключевые слова: спортсмены, пародонт, воспалительные процессы

Keywords: athletes, periodontal inflammation

İdmançıların ağız boşluqlarında ən geniş yayılmış xəstəliklər əsasən parodont. o cümlədən diş ətinin iltihabi xəstəliklərıdir. Onlar bir sıra fiziki və emosional təsirlərə məruz qalırlar. Bu təsirlər nəinki onlarda ümumi orqanizm səviyyəsində pozğunluqlara hətta ağız boşluğu. o. cümlədən parodont toxumalarında dəyişikliklərə gətirib çıxarır [1,2]. Belə hallar özünü daha çox veteran idmançılarda göstərir. onlar həyatları boyu gərginlikdə olduqları üçün onların bədənində travmatik və mübadilə patologiyaları kumulyasiya olunur. İdmançıların parodontlarında bir sıra əlavə təsirlərlə əlaqədar

iltihabi dəyişikliklər meydana çıxır. Parodontun xəstəlikləri adətən ilkin olaraq gingivit formasında üzə çıxır, sonradan proses dişin bağ-dayaq aparatının itirilməsilə müşayiət olunan parodontitə keçir [3,4,5,6]. Parodontitin yüngül. orta və ağır dərəcələri ayırd olunur. Yüngül dərəcəli parodontitdə parodont toxumaların iltihabi dəyişikliklər baş verir. sümük arakəsmə az zədələnir. 2-4 mm dərinlikli parodontal ciblər müşahidə olunur. Orta dərəcəli parodontitdə isə dişin bağ-dayaq aparatının iltihabi proses nəticəsində destruksiyaya uğraması və 4-5 mm dərinlikli parodontal ciblər müşahidə olunur. Ağır dərəcəli parodontitdə isə proses bir qədər də irəliləyərək dişin bağ-dayaq aparatının bir qədər də itirilməsi və dişlərin əhəmiyyətli dərəcədə laxlaması ilə müşayiət olunur və 6 mm və daha dərin patoloji parodontal ciblər formalaşır. Patoloji ciblər dərinləşdikcə onun daxilinə qida qalıqları və onlarda bölünüb-çoxalan mikroorqanizmlər inkişaf edirlər. Ciblərdə mikroorqanizmlərin fəaliyyəti və iltihabı proses davam etdikcə və vaxtında tibbi müdaxilə olunmazsa dişin dayaq aparatı bir qədər də destruksiyaya uğrayır, qüsurlu dövran yaranır. Parodontit dişlərin tezliklə itirilməsinə gətirib çıxara bilər. Parodont toxumalarının iltihabı prosesləri və diş çoküntülərinin əmələ gəlməsi qarşılıqlı əlaqədədirlər və bir-birilərinin etioloji amili ola bilərlər.

Yuxarıda qeyd olunandan başqa. prodontun iltihabi xəstəlikləri əhatə etdiyi diş sahələri və yaranma səbəbinə görə də təsnif oluna bilər. Ən geniş yayılmış prodont xəstəliklərindən biri də yuvenil parodontitdir. İdmançılar arasında yeniyetmələr daha çox olduğundan onların stomatoloji statuslarında bu xəsətəlik daha aktual xarakter daşıyır. Yuvenil gingivitin əsas səbəbi yeniyetməlik dövründə cinsi inkişafla əlaqədar yaranan hormonal disbalansdır. İdmançıarın həyat tərzi gərgin xarakter daşıdığından onların bədənindəki mübadilə yenidənqurmaları və dəyişiklikləri daha tez parodont toxumalarında təzahür olunur. Parodontitlər isə yaıldığı və hatə etdiyi sahəyə görə lokal və generalizə olunmuş xarakterli olurlar. Lokal parodontit yalnı bir dişi yaxud bir diş qrupunu əhatə edir ki. xəstəliyin bu formasının yaranmasında əsas etioloji amil çox vaxt yerli travma yaxud digər dəyişikliklər olur. İdmançılarda kappaların yarışlar zamanı istifadə və digər tarvmatik amillər lokal parodontitə səbəb ola bilərlər. Ancaq bununla bərabər ümumi orqanizm səviyyəsində baş verən dəyişikliklər də lokal prodontitlə müşayiət oluna bilər. Bu proses özünü daha çox ön dişlərdə göstərir. Generalizə olunmuş prodontit isə əsasən ütün diş qruplarının prosesə cəlb olunmasıyla müşayiət olunur. İdmançılarda bu proses əsasən yeniyetməlik dövründə yuvenil gingivitin infeksion proseslə ağırlaşması yaxud da elə birincili olaraq prosesin parodonta sirayət etməsiylə əlaqədardır. Yenə də qeyd etdiyimiz kimi idmançıların həyat tərzi gərgin olduğu üçün adi insanların bədəninin kompensasiya amilləri səfərbər olunub, yuvenil gingivit yaxud digər ilkin prodont xəstəliklərini məhdudlaşdırdıqları halda, idmançılarda bədən həddindən çox fiziki və psixo-emosional gərginliyə düşdükdə bu baş vermir, Bütün bunları nəzərə alsaq. qeyd etməkolar ki, idmançıların sağlamlıqları o cümlədən stomatoloji satuslarının araşdırılması aktual mövzunu əhatə edir.

Tədqiqatın **məqsədi** İdmançılar arasında parodontit və gingivitin yayılma xarakterinin qiymətləndirilməsindən ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodları. Bu məqsədlə tədqiqatın ilk mərhələsində tərəfimizdən yaşı 23-dən yuxarı 360 peşəkar idmanla məşğul olan və eyni sayda eyni yaş qrupuna aid adi həyat tərzi keçirən kişilər götürülmüşdür. Müayinə obyekti olan şəxslərin hamısının kişi götürülməsinin səbəbi qadınların həyat dövrlərində baş verən hormonal pozğunluqların omların parodontlarına təsirinin bizim tədqiqatın nəticələrinə təsir göstərməməsidir. Çünki. qadınlar çox olan müayinə qruplarında parodontitlətlərə çox rast gəlinə bilər. Sonra həm adi. həm də idmançı şəxslərdə müayinələr vasitəsilə normal parodontun. yüngül. orta və ağır dərəcəli parodontitin rast gəlinməsi say və faizlə hesablanmış və hər iki qrup bir-birilə müqayisə olunmuşdur.

Tədqiqatın ikinci mərhələsində isə tərəfimizdən 115 nəfər idmançı və eyni sayda adi həyat tərzi sürən yeniyetmə şəxs götürülərək onlarda müayinələr aparılmaqla parodontitin yuvenil. lokal və generalizə olunş formalarının rast gəlinməsi say və faizlə hesablanmış idmançılar qrupu ilə adi həyat tərzi keçirən şəxslər qrupunun göstəriciləri müqayisə olunmuşdur. Onu da qeyd etməl lazımdır ki, müayinə olunan şəxslərin yeniyetmə götürməyimizin əsas məqsədi cinsi inkişaf dövründə idmançılar və adi həyat tərzi keçirənlərin parodontundakı dəyişikliklərin öyrənilməsidir. Alınmış ədədi verilənlər müasir tələbləri nəzərə almaqla statistik metodlarla işlənmişdir. Qrup göstəriciləri üçün orta qiymətlər (M), onların standart xətası (m), sıraların minimal (min) və maksimal (max) qiymətləri, həmçinin qruplarda keyfiyyət göstəricilərinin rastgəlmə tezliyi müəyyən edilmişdir. Qeyd edək ki. tədqiqat işi zamanı alınan nəticələrin statistik işlənməsi Statistica 7.0 tətbiqi kompüter proqramı ilə aparılmışdır. Müayinələr stomatoloji güzgü və parodontal düyməli zondla icra olunmuşdur.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi. Müayinələr nəticəsində ilk mərhələdə 360 peşəkar idmançıdan 45-ində parodont toxumaları normal vəziyyətdə olmuşdur ki. bu da ümumi qrup üzrə 12,5 ±1,74% şəxsi əhatə etmişdir. Adi həyat tərzi keçirən şəxslərdə isə sağlam parodont toxumalarının rast gəlinməsi 75 nəfəri yəni qrupun təxminən beşdə birini, 2,08±2,14%-ni əhatə etmişdir. Peşəkar dmançılar qrupunda 75 nəfərdə gingivit halı aşkarlanmışdır ki. bu da qrupun 20,8±2,14%-ni təşkil etdiyi halda adi həyat tərzi keçirən şəxslər qrupunda gingivitə 122 nəfərdə rast gəlinmişdir ki, bu da qrupun 33,9±2,49%-i olmuşdur.

Yüngül dərəcəli parodontitin rast gəlinməsinə gəldikdə isə peşəkar idmançılar qrupunda 110 nəfərdə yəni qrupu əhatə edən şəxslərin 30,6±2,43%-ində bu patologiya rast gəlindiyi halda. adı həyat tərzi keçirən şəxslərdə bu göstəricilər 88 nəfər yaxud qrupun 24,4±2,27%-ini əhatə etmişdir. Parodontitin dişin bağ-dayaq aparatının itirilməsilə müşayiət olunan forması olan orta dərəcəli parodontit isə peşəkar idmançılar qrupunda 92 nəfərdə aşkarlanmışdır ki, bu da qrupun 25,6±2,30%-i olmuşdur. Adi həyat tərzi keçirən şəxslərdə isə orta dərəcəli parodontit 55 nəfərdə aşkarlanışdır ki. bu da qrupun 15,3±1,90-i olmuşdur.

Parodont toxumalarının daha ağır patologiyası olan və 6 mm və daha dərin patoloji ciblərlə müşayiət olununa ağır parodontitə isə peşəkar idamançılar qrupunda 38 nəfərdə rast aşkarlanaraq qrupun 10,6±1,62%-ni təşkil etdiyi halda, adi həyat tərzi keçirən şəxslərdə cəmi 20 nəfərdə bu patologiyaya rast gəlimişdir və bu qrupun 5,6±1,21%-ni əhatə edərək peşəkar idmanla məşğul olan şəxslər qrupundan 2 dəfəyə qədər az olmuşdur (Cədvəl 1).

Cədvəl 1

Parodont xəstəliklərinin peşəkar idmançılarda yayılması

Parodontun vəziyyəti	Müayinə olunanlar			
	Peşəkar idmançılar		Adi həyat tərzi keçirənlər.	
	say.	%-lə	say.	%-lə
Sağlam parodont	45	12.5 ± 1.74	75	20.8 ± 2.14
Gingivit	75	20.8 ± 2.14	122	33.9 ± 2.49
Parodontitin ağır dərəcəsi.	110	30.6 ± 2.43	88	24.4 ± 2.27
Parodontitin orta dərəcəsi.	92	25.6 ± 2.30	55	15.3 ± 1.90
Parodontitin ağır dərəcəsi.	38	10.6 ± 1.62	20	5.6 ± 1.21
Ümumi.	360	100	360	100

Tədqiqatın ikinci mərhələsində isə müayinələrə cəlb olunan yeniyetmə idmançı və adi həyat tərzi keçirən insanlarda müayinələr nəticəsində ümumi 115 nəfərlik idmançılar qrupunda 61 nəfərdə sağlam parodonta rast gəlinmişdir və bu qrupun yarıdan çoxunu, 53,0±4,65%-ni əhatə etmişdir. Adi həyat tərzi keçirən şəxslərdə isə 82 nəfərdə sağlam parodont toxumaları aşkarlanmışdır ki, bu da qrupun 71,3±4,22%-ni əhatə etmişdir. Əsasən yeniyetmələrdə müşahidə olunan yuvenil gingivitə isə idmançı yeniyetmələr qrupunda 24 nəfərdə yəni 20,9±3,79% şəxslərdə rast gəlindiyi halda, adi həyat tərzi sürən yeniyetmələrdə bu cəmi 13 nəfəri əhatə etmişdir ki, bu da qrupun 11,3±2,95%-ni təşkil edərək, idmanılardan iki dəfə az olmuşdur (Cədvəl 2).

Cədvəl 2

Yeniyetmə idmançılarda parodont xəstəliklərinin rast gəlinməsi

Parodontun vəziyyəti	Müayinə olunanlar			
	İdmançı yeniyetmələr		Adi həyat tərzi sürən yeniyetmələr	
	say.	%-lə	say.	%-lə
Sağlam parodont.	61	53,0 ± 4,65	82	71,3 ± 4,22
Yuvenil gingivit.	24	20,9 ± 3,79	13	11,3 ± 2,95
Lokal parodontit.	23	20,0 ± 3,73	19	16,5 ± 3,46
Generalizə olunmuş parodontit	7	6,1 ± 2,23	1	0,9 ± 0,87
Cəmi	115	100	115	100

Lokal parodontitə isə yeniyetmə idmançılar qrupunda 23 nəfərdə rast gəlinərək qrupun 20,0±3,73%- ni əhatə etdiyi halda, adi həyat tərzi sürən yeniyetmələrdə bu göstərici bir qədər az şəxsdə, 19 nəfərdə rast gəlinərək qrupun 16,5±3,46%-ni əhatə etmişdir. Daha çox dişlər sahəsini əhatə edən generalizə olunmuş parodontitə isə idmançı yeniyetmələrin 7 nəfərində aşkar etmişik ki, bu da

qrupun 6,1±2,23%-ni təşkil etsə də adi həyat tərzi sürən yeniyetmələrdə cəmi 1 şəxsdə parodontit rast aşkarlanmışdır (0,9±0,87%).

Beləliklə. tədqiqatın birinci mərhələsində yaşı 23-dən çox yəni yeniyetməlik və hormonal dəyişikliklər dövrünü arxada qoymuş idmançılar araşdırıldığından onlarda gingivit hallarının rast gəlmə faizi tədqiqatın ikinci mərhələsində müayinə olunan yeniyetmə idmançılardan az olmuşdur. Ancaq prodontit mmüxtəlif formalarına isə adi insanlardan çox rast gəlinmişdir ki, bu da peşəkar idmançıların müdafiə sistemlərinin gərginliklərlə əlaqədar dəyişikliyə uğraması ilə əlaqələndirilir. Tədqiqatın ikinci mərhələsində isə müayinə olunanlar yeniyetmə olduqları üçün onlarda bədən strukturu, immun sistemi və ən əsası hormonal sistemdə dəyişikliklər olduğuna görə onlarda fiziki gərginlik şəraitində orqanizmin əvəzedici və kompensasiya sistemləri ümumi dəyişikliklərin parodont toxumalarında təzahürlərini azalda bilmir.

ƏDƏBİYYAT

1. Гаврилова Е.А. Стрессорная кардиомиопатия у спортсменов (дистрофия миокарда физического перенапряжения): Автореф. дис....д-ра.мед.наук. СПб, 2001, 23 с.

2. Давыдов В.В., Чурганов О.А., Гаврилова Е.А. Исследование концентрации молекул средней массы у спортсменов со стрессорной кардиомиопатией // Вестник аритмологии, 2002,№26, с.98-99

3. Розанов Н.Н. Особенности тканей пародонта и состояние местной неспецифической и иммунной защиты у спортсменов с синдромом перетренированности / Сб. тезисов Международн. научно-практич. конференции «Фундаментальные и прикладные проблемы стоматологии». СПб, 2009, с.77-79

4. Muller-Bolla M., Lupi-Pegurier L., Bolla M., Pedeutour P. Orofacial trauma and rugby in France: epidemiological survey // Dent. Traumatol., 2003, v.19, №4, p.l83-92.

5. Pyne D.B., Mc Donald W.A., Gleeson M. et al Mucosal immunity. respiratory illness. and competitive performance in elite swimmers // Med. Sci. Sports. Exerc., 2001, v.33, №3, p.348-353

6. Reid B.C., Chenette R., Macek M.D. Prevalence and predictors of untreated caries and oral pain among Special Olympic athletes // Spec. Care. Dentist., 2003, v.23, №4, p. 139-42.

Резюме

Оценка распространенности воспалительных заболеваний тканей пародонта у спортсменов

Е.Е.Бабаев

Были проведены исследования по изучению частоты встречаемости и степени тяжести деструктивных процессов в тканях пародонта у спортсменов в зависимости от возраста. Были обследованы 360 взрослых и 115 спортсменов-юношей и проведена сравнительная оценка с данными. полученными в группе людей. не занимающихся спортом. Согласно результатам исследований высокий уровень гингивита у юношей. в частности связанный с гормональными перестройками. и деструктивных форм пародонтита среди взрослых наблюдался в основной группе. которую составили профессиональные спортсмены.

Summary

Assessing the prevalence of inflammatory periodontal disease in athletes

E.E.Babayev

İnvestigations have been conducted to study the frequency of occurrence and severity of the destructive processes in periodontal tissues of athletes, depending on age. Have been performed examination of 360 adults and 115 young athletes and comparative evaluation with the data obtained in the group of people who are not involved in sports. According to research high level of gingivitis in young men, in particular related to hormonal changes. and destructive forms of periodontitis in adults observed in the study group. which is made by professional athletes.

Daxil olub: 06.05.2013

LOR PATOLOQİYALARI FONUNDA PARODONT TOXUMALARININ VƏZİYYƏTİNİN QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

N.A.Qurskaya

Azərbaycan Tibb Universiteti, ortopedik stomotologiya kefedrası, Bakı

Açar sözlər: LOR patologiyalar, parodont

Ключевые слова: ЛОР патологии, пародонт
Keywords: ENT pathology, periodontal

Qulaq, burun və boğaz (LOR) xəstəlikləri zamanı adı çəkilən orqanlar qrupunun selikli qişalarının müxtəlif iltihabı və qeyri-iltihabi patoloji prosesləri nəzərdə tutulur. Bu qrup xəstəliklər zamanı qeyd olunan orqanların selikli qişalarındakı proseslər ağız boşluğuna da sirayət edir, onlarda müxtəlif patoloji dəyişikliklərin meydana çıxmasına və inkişaf etməsinə səbəb olurlar. LOR xəstəlikləri zamanı patoloji ocaqlarda müxtəlif mikroorqanizmlər və iltihabi prosesin elemntləri ağız boşluğu orqanlarına təsir edərək orada da oxşar patoloji proseslərin baş qaldırmasına səbəb olur [1,2,4,5]. LOR xəstəliklərinin lokalizasiyası ağız boşluğuna yaxınlaşdıqca onların ağız boşluğu toxuma və orqanlarında təzahürləri də artır. Bu qanunauyğunluqla ağız boşluğunda ən çox təzahürlərə səbəb olan LOR xəstəliklərinə udlaq badamcıqlarının iltihabı olan tonzillitlərdir. Tonzillitlər zamanı ağız boşluğunda dişlərin sərt toxumalarının zədələnməsinin artması patoloji ocaqdan ağız boşluğuna başda Streptokok nümayəndələri olmaqla bir çox mikroorqanizm növlərinin sirayət etməsi karioz proseslərin başlamasına, inkişafına və intensivləşməsinə gətirib çıxarır. Damaq badamcıqlarndan gələn patogen və virulentliyi artmış mikroorqanizmlər dişlərin səthində ərplərin yaranmasının intensivləşdirməklə gigiyenik indekslərin yüksəlməsinə səbəb olmaqla yanaşı, diş səthindəki ərplərin altından ilkin demineralləşma sahələrinin yaratmasıyla ilkin karioz ocaqların meydana gəlməsinə də gətirib çıxarır [3].

LOR xəstəlikləri zamanı ağız boşluğuna sirayət edən potensial patogen elementlər parodont toxumalarına da öz təsirini göstərir. uyğun gigiyenik və parodontal indekslərin mənfi göstəricilərinin təzahürünə gətirib çıxarır. Bütün xəstəliklər kimi bu xəstəliklərin də yayılması. xarakteri və ağız boşluğunda təzahürü yaş amilindən asılı olur. İnsanın müxtəlif yaş dövrlərində orqanizmin reaktivliyinin dəyişkənliyi, immunitet amillərinin xüsusiyyətlərinin fərqliliyi və hormonal balansın xarakteristikası müxtəlif olur. Odur ki, qeyd olunan xəstəliklərin ağız boşluğunda təzahürlərinin xarakteri öyrənilərkən yaxşı olar ki, onların ağız boşluğuna yaxınlıq dərəcəsi və yaş amili nəzərə alınmaqla öyrənilsin.

Tədqiqatın **məqsədi** LOR xəstələrdə dişlərin sərt toxumalarının, parodont toxumaları və gigiyenik vəziyyətinin xüsusiyyətlərinin qiymətləndirilməsindən ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodları. Bu məqsədlə tərəfimizdən 2 mərhələli tədqiqat aparılmışdır. İlk mərhələdə 60 nəfəri yaşı 12-ə kimi olan uşaqlar, 35 nəfəri yaşı 13-20 arası olan yeniyetmələr və 40 nəfəri yaşı 21 dən yuxarı olan yetkin şəxslər olmaqla cəmi 135 nəfər LOR xəstələrdə və 50 nəfər bütün yaş qruplarına aid könüllü olaraq müayinələrə razı olan sağlam şəxslərdə kariesin yayılması və intensivlik göstəricisi olan KPÇ (K-karies. P-plomb. Ç-çıxarılmış dişlər) indeksi hesablanmış və göstəricilər müqayisə olunmuşdur.

Tədqiqatın ikinci mərhələsində isə müxtəlif LOR və parodont xəstəliklərindən əziyyət çəkən şəxslərdə Fyodorov-Volodkina gigiyenik indeksi, Rasselin parodontal, PMA və Kompleks Parodontal indeksləri sağlam şəxslərlə müqayisəli şəkildə hesablanmışdır. LOR patologiyalarina görə xəstələr 14 nəfəri udlağın iltihabı olan farinqit, 16 nəfəri qırtlağın iltihabı olan laringit və 13 nəfəri tonzillit olmaqla 3 qrupa bölünmüşlər və onların qeyd olunan indekslər üzrə nəticələri müayinələrə könüllü razılaşmış 14 nəfər sağlam şəxslərin eyni göstəricilərilə müqayisə olunmuşlar. Aldığımız rəqəmsal göstəricilər müasir tələbləri nəzərə almaqla statistik metodlarla işlənmişdir. Qrup göstəriciləri üçün orta qiymətlər (M), onların standart xətası (m), sıraların minimal (min) və maksimal (max) qiymətləri. həmçinin qruplarda keyfiyyət göstəricilərinin rastgəlmə tezliyi müəyyən edilmişdir. Qeyd edək ki, tədqiqat işi zamanı alınan nəticələrin statistik işlənməsi Statistica 7.0 tətbiqi kompüter proqramı ilə aparılmışdır. diaqramlar qururlmuş. nəticələr cədvəlləşdirilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi. Müayinələr nəticəsində yaşı 12-ə kimi olan 60 nəfər müxtəlif LOR xəstəliklərindən əziyyət çəkən uşaqlarda kariesin yayılması 83,3±4,81%. kariesin intensivliyinin göstəricisi olan KPÇ indeksi 4,53±0,27, o cümlədən bu indeks üzrə K-3,58, P-0,63 və Ç-0,32 olmuşdur. Müxtəlif LOR patologiyalı yaşı 13-20 arası olan 35 nəfər yeniyetmələr arasında karisesin yayılması 91,4±4,73%, onun intensivliyini ehtiva etdirən KPÇ indeksinin göstəricisi K-3,71, P-0,66 və Ç-0,54 olmaqla ümumilikdə 4,91±0,45 olmuşdur. Müayinələr nəticəsində yaşı 21-dən yuxarı olan 40 nəfər yetkin xəstələr qrupunda isə uyğun indeksin göstəricisi K-4,40, P-0,63 və Ç-0,67 olmaqla cəmi 5,70±0,36 müəyyənləşdirilmiş, kariesin yayılması isə 97,5±2,47% hallarda aşkarlanmışdır.

Ümumilikdə yuxarıdakı yaş qrupları üzrə bütün 135 nəfər xəstədə kariesin yayılmasının orta göstəricisi 89,6±2,62% olsa da, onlarla müqayisə olunan 50 nəfər sağlam şəxsdə 72,0±6,35% müəyyənləşdirilmişdir (Cədvəl 1).

Cədvəl 1

LOR xəstələrdə kariesin yayılması və intensivliyi

Qruplar	Müayinə olunan lar.	Kariesin Yayılması %-lə	Kariesin intensivliyi (1 nəfərə düşən orta göstəricisi) KPÇ	KPÇ indeksinin elementləri (1 nəfər üçün orta göstərici)		
				K	P	Ç
Uşaqlar	60	83,3±4,81	4,53±0,27	3,58	0,63	0,32
Yeniyetmələr	35	91,4±4,73	4,91±0,45	3,71	0,66	0,54
Yetkinlər	40	97,5±2,47	5,70±0,36	4,40	0,63	0,67
Ümumi LOR xəstələr	135	89,6±2,62 **	4,98±0,20 **	3,86 ***	0,64	0,48 ***
Sağlam şəxslər	50	72,0±6,35	3,72±0,34	2,58	0,96	0,18

Qeyd: K-karies, P-plomb, Ç-çıxarılmış dişlər. Qruplararası dürüstlük əmsalı; *-p<0,05, * -p<0,01 və *** - p<0,001.

Ümumi LOR xəstələrdə ümumilikdə kariesin intensivliyini göstərən KPÇ indeksi 4,98±0,20 olmaqla, K-3,86, P-0,64 və Ç-0,48 hesablansa da sağlam şəxslər qrupunda uyğun göstərici K-2,58, P-0,96 və Ç-0,18 olmaqla tərəfimizdən 3,72±0,34 müəyyənləşdirilmişdir.

Tədqiqatın ilk mərhələsində alınan nəticələr LOR xəstəlikləri zamanı patoloji ocaqlardan mikroorqanizmlərin və iltihabi proses nəticəsində yaranan amillərin ağız boşluğuna sirayət etməsi karioz proseslərin intensivliyinin artmasına səbəb olur. Bu səbəbdən LOR xəstələri arasında kariesin yayılması da yüksəkdir. Tədqiqatın 2-ci mərhələsində isə Fyodorov-Volodkina indeksi üzrə hesablamalar zamanı ümumi 43 xəstədən 14 nəfəri parodontopatiyaların yüngul forması olan qinqivitlə. 16 nəfəri parodontit və qalan 13 nəfəri isə tonzillitdən əziyyət çəkdiyi müəyyənləşdirilmişdir və onların uyğun indeks üzrə göstəriciləri 14 nəfər müayinələrə razılıq vermiş sağlam şəxslərin göstəriciləri ilə müqayisə edilmişdir. Müayinələr nəticəsində qinqivitli 14 nəfərdə Fyodorov-Volodkina gigiyena indeksinin göstəricisi 2,94±0,05, 16 nəfər parodontitli xəstələrdə 3,06±0,06. tonzillitli xəstələrdə 3,31±0,09 hesablansa da sağlam şəxslərdə bu göstərici 2 dəfə az, 1,94±0,02 müəyyənləşdirilmişdir (Cədvəl 2).

Cədvəl 2

LOR patologiyaların ağız boşluğunun gigiyenik indeksinin göstəricilərinə təsiri

Müayinə olunanlar	Müayinə olunanların sayı	Fyodorov-Volodkina indeksi
qinqivit	14	2,94±0,05
parodontit	16	3,06±0,06
LOR xəstəlikləri	13	3,31±0,09
Sağlam	14	1,94±0,02

Parodont toxumalarının vəziyyətinin öyrənilməsi məqsədilə tərəfimizdən Rasselin parodontal. PMA və Leusun Kompleks parodontal indeksi hesablanmışdır. Yuxarıda qeyd olunan LOR xəstəlikləri qrupları üzrə Rasselin parodontal indeksi üzrə hesablamalar nəticəsində qinqivitdən əziyyət çəkən 14 nəfərdə uyğun indeksin göstəricisi 2,97±0,067, 16 nəfər parodontitli xəstədə 3,45±0,019, 13 nəfər tonzillitli xəstədə 5,39±0,093 olmasına baxmayaraq, sağlam şəxslər qrupunda dəfələrlə az, 1,95±0,019 olmuşdur.

PMA indeksi üzrə hesablamalar zamanı isə 14 nəfər qinqivitdən əziyyət çəkən şəxslərdə göstərici 33,5±0,48%, parodontitli xəstələr qrupunda 34,2±0,77%, LOR patoloqiyalı xəstələrdə 55,6±1,18% olsa da, uyğun göstərici sağlam şəxslərdə 7,2±0,25% olmuşdur. Kommpleks parodontal indeksi üzrə müayinələr zamanı isə 1-ci qrup xəstələrdə orta göstərici 3,54±0,07, 2-ci qrupda 3,89±0,02, əsas qrupda isə 4,68±0,05 olsa da. sağlam şəxslərdə daha az 2,52±0,10 hesablanmışdır (Cədvəl 3).

Cədvəl 3

Müxtəlif patologiyalar zamanı parodontal indekslərin müqayisəli dinamikası

İndekslər	patologiyalar			Sağlam n=14
	Qinqivit n=14	Parodontit n=16	LOR-xəstəlikləri n=13	
Rassel Pİ	2,97±0,067	3,45±0,019	5,39±0,093	1,95±0,019

PMA. %	33,5±0,48	34,2±0,77	55,6±1,18	7,2±0,25
KPİ (Leus)	3,54±0,07	3,89±0,02	4,68±0,05	2,52±0,10

Tədqiqatın 2-ci mərhələsinin nəticələrini analiz etdikdə LOR patologiyaları zamanı ağız boşluğunun gigiyenası kimi. parodont toxumalarının da vəziyyəti patoloji ocaqdan gələn zərərli amillərlə əlaqədar olaraq. pisləşir və özünü parodontal indekslərin o. cümlədən diş ətinin kataral iltihabının yayılma dərəcəsini göstərən PMA indeksinin göstəricilərində ehtiva etdirir. Bundan başqa. ayrı-ayrı LOR patologiyalarının lokalizasiyası ağız boşluğuna yaxınlaşdıqca onun ağız boşluğuna təsiri də yüksək olur.

ƏDƏBİYYAT

1. Карабаева Г.С. Иммунологическая структура и защитные функции верхних дыхательных путей и уха // Российская ринология, 2007, № 3, с.29-32.
2. Тихомирова И.А. Алгоритмы диагностики и выбора лечебной тактики у детей с хроническими заболеваниями лимфоэпителиальной глоточной системы. секреторным средним отитом с учетом генетической предрасположенности и профиля патологии // Российская оториноларингология, 2009, № 1 (приложение), с.148–155.
3. Чуйкин С.В., Мурзабаева С.Ш., Андрианова Ю.В., Давлетшин Н.А. Стоматологическая и соматическая заболеваемость у детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области. Уфа: ГОУ ВПО «Башгосмедуниверситет РОСЗДРАВА», 2006, 148 с.
4. Strauchen J.A., Miller L.K. Lymphoid progenitor cells in human tonsils // Int. J. Surg. Pathol., 2003, v.1, N1, p.21-24.
5. Takaki M., Ushikai M., Deguchi K. et al. The role of nuclear factor-kappa B in interleukin-8 expression by human adenoidal fibroblasts. // Laryngoscope, 2003, v.113, N 8, p. 1378-1385

Резюме

Оценка состояния тканей пародонта на фоне ЛОР-патологий

Н.А.Гурцкая

У обследованных 135 больных с ЛОР-патологиями и 50 практически здоровых лиц определяли распространенность и интенсивность кариеса зубов. состояние гигиены полости рта. Изменения в тканях пародонта определяли с помощью папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (PMA). Согласно результатам клинико-эпидемиологических исследований на фоне развития ЛОР-патологий отмечается более частая встречаемость по сравнению с контрольной группой кариозных поражений. как молочных. так и постоянных зубов. Как показали результаты проведенных нами исследований. у больных с заболеваниями ЛОР-органов уровень гигиены во всех обследуемых основных группах был ниже, чем у здоровых лиц. При этом необходимо отметить рост индексных данных по частоте встречаемости воспалительных процессов в тканях пародонта на фоне сочетанных проявлений ЛОР-заболеваний. В данной группе в ходе клинических исследований показатели пародонтальных индексов по сравнению с другими группами значительно выросли, при этом по всем изучаемым факторам наиболее благоприятные результаты выявлялись в группе практически здоровых лиц и пациентов с заболеваниями пародонта. но без фоновой патологии.

Summary

Assessment of periodontal tissue on a background of ENT pathologies

N.A.Gurtskaya

We examined 135 patients with ENT diseases and 50 healthy persons and determined the prevalence and intensity of dental caries. oral hygiene status. Changes in periodontal tissues was determined by papillary marginally alveolar index (PMA). According to the results of clinical and epidemiological research on the background of the development of ENT pathologies observed more frequent occurrence of carious lesions as milk and permanent teeth in comparison with a control group. As the results of our study, in patients with diseases of upper respiratory tract level of hygiene in all major surveyed groups was lower than in healthy individuals. It is necessary to note the growth of the index data on the incidence of inflammation in periodontal tissues on the background combined manifestations of ENT diseases. In this group in clinical trials indicators of periodontal indices compared with other groups have increased significantly. most favorable results were detected in the group of healthy subjects and patients with periodontal disease. but without the background pathology.

Daxil olub: 06.05.2013

QARIN BOŞLUĞUNUN ƏMƏLİYYATDAN SONRAKI ABSESLƏR ZAMANI AZİNVZİV MÜDAXİLƏLƏR

E.Y. Bababəyli
A.M.Topçubaşov adına ECM, Bakı; Naxçıvan MR Xəstəxanası, Naxçıvan;
Koceli Universiteti Tibb Fakultəsi, İzmit

Açar sözlər: abseslər, drenaj, aznivaziv müdaxilə
Ключевые слово: абсцессы, дренаж, малоинвазивное вмешательство
Key words: abscess drainage, minimally invasive intervention

Qarın boşluğunun abseslərinin müalicəsi abdominal cərrahlığın aktual problemi olaraq qalır [1,5,7,9]. Antibakterial terapiyanın uğurlarına və cərrahi texnikanın təkminləşməsinə baxmayaraq, qarın boşluğunun abseslərinin ağırlaşma tezliyi və əməliyyatdan sonrakı letallıq yüksək olaraq qalır [1,3,5,8,9]. Qarın boşluğunun abseslərinin azinvaziv müdaxilələlə müəyyən uğurlarına baxmayaraq. bu müalicə metodikasının effektivliyinin qiymətləndirilməsi, üsulunun həyata keçirilməsinə göstəriş və əks göstərişlərin xüsusiyyətləri aktual problem olaraq qalmaqdadır [1,3,6,7,9,10].

Biz son ədəbiyyat icmalını sistematik araşdırmaqla və azinvaziv metodla qarın boşluğunun əməliyyatdan sonrakı abseslərinin müdaxilələrini müvəffəqiyyətlə yerinə yetirmişik [1,5,7,10]. Qarın boşluğunun əməliyyatdan sonrakı abseslərinin azinvaziv müdaxilərindən sonra ağırlaşmalar ədəbiyyat məlumatlarına görə 9,8-13% təşkil edir. Təxirəsalınmaz və təcili yaxud təkrar əməliyyat tələb edən əməliyyatlarda qarındaxili ağırlaşmalrın sayı 0,5%-dən 6,4%-dək olur, uzunmüddətli və çətin müdaxilərdən sonra isə 12,0-27,5%-ə çatır, letallıq 20,7-58,2% arasındadır [2,4,5,7,9]. Qarın boşluğunun absesləri bütün qarındaxili ağırlaşmaların ümumi sayının 10,0%-dən 34,2%-ə qədərini təşkil edərək, 0,24-0,58% hallarda relaparatomiyadan sonra əmələ gəlir [1,6,9,10].

İşin **məqsədi** ultrasəs KT və rentgenoskopiyanın nəzarəti altında azinvaziv müdaxilələri tətbiq etməklə qarın boşluğunun absesləri olan xəstələrin müalicələrinin nəticələrini yaxşılaşdırılmağı qarşımıza məqsəd qoymuşuq.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqat işində Türkiyə Cumhuriyyəti Koceli Universiteti, M.A.Toopçubaşov adına ECM-nin və Naxçıxan MR Xəstəxanasının 2008-2013-ci illərdə qarın boşluğunun absesləri olan 103xəstəni tədqiqatı araşdırılmışdır. Xəstələrin yaşı 20-75 arasında olmuşlar. Qadınlar 62 (60,2%), kişilər 41(39,8%) nəfər olmuşdur. Tədqiqata cəlb olunan 103 xəstədə 158 abses müşahidə olunmuşdur. Diafraqmaaltı 23(14,6%), qaraciyərdaxili 54(34,2%), qaraciyəraltı 28(17,7%), bağırsaq ilgəklərarası 14(8,7%), dalağın 5(3,2%) və çanaqdaxili 34(21,6%) abses müşahidə edilmişdir. Müayinə və müdaxilələr BV-25 Philips (Hollandiya), Compact 7700 GE (ABŞ), İMS (İtaliya) rentgen cərrahi aparatlarının. həmçinin GCE-406M 4,0 Mhs.UST-5018P 3,5 Mhs markalı xətti punksiya ğtürücüləri ilə təchiz olunmuş Sal-38AS. Sal-250 Toshiba SSD-500. Aloka (Yaponiya) ultrasəs müayinə aparatlarının köməyi ilə yerinə yetirilmişdir. Bütün müdaxilələr yerli və ya ümumi anesteziya altında, imalədən sonra acqarına aparılmışdır. Absesin ölçüsündən və lokalizasiyasından asılı olaraq müdaxilənin növü seçilmişdir. Qarın boşluğunun abseslərinin azinvaziv müdaxilələrinə əks göstərişlər: Absesin ölçüsünün 5 sm-dən az olması, həmçinin onun mürəkkəb topoqrafoanatomik, təhlükəli nahiyyədə yerləşməsi və s. göstərişlər: Rentgenoloji USM, KTM-də aydın görünməsi, 5 sm-dən böyük olması, klinik əlamətlərin kəskinləşməsi və s.

Müzakirəsi: Xəstələr nəzarət və əsas qruplara ayrılmışdır. Dəriarası iynə ilə 103 xəstədən 38-in də laporotomiya. drenajlanma aparılmışdır. Digər 65 xəstədə azinvaziv müdaxilələr tətbiq edilmişdir.Müdaxilələr 12F-24 F kateteri ilə bir dəfəyə (n=44), iki dəfəyə (N=17) və üçüncü dəfədən (n=4) dəqiq müdaxilə prosedur aparılmışdır. Prosedura ilə əlaqədar heç bir ağırlaşma qeydə alınmamışdır. QBA idarə olunmasında PCD iynə ilə dəriarasi aspirasiya üsuluna nisbətən olduqca effektlidir. Dəriarası iynə üsulu diametri 50 mm və ondan az olan sadə abseslərdə real alternativ üsul kimi tətbiq edilə bilər. Xəstələr cinsindən asılı olmayaraq absesin simptomları və klinik əlamətləri USM və ya KT müayinələri ilə təsdiq olunmuşdur. Sistemləşdirilmiş intervension radioloqiya sisteminin köməyi ilə absesin yayılma. görünüşünün qrafiki aşağıdakı cədvəldə verilmişdir (Cədvəl 1).

Cədvəl 1

Qarın boşluğunun əməliyyatdan sonrakı abseslərinin lokalizasiyası (yerləşməsi)

Absesin lokalizasiyası	Abseslərin sayı. %
Qaraciyəraltı	28 (17,7%)
Diafraqmaaltı	23 (14,6%)
Qaraciyərdaxili	54 (34,2%)
İlgəklərarası	14 (8,9%)
Dalaq	5 (3,1%)
Çanaq	34(21,5%)
Cəmi:	100%

Drenajlanma texnikası: Müdaxilələr əməliyyat otağında aparılmışdır. Müdaxilə anında xəstəni nəfəsini saxlamaq tapşırılır, bu da iynənin daha dəqiq yeridilməsinə imkan yaradır. Punksiyanın yerini və trayektoriyasını (yolunu) fərdi olaraq seçirlər, iynənin hərəkət trayektoriyası punksiya olunan yerlə abses divarları arasındakı ən qısa məsafədə olmalıdır; qarın boşluğu abseslərinin punksiyası və kataterizasiyası zamanı iynə patoloji ocaqdan 2-3 sm aralı olmaqla keçməlidir. İrin abseslərinin evakuasiyası 18 kalibrli birdəfəlik troakar iynəsinin köməyi ilə həyata keçirilmişdir. USM hər 3 gündən bir aparılmış və onun nəticələri qeyd edilmişdir. Əgər təkrar yoxlama zamanı abses boşluğunun kiçilməsi baş vermirsə, prosedura təkrarlanır. Müdaxilə 2 dəfədən artıq yerinə yetirildikdə effekt vermirsə. üçüncü cəhddə müalicədən imtina edilməli və fasiləsiz drenaj üçün kateter daxil edilməlidir. Punksiya üçün "azinvaziv minimal texnologiyalar" şirkətinin istehsal etdiyi iynələr tətbiq edilmişdir. İynələrin 18 G kalibri distal ucunda lazer nişanları və iynənin ultrasəsdə görünməsini yaxşılaşdırmaq məqsədilə mandren üzərində sirkulyar bölgüləri vardır. Drenajlamanın V.Q.İvşin metoduna əsaslanaraq "boşluq törəmələrinin drenajlanması üçün qurğu"nun köməyi ilə həyata keçirilmişdir. Drenajlama üçün sapın köməyi ilə fiksə olunan. Diametri 12F."azinvaziv minimal texnologiyalar" şirkətinin istehsal etdiyi polietilen rentgenkontrast drenajlardan istifadə edilmişdir. Absesin ölçüləri 10 sm-dən artıq olduqda aspirasion-yuyucu tərəfimizdən təklif olunmuş üç mənfəzli kateterin (Fole) köməyi ilə yerinə yetirilmişdir.

Kliniki müşahidələrin daha müfəssəl tədqiq edilməsi məqsədilə bütün xəstələr 2 qrupa bölünmüşdür: təksaylı absesləri olan xəstələr 77 (74,8%) və çoxsaylı 26 (25,2%). Birinci qrupa daxil olan 38(36,9%) xəstənin abses boşluğu antiseptik məhlullarla sanasiya edilmiş və geniş spektrli təsirə malik antibiotiklər yerilmişdir. İkinci qrupa daxil olan 65 (63,1%) xəstədə sanasiyadan sonra xüsusi hazırlanmış metodika üzrə antibiotiklər yanaşı proteolitik fermentlərin və spesifik bakterifaqlarından birgə istifadə edilmişdir. Abseslərin ənənəvi və azinvaziv metodlarla işlənib-hazırlanmış sanasiya üsullarının nəticələrinin müqayisə edilməsi aşağıdakı göstəriciləri öyrənilmişdir; müalicənin effekliliyi, absesin obliterasiya sürəti, letallıq, müdaxilə başlanandan xəstəxanadan çıxanadək və drenajlama aparılan andan drenaj çıxarılanadək olan müddət. Klinik sağalma baş verdikdə dəriarası müalicə effektiv sayılırdı və başqa intervension və ya operativ müdaxiləyə ehtiyac qalmırdı. Absesin obliterasiya sürəti standart şəraitdə yerinə yetirilmiş fistuloqrammada tutduğu sahənin dəyişikliyinə əsasən hesablanmışdır. Öyrənilən parametrlər haqqında məlumatlar variasion statistika metodu ilə təhlil edilmişdir. Statistik hipotezlərin yoxlanması zamanı ehtimal olunan səhvlərin son həddi 0,05 qəbul edilmişdir.

Nəticələr. Dəriarası punksiya aparılmış təksaylı absesi olan 38 xəstədə müalicənin effektliliyi 27 xəstədə (71,1%) birdəfəlik punksiya kifayət etmişdir. 11 xəstədə (38,9%) klinik sağalma əldə edilmədiyindən ikinci cəhtdə punksiya yerinə yetirilmişdir.Təksaylı absesləri olan 1 xəstədə (2,6%) abses düzgün-olmayan formalı şiş olmuş və buna görə də adekvat sanasiya aparmaq mümkün olmamış digər 1(2,6%) xəstədə sanasiya adekvat aparılmamış; 3 (7,9%) xəstədə abses boşluğuna öd axması müşahidə olmuşdur. Letallıq 1(2,6%) xəstədə müşahidə edilmişdir. Azinvaziv metodla 65 xəstədə 120 punksiya aparılmışdır ağırlaşma 3(4,6%) xəstədə qeydə alınmışdır. Punksiya anından stasionardan çıxanadək orta müalicə müddəti 8,4±1,3 çarpayı günü təşkil etmişdir. Aparılan təksaylı məlum oldu ki, müalicənin effektliliyi sanasiyadan asılıdır. Qalıq boşluğu əməliyyatdansonrakı abseslərin müalicə nəticələrini müqayisə edərkən obliterasiyasının orta sürəti ikinci qrupda 8,4±1,3%. birinci qrupda isə gün ərzində 12,4±3,2% təşkil etmişdir ki, bu göstəricinin həqiqiliyi yüksək olmuşdur ($p<0,05$). Ona görə də müalicənin müddəti və drenajlamanın müddəti ikinci qrupda birinci qrupdakından 1,6 dəfə az olmuşdur ($p <0,05$). Böyük ölçülü sekvestri olan absesli xəstələrin müalicəsində uğursuzluğa düçar olduğumuzdan biz sekvestrləri parçalamaq (fraqmentlərə ayırmaq) və ləğv etmək üçün yeni metodika Morcellex

GYNECARE cihazının köməkliyi ilə toxumanı hissə-hissə ləğv edən qurğudan istifadə etmişik. Bu zaman drenajın halqa şəkilli distal hissəsi sekvestri kiçik fraqmentlərə (hissələr) bölərək daha kiçik edir drenajın dəliyindən aspirasiya olunaraq xaric olunur. Bu üsul tərəfimizdən qaraciyərin exinokokkoektomiya əməliyyatdan sonrakı xitin qişanin hissə-hissə ləğv edilməsində geniş tətbiq olunur. Həmçinin qarın boşluğunun abseslərinin sekvesterləri olan 3 xəstədə tətbiq edilmişdir. 2 xəstədə sekvestrləri birinci seansından sonra ləğv etmək mümkün olmuş. 1 xəstədə isə ikinci seansı aparmaq lazım gəlmişdir. Abses boşluğunda 1 xəstədə yad cisim tənzif salfet uğurla çıxarılmışdır. Bu məqsədlə 12F dəriarası kateteri 24 F konyulası ilə əvəz edilmiş, onun dəliyindən interversion nəzarəti altında bərk endoskopik kəlbətinlə salfet tutulmuş və çıxarılmışdır.

Cədvəl 2.

Abseslərin ənənəvi və azinvaziv drenajlanmasının əsas göstəriciləri

Göstəricilər	Ənənəvi üsul	İşlənib-hazırlanmış üsul
Müalicənin effektliliyi (%)	84,2	95,4
Letallıq (%)	2,6	1,5
Absesin obliterasiya sürəti (gün ərzində %-lə) (ortalama %-lə)	(gün %-lə) 3,4±1,2 (orta %-lə)12,4±3,2	(gün %-lə) 6,4±1,3 (orta %-lə) 8,4±1,3
Drenajlama başlanandan stasionardan evə yazılanadək olan günlərin sayı	22±2,8	12,6±1,6
Drenajlama başlanandan	27,7±3,3	18±2,2
Qeyd: * - p <0.05		

Təksaylı əməliyyatdan sonrakı absesləri olan xəstələrdə müalicənin effektliliyi 97,4% olmuşdur. 1 xəstədə (2,6%) müalicə effektsiz olmuş. bunun səbəbi isə USM və KT ilə tanınmayan çoxsaylı ilgəklərarası abseslər olmuşdur. 1-ci qrupda müalicənin effektliliyi 20,5±2,2 gün. drenajlamanınkı isə 26±1,8 gün olmuşdur. Çoxsaylı absesləri olan xəstə qruplarında hətta irinliklərin birmomentli sanasiyasından sonra belə. ağırlaşma olmamışdır. 2-ci qrupda letallıq 2 (3,1%) xəstədə müşahidə olunmuş, ölümün səbəbi dəriarası müdaxilə ilə əlaqəsi olmayan, yanaşı xəstəliklər olmuşdur.

Nəticə: Beləliklə. əməliyyatdan sonrakı abseslərin ənənəvi və azinvaziv üsulların müqayisəli təhlili azinvaziv metodların yüksək kliniki effektliliyi ilə xarakterizə olunur. Ənənəvi metodda abseslərdə effektlilik 84,2%,. azinvazivdə isə 95,4% təşkil edir. Azinvaziv metodla "boşluq törəmələrinin drenajlanması üçün qurğu"dan istifadə edilməsi abseslərin və punksiyanın sadəliyinə. ağırlaşmaların və letallığın tezliyinin miniuma enməsinə imkan yaradır.

Sekvestrlərin fraqmentasiyası və ləğvi üçün, həmçinin yad cisimlərin çıxarılması üçün işlənib-hazırlanmış üsullar dəriarası müalicənin imkanlarını genişləndirir və xəstələri müalicəsində kliniki sağalmaya imkan yaradır. Qarın boşluğunun sanasiyası üçün işlənib-hazırlanmış üsulundan istifadə etməklə proteolitik fermentlərin kombinasiyasının və bakterifaqın yeridilməsi abses boşluğunun obliterasiyasının tempini sürətləndirir və müalicə müddətini 1,6 -2,4 dəfə qısaldır.

İntervension radiologiya üsullarının müasir dövrdəki nailiyyətləri dəriarası müdaxilələrin azinvaziv müdaxilələrlə əvəz edilməsinə imkan verir. Qarın boşluğunun abseslərinin ultrasəs azinvaziv müdaxilə. sadə. az travmatik, aşağı maliyyə vəsaiti aparan. effektli metod olduğundan açıq üsula drenaglanmaya alternativ ola bilər.

ƏDƏBİYYAT

1. Bababəyli E.Y., Mustafayeva İ.R., Ciftci E., Bababəyli E.N. Qarın boşluğunun absesləri zamanı ultrasəs müayinəsinin nəzarəti altında mininvaziv müdaxilələr // Cərrahiyyə, 2013, N2, s.59–65.

2. Мохан S.N., Чаудхари Т. и др. Абсцессы печени: анализ клинико из 82 случаев // *Int Surg.,* 2006, v. 91, p.228 -233

3. Тан Ю.М., Чанг А.Ю., чау-РК и др. Оценка хирургического и чрескожное дренирование для гнойных абсцессов печени размером более 5 см. // En *Surg.,* 2005, v. 241, p.485 -490

4. Акынджы D., Ахан О., Ozmen M.H. и др. Чрескожное дренирование 300 внутрибрюшинного абсцесса с долгосрочными наблюдения // *Cardiovasc Intervent радиологии.,* 2005, v.28, p.744 -750

5. Cerwenka H.H и др. Лечение больных с гнойно абсцесс печени // *Химиотерапия,* 2005, v.51, p.366 -369

6. Хо С.С. др. Лечение гнойных абсцессов печени: проспективное рандомизированное сравнение дренажного катетера и иглы аспирацией // Российский вестник гастроэнетерологии, колопроктологии и гепатологии, 2004, №39, с.932 -938;

7. Томас J., Тернер P., Нельсон R.C. и др. Postprocedure сепсис в области обработки изображений. управляемых чрескожное дренирование абсцесса печени: как часто это происходит? // AJR, 2006, v.186*:* 1419 -*1422*

8. Вайнер Ю.С., Егоров А.Б., Вардосанидзе В.К. Лечение абсцессов брюшной полости с использованием малоинвазивных методик под ультразвуковым контролем / Сборник тезисов научнопрактической конференции по чрескожным и внутрипросветным эндоскопическим вмешательствам в хирургии. М., 2010, с. 4849.

9. Zerem E. Bergsland J. Ультразвуковое управляемых чрескожного лечения абсцессов селезенки: значение в лечении пациентов в критическом состоянии // J Gastroenterol., 2006, v.12, p.7341;

10.Bababəyli E.Y., Ceyranlı F.C., Məmmədov A.Q. exinokokkozun residiv və absesi zamanı USM–in nəzarəti altında drenajlanma üsulu / Xalq həkim M.A.Bağırovun anadan olmasının 90 illiyinə həsr olunmuş elmi praktik konfransın materialları. Naxçıvan, 2006, s.213–215;

Резюме

Возможности малоинвазивной хирургии в лечении послеоперационных абсцессов брюшной полости

Е.Ю.Бабабейли

В феврале 2008 года и марте 2013 года до даты диагноз абсцесс печени у 103 пациентов (62 женщин, 41 мужчин, средний возраст 51,2±14,4). отобрано 38 пациентам лапоротом чрескожного дренажа (ПСД). У остальных 65 больных, находящиеся на лечении методом ультразвукового катетера. был применен 12-16-24F нефростомии широкий набор для MV (Барт). Пациенты с абсцессами. средний диаметр которых составлял 3-16 см была применена ПСD. время вмешательства 17 минут и 55 минут. и в среднем составлял 7,25 минут. Продолжительность госпитализации составила 2,5 до 14, в среднем 5,9±2,9 дней.Пункция и дренирование бактериальных абсцессов под ультразвуковым наведением эффективный способ лечения. позволяющий уменьшить количество полостных операций. снизить количество послеоперационных осложнений. сократить продолжительность пребывания пациентов в стационаре.

Summary

During abscesses abdominal cavity under the supervision of interventions mininvaziv

E.Y.Bababeyli

This prospective study was launched in February 2008 and March-2013 until the date of diagnosis of liver abscess in 103 patients (62 female, 41 male, middle age, 51,2±14,4). Selected 38 patients underwent percutaneous drainage (PCD) the other 65 patients under treatment ultrasound catheter method was applied, 8-16-24F wide nephrostomy kit for MV (Bart) was used. Patients with abscesses. and the average diameter of 3 cm and 16 cm was PCD intervention time of 17 minutes and 55 minutes. and the average was 7,25 minutes. It was not were observed complications in any patient during the PCD of interference. The duration of hospitalization was 2,5 to 14 with a mean of 5,9±2,9 days. In 7(11,7%) cases, surgical drainage was required. There were no deaths in either of the groups. Puncture and drainage of bacterial liver abscesses under ultrasound guidance is an effective method of treatment that makes it possible to reduce the of abdominal operations. reduce the number of postoperative complications number and shorten the hospital stay.

Daxil olub: 05.06.2013

PANKREATİTLƏ AĞIRLAŞMIŞ DAŞLI XOLESİSTİTLİ XƏSTƏLƏRDƏ XOLESİSTEKTOMİYADAN SONRAKI NƏTİCƏLƏRƏ FERMENTƏVƏZLƏYİCİ TERAPİYANIN TƏSİRİ

R.Z.Eminov, E.A.İskəndərov

Akademik M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi

Açar sözlər: pankretit, daşlı xolesistit, fermenəvəzləyici terapiya
Ключевые слова: панкреатит, каменныйхолецистит, фермент замещающая терапия
Keywords: pancreatitis, stones holsistit, fermentzamschayuschaya therapy

Son vaxtlar aparılan tədqiqatlar göstərmişdir ki. daşlı xolesistit diaqnozu ilə xolesistektomiya əməliyyatına məruz qalan xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı yaxın və uzaq dövrlərdə yaranmış disfunksiyalar – postxolesistektomik sindrom öd kisəsinin çıxarılması ilə deyil. əməliyyatdan əvvəlki dövrdə aşkar edilməmiş xəstəliklər, eləcə də əməliyyat zamanı nəzərdən yayınmış patoloji hallar ilə əlaqədardır [4,6,8]. Postxolesistektomik sindromu olan xəstələrdə iltihab, qısa zaman ərzində hepatopankreatoduodenal zona orqanlarını prosesə cəlb etməklə. bu orqanlarda funksional və orqanik pozğunluqların yaranmasına səbəb olur. Bu kontingentli xəstələrdə müşahidə edilən klinik pozğunluqlar ödün kimyəvi tərkibinin dəyişməsi. onikibarmaq bağırsağa passajının pozulması. Oddi sfinkterinin diskineziyası. maldigestiya və malabsorbsiya sindromları kimi həzm pozğunluqları ilə əlaqələndirilir [2,5,7,10]. Xəstələrin müəyyən hissəsinin uzun müddət ərzində müalicəyə ehtiyacları olur ki. bu ehtiyacı ilk növbədə xolesistektomiyadan sonra meydana çıxan pozulmuş həzm sindromu (PHS) və onun müxtəlif təzahürləri tələb edir [1,3,9,11,12].

Öd daşı xəstəliyi (ÖDX) və öd yollarında iltihabı pozğunluqları olan xəstələrin sayında olan artım. xolesistitin müalicəsi zamanı cərrahi əməliyyatın aparılmasına göstərişlərin genişləndirilməsi ilə əlaqədar öd kisəsi xaric edildikdən sonra qaraciyər. öd yolları və mədəaltı vəzidə baş verən kompensator dəyişikliklərin öyrənilməsi xüsusi aktuallıq kəsb edir.

Tədqiqatın məqsədi: Xolesistektomiyadan sonrakı uzaq dövrdə pozulmuş həzm sindromu olan xəstələrdə fermentəvəzləyici terapiyanın tətbiq edilməsinin hepatopankreatoduodenal zona orqanlarının funksional vəziyyətinə və xəstələrin həyat keyfiyyətinə olan təsirinin dəyərləndirilməsi.

Tədqiqatın material və metodları: Tədqiqatın materialını akad. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzində ÖDX-yə görə xolesistektomiya edilmiş 30-60 yaşlı 99 (əsas qrup) xəstə təşkil etmişdir. Xəstələrdən 34 (34,3%) nəfəri kişi. 65 (65,7%) nəfəri qadın olmuşdur. Nəzarət qrupunu müvafiq yaşlı 27 praktik sağlam şəxs təşkil etmişdir. ÖDX-nin cərrahi müalicəsindən sonra PHS-in inkişafında mədəaltı vəzinin xarici sekretor fəaliyyətinin pozğunluqlarının rolunu qiymətləndirmək üçün əsas qrupa daxil olan xəstələr 2 qrupa bölünmüşdür. I qrupa daxil olan və xolesistektomiya aparılmış 52 xəstə pankreatitlə ağırlaşmamış (35 xəstə) və pankreatitlə ağırlaşmış (17 xəstə) 2 yarımqrupa bölünmüşdür. II qrupa xolesistektomiya ilə yanaşı xoledoxotomiya əməliyyatı aparılmış 47 xəstə daxil edilmişdir və onlar da pankreatitlə ağırlaşmamış (27 xəstə) və pankreatitlə ağırlaşmış (20 xəstə) 2 yarımqrupa bölünmüşdür.

PHS-nin obyektiv diaqnostikasında əsasən qaraciyərin metabolik funksiyalarının tədqiqindən və mədəaltı vəzinin xarici sekretor fəaliyyətinin göstəricilərindən istifadə edilmişdir. Bu məqsədlə qaraciyərin zülal və öd piqmentləri mübadiləsində rolunu araşdırmış. marker fermentlərinin aktivliyi, öd əmələ gətirmə və öd ifrazı funksiyaları tədqiq olunmuşdur. Mədəaltı vəzinin xarici sekretor fəaliyyətini qiymətləndirmək üçün karbohidrat. lipid və zülalların həzmində iştirak edən fermentlərinin aktivliyinin analizi aparılmışdır. Biokimyəvi laborator müayinə üsulları və nəcisdə elastaza-1 fermentinin təyini Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin biokimyəvi laboratoriyasında və Azərbaycan Tibb Universitetinin kliniki-biokimyəvi laboratoriyasında yerinə yetirilmişdir. Fermentlərin aktivliyi «Human» (Almaniya) firmasının reaktiv dəsti vasitəsilə kinetik üsulla. nəcisdə elastaza-1 fermentinin aktivliyi isə «Bioserv Diaqnostics» firmasının reaktiv dəsti vasitəsilə immunoferment üsulla aparılmışdır.

Öd daşı xəstəliyinin cərrahi müalicəsindən sonra yaranmış pozulmuş həzm sindromunun profilaktikası və müalicəsi «Essensiale N», «Xofitol» və «Kreon» preparatları ilə aparılmışdır. Essensiale N 2 kapsuladan gündə üç dəfə yemək vaxtı 3 ay müddətinə. Xofitol 2 kapsuladan gündə üç dəfə yeməkdən əvvəl 3 ay ərzində hər ay 10 gün, Kreon preparatı isə tərtib etdiyimiz müalicə alqoritminə əsasən 1 kapsuladan gündə üç dəfə yemək vaxtı daxilə təyin edilmişdir.

Tədqiqatın gedişində alınmış bütün rəqəm göstəriciləri müasir tövsiyələr nəzərə alınmaqla riyazi-statistik təhlil olunmuşdur. Statistik analiz ilkin olaraq parametrik üsulla aparılmış və ümumi mənzərə ayırd edilmişdir. Sonra alınmış nəticələri dəqiqləşdirmək məqsədilə qeyri-parametrik üsullardan istifadə olunmuşdur. Qruplarda göstəricilər arasındakı fərqi müəyyən etmək üçün qeyri-parametrik üsuldan – Uilkokson (Manna-Uitni) meyarından (U) istifadə olunmuşdur. Bütün hesablamalar EXCEL

elektron cədvəlində aparılmış, nəticələr cədvəllərdə və diaqramlarda cəmləşdirilmişdir.

Alınmış nəticələr. ÖDX olan xəstələrdə qaraciyərin və mədəaltı vəzinin xarici sekretor fəaliyyətinə fermentəvəzləyici terapiyanın tətbiqinin nəticələrini qiymətləndirmək məqsədilə xolesistektomiyadan 3 ay. 6 ay və 1 il sonra pankreatik və qaraciyər fermentlərinin aktivliyinin, eləcə də zülal və piqment metabolizminin bəzi göstəriciləri tərəfimizdən öyrənilmişdir.

Əməliyyatdan sonra 1 il ərzində aparılmış fermentativ müalicə nəticəsində qaraciyər və mədəaltı vəzinin mühüm fermentlərinin fəallığında. eləcə də qan serumunun zülal və piqment spektrində nəzərə çarpacaq dəyişikliklər aşkar edilmişdir (cədvəl 1). Cədvəldən göründüyü kimi. xolesistektomiyadan sonra fermentativ müalicə kursu keçmiş xəstələrin qan serumunda ümumi zülalın miqdarı çox cüzi artaraq. norma hədlərinə çatmışdır. Belə ki. ümumi zülalın qatılığı 1 ildən sonra orta hesabla 70,9±1,3 q/l-ə qədər artmışdır.

Cədvəl 1

Pankreatitlə ağırlaşmayan xəstələrdə enzimokorreksiyanın effektivliyi

Göstəricilər	Nəzarət qrupu (n=27)	Müşahidə müddəti			
		Əməl.əvvəl (n=35)	3 ay sonra (n=33)	6 ay sonra (n=24)	1 il sonra (n=18)
Ümumi zülal. q/l	71,3±1,3 (59,8-80,6)	68,7±1,2 (56,7-78,5)	69,1±1,1 (60,1-79,8)	70,3±1,5 (58,9-81,1)	70,9±1,3 (59,9-75,8)
Albumin. q/l	40,4±0,7 (33,9-47,9)	38,6±1,0 (31,6-48,8)	40,1±0,9 (33,5-49)	40,6±1,0 (34,4-48,6)	40,2±1,1 (34,5-48,3)
Ümumi bilirubin. mkmol/l	13,6±0,2 (12-15,18)	17,7±0,4 (14,6-22,6) ***	16,0±0,3 (13,7-19,7) *** ^^^	14,6±0,2 (12,5-17) *** ^^^	13,7±0,2 (12,3-15,5) ^^^
Birləşmiş bilirubin. mkmol/l	3,16±0,12 (2,34-4,19)	6,56±0,34 (4,1-10,9) ***	5,38±0,28 (3,4-9,8) *** ^^	4,17±0,19 (3-6,7) *** ^^^	3,17±0,16 (2,5-4,3) ^^^
Sərbəst bilirubin. mkmol/l	10,4±0, (9,21- 11,51)	11,1±0,1 (10,4-12,3) ***	10,6±0,1 (9,7-11,8) ^^	10,5±0,2 (9,3-11,5) ^^^	10,5±0,2 (9,3-11,5) ^^

Qeyd: Göstəricilər arasında fərqin statistik dürüstlüyü: 1.nəzarət qrup göstəriciləri ilə: * - $p<0,05$, ** - $p<0,01$, ***- $p<0,001$. 2.əməliyyatdan əvvəlki göstəriciləri ilə: ^ - $p_0<0,05$. ^^ - $p_0<0,01$. ^^^ - $p_0<0,001$.

Fermentativ müalicə kursu başlanandan 3 ay sonra qan serumunda ümumi və birləşmiş bilirubinin qatılığı əməliyyatdan əvvəlki göstəricilərə nisbətən orta hesabla 9,5% ($p_0<0,001$) və 18,0% ($p_0<0,01$) aşağı düşmüşdür. Buna baxmayaraq. nəzarət qrupa nisbətən 18,1% ($p<0,001$) və 70,3% ($p<0,001$) yüksək olaraq qalır. Fermentativ müalicə ən çox birləşmiş bilirubinin qatılığının azalmasına təsir etdiyi üçün qan serumunda sərbəst bilirubin fraksiyası az dəyişikliyə uğramışdır.

Beləliklə. pankreatitlə ağırlaşmayan ÖDX olan xəstələrdə xolesistektomiya əməliyyatından sonra 1 il ərzində aparılmış fermentativ müalicə kursu qaraciyər və mədəaltı vəzinin xarici sekretor fəaliyyətinin bərpa olunmasına səbəb olmaqla. qan serumunda zülal və bilirubin metabolizminin də normallaşmasını şərtləndirir. Xolesistektomiyadan sonra aparılmış fermentativ müalicə kursunun ən yaxşı effektiv nəticələri müalicədən yalnız 1 il sonra müşahidə edilmişdir.

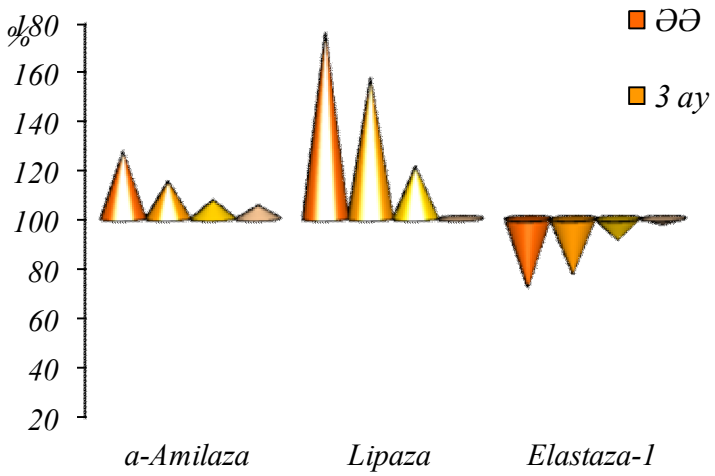
Pankreatitlə ağırlaşmayan ÖDX olan xəstələrin xolesistektomiya əməliyyatı aparılmış klinik qrupda fermentativ müalicədən 3 ay sonra qaraciyərin xarici sekretor fəaliyyətinin öyrənilməsi zamanı məlum olmuşdur ki, ALT və AST fermentlərinin fəallığı müvafiq olaraq 33,1-61,2 U/l və 25,8-45,9 U/l hədlərində dəyişmişdir. Belə ki, ALT və AST fermentlərinin fəallığı əməliyyatdan əvvəlki nəticələrlə müqayisədə müvafiq olaraq orta hesabla 11,4% ($p_0<0,05$) və 16,0% ($p_0<0,001$) əhəmiyyətli dərəcədə azalmışdır, lakin həmin göstəricilərin sağlam şəxslərin göstəriciləri ilə müqayisəsi göstərir ki. onların fəallığı normaya nisbətən orta hesabla 2,2 ($p<0,001$) və 1,8 dəfə ($p<0,001$) yüksək olaraq qalır. ALT və AST fermentlərinin fəallığı fermentativ müalicə kursunun 6-cı ayında müvafiq olaraq 23,2-39,9 U/l və 19,4-35,5 U/l hədlərində. 1 ildən sonra isə 17,2-30,6 U/l və 14,6-30,2 U/l hədlərində dəyişmişdir.

Göstərilən qrup xəstələrdə pankreatik fermentlərin fəallığı da müalicə kursu ərzində əhəmiyyətli dərəcədə dəyişmişdir. Aparılmış klinik müayinələr zamanı müəyyən edilmişdir ki. α-amilaza və lipaza fermentlərinin fəallığı müvafiq olaraq 3 aydan sonra 53,2-83,4 U/l və 23,3-57,8 U/l, 6 aydan sonra

49,7-79,0 U/l və 23,1-42,0 U/l. 1 ildən sonra isə 49,0-68,8 U/l və 20,1-34,9 U/l hədlərində dəyişmişdir. Belə ki, α-amilaza və lipaza fermentlərinin fəallığı əməliyyatdan əvvəlki göstəricilərlə müqayisədə müalicə kursu ərzində 3 aydan sonra 9,4% (p_0<0,05) və 10,4%, 6 aydan sonra 15,2% (p_0<0,001) və 30,9% (p_0<0,001), 1 ildən sonra isə 17,0 (p_0<0,001) və 42,5% (p_0<0,001) azalmışdır.

α-Amilaza və lipaza fermentlərinin aktivliyi müalicə kursundan sonrakı dövrdə norma hədlərinə yaxınlaşır. Belə ki, həmin fermentlərin fəallığı müalicədən 3 ay sonra nəzarət qrupa nisbətən müvafiq olaraq 15,1% (p<0,001) və 57% (p<0,001). 6 aydan sonra isə 7,6% (p<0,05) və 21,1% (p<0,01) yüksək olaraq qalsa da, 1 ildən sonra hər iki fermentin fəallığı nəzarət qrupundan çox cüzi fərqlənmişdir (şək. 4.3).

Aparılan fermentəvəzləyici müalicəyə baxmayaraq 2 (11,1±7,4%) xəstədə (p_0<0,001) ağrı. 4 (22,2±9,8%) xəstədə (p_0<0,001) meteorizm. 1 (5,6±5,4%) xəstədə (p_0<0,05) ishal. 2 (11,1±7,4%) xəstədə (p_0<0,001) dispepsiya əlamətləri davam etmişdir. Bunları nəzərə alaraq yüngül dərəcəli ferment çatışmazlığı müşahidə edilmiş xəstələrə pəhrizlə yanaşı 1 kapsula kreon 10,000 üç dəfə yemək vaxtı daxilə 1 ay müddətinə təyin edilmişdir.



Şək. 1 Pankreatitlə ağırlaşmayan ÖDX olan xəstələrdə xolesistektomiyadan sonra mədəaltı vəzi fermentlərinin aktivliyi (nəzarət – 100%)

Digər tərəfdən isə pankreatitlə ağırlaşan ÖDX olan xəstələrdə xolesistektomiya əməliyyatından sonra 1 il ərzində aparılmış fermentativ terapiya kursunun nəticələrinin monitorinqi izlənilmişdir. Xolesistektomiya əməliyyatından sonra aparılmış fermentativ müalicə kursu qan serumunda ümumi zülalın orta hesabla 69,5±1,8 q/l-dən 71,6±2,5 q/l-ə qədər. albuminin isə 38,2±1,4 q/l-dən 40,1±1,6 q/l-ə qədər artmasına səbəb olmuşdur.

Fermentativ terapiya ümumi bilirubin və onun fraksiyalarının əhəmiyyətli dərəcədə azalması ilə nəticələnmişdir. Fermentativ terapiyadan sonra ilk 3 ayda ümumi bilirubinin qatılığı əməliyyatdan əvvəlki nəticələrə nisbətən orta hesabla 15% (p_0<0,001), 6 aydan sonra 19,6% (p_0<0,001), 1 ildən sonra isə 21,5% (p_0<0,001) azalmışdır. Birləşmiş və sərbəst bilirubinin qatılığı isə orta hesabla 3 aydan sonra 34,5% (p_0<0,001) və 5,0% (p_0<0,05), 6 aydan sonra 41,4% (p_0<0,001) və 8,5% (p_0<0,01), 1 ildən sonra isə 44,1% (p_0<0,001) və 9,9% (p_0<0,01) azalmışdır. Buna baxmayaraq, ümumi, birləşmiş və sərbəst bilirubinin qatılığı nəzarət qrupa nisbətən orta hesabla ilk 3 ayda 10,5% (p<0,001), 24,1% (p<0,01) və 6,4% (p<0,01) yüksək olaraq qalmışdır. Müalicədən 6 ay və 1 il sonra isə ümumi. birləşmiş və sərbəst bilirubinin qatılığı nəzarət qrupu hədləri səviyyəsinə qədər dəyişir. Aparılmış fermentativ müalicə son 6 ay ərzində zülal və bilirubin metabolizminə əhəmiyyətli dərəcədə təsir göstərmir.

Qan serumunda ALT və AST fermentlərinin fəallığı xolesistektomiyadan 3 ay sonra müvafiq olaraq əməliyyatdan əvvəlki göstəricilərə nisbətən orta hesabla 13.3% (p_0<0.01) və 11.8% (p_0<0.05). 6 ay sonra 34.5% (p_0<0.001) və 28.6% (p_0<0.001). 1 il sonra isə 51.2% (p_0<0.001) və 45.5% (p_0<0.001) azalmışdır. Buna baxmayaraq. həmin fermentlərin fəallığı müalicənin 3-cü ayında nəzarət qrupa nisbətən orta hesabla müvafiq olaraq 2,5 (p<0,001) və 2,4 dəfə (p<0,001), 6 aydan sonra 92,6% (p<0,001) və 91,1% (p<0,001). 1 ildən sonra isə 43,5% (p<0,001) və 45,9% (p<0,001) yüksək olaraq

qalır.

Alınmış nəticələrdən məlum olmuşdur ki, α-amilaza və lipaza fermentlərinin fəallığı ilk 3 ay ərzində əhəmiyyətli dərəcədə dəyişməmişdir. Lakin müalicədən 6 ay sonra həmin fermentlərin fəallığı müvafiq olaraq əməliyyatdan əvvəlki göstəricilərə nisbətən orta hesabla 8,2% (p_0<0,01) və 12,8% azalaraq nəzarət qrup hədləri səviyyəsində dəyişilmişdir. 6 aydan sonra aparılan müalicə kursu α-amilaza və lipazanın fəallığına əhəmiyyətli dərəcədə təsir etməmişdir.

Elastaza-1 fermentinin fəallığının müalicə kursundan sonra öyrənilməsi zamanı məlum olmuşdur ki. onun fəallığı ilk 3 ayda əməliyyatdan əvvəlki göstəricilərə nisbətən orta hesabla 39,5% (p_0<0,001). 6 aydan sonra 1,8 dəfə (p_0<0,001), 1 ildən sonra isə 2,2 dəfə (p_0<0,001) artmışdır. Alınmış nəticələrin nəzarət qrupun göstəriciləri ilə müqayisəsi göstərmişdir ki. elastaza-1 fermentinin fəallığı müalicədən 3 ay sonra nəzarət qrupa nisbətən orta hesabla 44,7% (p<0,001),6 aydan sonra isə 28,4% (p<0,001) aşağı olmuş. 1 ildən sonra nəzarət qrup hədləri səviyyəsində dəyişmişdir.

Əməliyyata məruz qalmış 17 xəstədə fekal elastaza-1 fermentinin müayinəsi zamanı 9 (52,9±12,1%) xəstədə orta ağır dərəcə, 8 (47,1±12,1%) xəstədə isə ağır dərəcə ferment çatmamazlığı aşkar edilmişdir. Əməliyyatdan sonra həmin qrup xəstələrdə fekal elastaza-1 fermentinin səviyyəsində demək olar dəyişiklik aşkarlanmamışdır. Bütün xəstələrə əməliyyatdan sonra ənənəvi müalicə üsulu ilə yanaşı fermentəvəzləyici terapiya təyin edilmişdir.

Cədvəl 2

Pankreatitlə ağırlaşan ÖDX olan xəstələrdə xolesistektomiyadan sonrakı müalicə dövründə klinik əlamətlərin təzahürü

Klinika	Müşahidə müddəti			
	Əməl. əvvəl (n=17)	3 ay sonra (n=14)	6 ay sonra (n=9)	1 il sonra (n=8)
Ağrı	17 100,0%	4 ^^^ 28,6±12,1%	2 ^^^ 22,2±13,9%	–
Meteorizm	17 100,0%	9 ^ 64,3±12,8%	5 ^ 55,6±16,6%	3 ^^ 37,5±17,1%
İshal	4 23,5±10,3%	3 21,4±11,0%	2 22,2±13,9%	–
Dispepsiya	17 100,0%	10 71,4±12,1%	6 66,7±15,7%	2 ^^^ 25,0±15,3%

Qeyd: Əməliyyatdan əvvəlki göstəricilər ilə fərqin statistik dürüstlüyü: ^ - $p_0 < 0.05$; ^^ - $p_0 < 0.01$; ^^^ - $p_0 < 0.001$

3 aydan sonra 14 xəstənin təkrar müayinəsi zamanı 8 (57,1±13,2%) xəstədə yüngül, 6 (42,8±13,2%) xəstədə orta ağır və ağır dərəcədə ferment çatışmazlığı aşkarlanmışdır (χ^2=13,1; p<0,01). Bu özünü klinik əlamətlərdə də göstərmişdir. Belə ki, 4 (28,6±12,1%) xəstədə (p_0<0,001) ağrı, 9 (64,3±12,8%) xəstədə (p_0<0,05) meteorizm, 3 (21,4±11,0%) xəstədə ishal, 10 (71,7±12,1%) xəstədə dispepsiya əlamətləri qalmışdır.

6 ay sonra 9 xəstənin təkrar müayinəsi zamanı 9 (100%) xəstədə yüngül dərəcəli ferment çatışmazlığı aşkarlanmışdır (χ^2=26,0; p<0,001). Bu da özünü klinik əlamətlərdə göstərmişdir. Belə ki, 2(22,2±13,9%) xəstədə (p_0<0,001) ağrı. 5 (55,6±16,6%) xəstədə (p_0<0,05) meteorizm, 2 (22,2±13,9%) xəstədə ishal, 6 (66,7±15,7%) xəstədə dispepsiya əlamətləri davam etmişdir. 8 xəstə üzərində aparılmış 1 ildən sonrakı təkrar müayinə zamanı elastaza-1 fermentinin səviyyəsi 3 (37,5±17,1%) xəstədə norma, 3 (37,5±17,1%) xəstədə şərti norma səviyyəsində olmuş, 2 (25,0±15,3%) xəstədə yüngül dərəcədə ferment çatışmazlığı aşkarlanmışdır (χ^2=25,0; p<0,001). Bu özünü klinik əlamətlərdə də göstərmişdir. Belə ki, 3 (37,5±17,1%) xəstədə (p_0<0,01) meteorizm. 2 (25,0±15,3%) xəstədə (p_0<0,001) dispepsiya əlamətləri davam etmişdir. Yüngül dərəcəli ferment çatışmazlığı olan hər 2 (25,0±15,3%) xəstəyə pəhriz № 5 ilə yanaşı 1 kapsula Kreon 10.000 gündə 3 dəfə 1 ay müddətinə təyin edilmişdir.

Nəticələrin müzakirəsi. Öd daşı xəstəliyi olan xəstələrin qan serumunda α-amilaza və lipaza fermentlərinin aktivliyinin nəzarət qrupuna nisbətən müvafiq olaraq 12,6% və 30,6% artması, pankreatitlə ağırlaşmayan xəstələrdə nəcisdə elastaza-1 fermentinin fəallığının 17% azalması. pankreatitlə ağırlaşan xəstələrdə isə bu fermentin fəallığının pankreatit inkişaf etməyən xəstələrin göstəricilərinə nisbətən 2 dəfə aşağı olması mədəaltı vəzinin xarici sekretor fəaliyyətinin pozulduğunu

əks etdirir. Xolesistektomiyadan sonrakı uzaq dövrdə aparılmış fermentəvəzləyici dərman müalicəsi sayəsində α-amilaza və lipaza fermentlərinin fəallığı əməliyyatdan əvvəlki göstəricilərlə müqayisədə müalicə kursu ərzində 3 aydan sonra 9,4% və 10,4%, 6 aydan sonra 15,2% və 30,9%, 1 ildən sonra isə 42,5% və 35,7% azalmışdır.

Beləliklə. PHS-in müalicəsi üçün xolesistektomiyadan sonra qaraciyərin. mədəaltı vəzinin fəaliyyətini normallaşdıran ənənəvi müalicə üsulu ilə yanaşı fermentəvəzləyici preparatların istifadəsi tövsiyə olunur. ÖDX-nin pankreatitlə ağırlaşmış klinik qrupunda xolesistektomiya əməliyyatından sonra fermentativ müalicə kursu mədəaltı vəzinin xarici sekretor fəaliyyətinin demək olar ki, tam bərpasına səbəb olmaqla xroniki pankreatitin aradan qaldırılmasını şərtləndirir.

ƏDƏBİYYAT

1. Ağayev B.A., Məmmədov K.B., Rüstəmov E.A. və b. Öd kisəsi və öd yollarının cərrahiyyəsinin bəzi məsələləri // Sağlamlıq, 2001, №8, s.3-7
2. Бабак О.Я. Желчный рефлюкс: методы патогенетической терапии // Здоров'я України. 2006, т.136, № 3, с. 55
3. Бабов К.Д., Драгомирецкая Н.В., Кондратюк О.А. Ранняя реабилитация больных. перенесших операции на билиарной системе // Медицинская реабилитация и курортология. 2000, № 2, с. 33-36
4. Бебуришвили А.Г., Быков А.В., Бурчуладзе Н.Ш. Эволюция подходов к хирургическому лечению осложненного холецистита // Хирургия, 2005, №1, с. 43-47
5. Билиарный сладж: от патогенеза к лечению: Метод. рекомендации / Под ред. Ильченко А.А. М.: 2004, 31 с.
6. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П., Агафонова Н.Г. и др. Постхолецистэктомический синдром: диагностика и лечение // Лечащий врач, 2004, № 4, с. 34-38
7. Губергриц Н.Б., Бен Хмида М. Билиарный сладж: констатировать или лечить? // Сучасна гастроентерол, 2005, т. 24, № 4, с. 9-19
8. Губергриц Н.Б., Юрьева А.В., Фоменко П.Г. Постхолецистэктомический синдром // Сучасна гастроентерол.,2006, т.29, № 3. с. 4-8
9. Ильченко А.А. Желчнокаменная болезнь // Лечащий врач, 2004, № 4, с. 27-32
10. Калашов П.Б. Синдром нарушенного пищеварения после перенесенного острого панкреатита: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2004, 21с.
11. Маев И.В., Вьючнова Е.С., Лебедева Е.Г. Коррекция проявлений холестаза у больных с калькулезным холециститом. перенесших холецистэктомию // Практикующий врач, 2006, №1, Специальный выпуск. с. 29
12. Петухов В.А. Желчнокаменная болезнь и синдром нарушенного пищеварения. М.: ВЕДИ, 2003, 125с.

Резюме

Воздействие ферментозаменяющей терапии на результаты лечения больных желчнокаменной болезнью осложненным панкреатитом.

Р.З. Эминов, Э.А.Искендеров

С целью оценки внешнесекреторного состояния поджелудочной железы 99 больных были разделены на 2 группы. В лечении синдрома нарушенного пищеварения после холецистэктомии. применяли препараты Эссенциале N, Хофитол и Креон. У больных с желчнокаменной болезнью в крови отмечено повышение активности ферментов α-амилазы и липазы на12,6% и 30,6%. АлАТ и АсАТ 1,5 и 2 раза, ЩФ и ГГТ 13% и 29,8%, общего билирубина на 30,5%. непрямого билирубина на 7,1%, прямого билирубина в 2,1 раза, и уменьшение содержания общего белка на 20% и альбумина на 4,4%. Адекватная ферментозаместительная терапия в раннем и отдаленным периодах после холецистэктомии позволяет нормализовать внешнесекреторную функцию поджелудочной железы. при синдроме нарушенного пищеварения: показатели α-амилазы и липазы по сравнению с показателями до операционного периода. снизились через 3 месяцев 9,4% и 10,4%, через 6 месяцев 15,2% и 30,9%, через год 42,5% и 35,7%, а содержание фекальной эластазы-1 у больных с желчнокаменной болезнью. при различных степенях ферментной недостаточности. была выявлена до операции в 92,9±2,6%, через 3 месяца в 77,9±4,5%. через 6 месяцев в 46,8±6,3% и через год в 4,1±1,3% случаях.

Summary

Influence of enzyme substitute therapy on results of the patients with gallstone diseases complicated with pancreatitis

R.Z. Eminov, E.A.Iskandarov

In order to validate the disorders of the exocrine function of the pancreas the 99 patients divided into the 2 groups. For the treatment of syndrome of the digestion disorder after cholecystectomy. the drugs such as Essensiale N,Xofitol and Kreon were taken. There were observed the increase of the α-amylase and lipase activity up to 12,6% and 30.6%. ALT and AST 1,5 and twice. Alkaline Phosphatase and GGT 13% - 29,8%, total bilirubin 30,5%, unconjugated bilirubin 7,1% conjugated bilirubin 2,1 times. and the content of the total protein was decreased 20% and albumin to 4,4%. Adequate ferment – substitute therapy in early and long – term periods after cholecystectomy allows to normalize the exocrine function of pancreas within the syndrome of digestion disorder: coefficient of α-amylase and lipase in comparison with the preoperative period decreased after 3 months to 9,4% and 10,4% after 6 months to 15,2% and 30,9% after a year to 42,5% and 35,7%, but the content of fecal elastase-1 in patients with gallstone disease. within the different rates of ferment insufficiency was observed in 92,9±2,6% before operation. after 3 months 77,9±4,5%. after 6 months 46,8±6,3% and 4,1±1,3% after a year.

Daxil olub: 17.06.2013

MÜXTƏLİF ETİOLOGİYALI PERİTONİTLİ XƏSTƏLƏRİN REABİLİTASİYASI TİBBİ, İQTİSADİ VƏ SOSİAL PROBLEM KİMİ

L.B.Haxverdiyeva

Akad. M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı

Açar sözlər: peritonit, reabilitasiya, tibbi, iqtisadi və sosial problem

Ключевые слова: перитонит, реабилитация, медицинская, экономическая и социальная проблема

Keywords: peritonitis, rehabilitation, medical, economic and social problem.

Müasir səhiyyənin tibbi-sosial problemləri arasında reabilitasiya məsələlərinə xüsusi diqqət yetirilir. Bu onunla izah olunur ki, xəstələrin reabilitasiyası dövlət əhəmiyyəti kəsb edən tədbirlər sistemindən ibarətdir ki, bu tədbirlərin həyata keçirilməsindən klinik təbabətin geniş diapazonlu müalicə-profilaktika problemlərin effektiv şəkildə həll olunması müəyyən dərəcədə asılıdır. Reabilitasiya anlayışı qismində müvəqqəti və ya davamlı olaraq əmək qabiliyyətinin itirilməsinə gətirib çıxaran patoloji proseslərin inkişafının qarşısının alınmasına, xəstə və əlillərin cəmiyyətə və ictimai faydalı əməyə erkən qayıtmasına yönəlmiş tibbi, sosial-iqtisadi sistem başa düşülür [3]. Müxtəlif etiologiyalı peritonitli (kəskin appendisit, öddaşı xəstəliyi və əməliyyatdansonrakı xora xəstəliyi) xəstələr sırasında bir il ərzində dispanser nəzarəti altında olan 77,9% kişi və 82% qadın əmək qabiliyyətlərini itirirlər, xəstələrin 1/3-dən çoxu xəstəxana vərəqələrindən təkrar istifadə edirlər. Uzun müddət davamlı olaraq əmək qabiliyyətinin itirilməsinə. bəzən isə ölüm hallarına gətirib çıxaran müxtəlif etiologiyalı peritontli xəstələrdə ağırlaşmaların tezliyi 26,5%-42,3% arasında tərəddüd edir [4,5,11,13]. Ona görə də həmin patologiyalı xəstələrin reabilitasiya problemi adi klinik xəstəliklər sırasından çıxaraq böyük sosial-iqtisadi əhəmiyyət kəsb edən problemlər sırasına daxil olmuşdur [13]. Hazırki dövrə qədər reabilitasiya xidmətinin təşkili məsələsi müxtəlif ölkələrdə mütəxəssislər tərəfindən geniş şəkildə müzakirə olunan məsələlərdən biridir [11,17,18,20,23,24]. ABŞ-da və Avropa ölkələrində reabilitasiyanın II və III mərhələlərinin müxtəlif formaları vardır: poliklinik. reabilitasiya mərkəzləri və s. [17,21,23,24]. Bu proqramların əksəriyyəti aşağıdakı mərhələlərdən ibarət olur: xəstə stasionardan buraxıldıqdan sonra ambulator olaraq həftədə bir neçə dəfə mərkəzlərə gəlirlər. burada onlar fiziki və psixi reabilitasiyadan keçirlər. Müxtəlif ölkələrdə reabilitasiya xidmətlərinin təşkili imkanları sosial-iqtisadi şəraitin xüsusiyyətləri ilə təyin olunur ki. buraya səhiyyənin müxtəlif variantları və sosial sığortalama. eləcə də milli və yerli ənənələr daxildir [17,18,22]. Reabilitasiyanın inkişafı və müvəfəqiyyətli olması birbaşa olaraq onun sadəliyi və qənaətli olmasından asılıdır. Reabilitasiya sisteminin fəaliyyətinə müxtəlif profilli mütəxəssislər daxildir ki. onlar reabilitasiya xidmətinin tibbi. fiziki. psixoloji. professional aspektdən reallaşmasını təmin edirlər. Bu məsələlərdən onun fəaliyyətinin effektivliyi asılıdır [13,17,19].

Beləliklə. reabilitasiyanın qarşısında duran vəzifələr sadəcə olaraq əmək qabiliyyətinin bərpa olunması ilə məhdudlaşmır. buraya daha geniş tədbirlər planı daxildir. ÜST işçi qrupunun təyinatına əsasən reabilitasiya itirilmiş əmək qabiliyyətinin bərpası və sosial həyata qayıtmasına yönələn tədbirlər toplusundan ibarətdir. Bizim ölkədə müxtəlif etiologiyalı peritonitli xəstələrin əməliyyatdansonrakı dövrdə mərhələli reabilitasiyasının dövlət proqramı yaradılmışdır. Reabilitasiyanın vəzifələri orqanzimin kompensator-uyğunlaşma və tənzimləyici sistemin adaptasiya halqalarının bərpa olunması üçün optimal şəraitin təmin olunmasından ibarətdir. Belə zəruri vəzifələrin həyata keçirilməsi üçün hər bir konkret halda reabilitasiya problemlərinin həlli ilə məşğul olan klinisist reabilitasiya proqramlarının fərdiləşdirilməsində kompleks sistemli yanaşmadan istifadə etməlidir.

Məlumdur ki. öddaşı xə xora xəstəliyinin gedişatı orqanizmin müxtəlif müdafiyə komponentlərinin nəzərəçarpacaq dərəcədə aşağı düşməsi ilə müşayiət olunur. onların kəskinlik dərəcəsi və özünü büruzə verməsi fərdi olaraq dəyişkəndir. Mədə-bağırsaq traktı və öddaşı xəstəliyinin geniş yayılmış kompensator-adaptasiya halqalarının xəstəlik prosesində bərpa olunması xəstələrin reabilitasiyasının ən vacib istiqamətlərindən biri hesab olunur. Onların həyata keçməsi həkim-reabilitoloqun mədə-bağırsaq traktı və öd yolları sistemindəki dəyişikliklərin mahiyyəti haqqında biliklərə detalları ilə malik olması dərəcəsindən asılıdır [3].

Keçirilən əməliyyatın həcmi və ağırlıq dərəcəsindən. əməliyyatdan keçən vaxtdan. xəstənin yaşı və xarakterik xüsusiyyətlərindən. pasiyentin öz xəstəliyinə olan münasibətindən və bir sıra başqa məqamlardan asılı olaraq cərrahi əməliyyatdan sonra ağırlaşmaların olub-olmaması və əlverişsiz gedişatı. xəstələrə qulluğun xarakteri və müalicəyə yanaşma fərqli olacaqdır.

Reabilitasiyanın stasionar mərhələsi artıq əməliyyatdan sonra palatada aparılır və xəstə stasionardan buraxıldıqda sona yetir. Son illər əksər müəlliflər yekdil olaraq xəstənin stasionar şəraitində bərpaedici müalicəsının ikikomponentli sisteminin təşkilinin məqsədəuyğunluğu haqqında fikir irəli sürürlər [3,7,14,17,21]. Bu sistemə erkən əməliyyatdansonrakı dövr və bununla əlaqədar olaraq cərrahi stasionarda bərpaedici müalicə, eləcə də xəstələrin müalicəsinin davam etdirilməsi üçün gətirildiyi qastroenteroloji şöbədə reabilitasiya tədbirləri ilə xarakterizə olunan sonrakı dövrlərdən ibarətdir. Erkən əməliyyatdansonrakı dövrdə aparılan tədbirlər homeostazın qorunmasına yönəlmiş olur. Zərurət olduqda çoxionlu məhlul olan Ringer-Lokk və qlükoza yeridilir. Qanın reoloji xüsusiyyətlərinin yaxşılaşdırılması və toxumaların yaxşı reparasiyası üçün heparinin yeridilməsi. parenteral qidalanma üçün zond və s. məqsədəuyğundur [3]. Həzm sistemi və öd yolları xəstəliyinin diaqnostika və müalicəsinin qüvvədə olan standart və protokollarına uyğun olaraq kombinəolunmuş antibiotikterapiyası və xoraəleyhinə müalicə sona yetdikdən sonra müalicəni ev şəraitində davam etdirmək lazımdır- 5 həftə ərzində poststasionar mərhələ- duodenal xəstəliklər zamanı 7 həftə-mədə lokalizasiyalı xoralar olduqda bir qəbula birdəfəlik 30 və 40 mq olmaqla (19-20 mq) ranitidin və famotidindən istifadə edilir. Daha geniş istifadə olunan effektiv preparat "protob pompa" inhibitoru olan omeprazol hesab olunur. Əməliyyatdansonrakı dövrdə müxtəlif etiologiyalı peritonitli xəstələrin reabiltasiyasının sanator-kurort mərhələsi ambulator şəraitdə bərpaedici müalicədən 2 həftə tez olamayaraq davam olunmalıdır. Bununla yanaşı xəstələri müxtəlif iqlim zonalarında yerləşən sanatoriyalara göndərmək lazım deyil. Belə xəstələrdə erkən dövrlərdə iqlimin dəyişməsi vəziyyətin pisləşməsinə səbəb ola bilər [5,6,12,14,15].

Müasir ədəbiyyat mənbələri xronik formalı və ya residivli xronik qastroduodenal xoraların. xronik appendisitin və xolesistitdən sonra bərpaedici müalicənin müxtəlif aspektləri haqqında informasiyalar ilə zəngindir [2,4,11,18], lakin əməliyyatdan sonra xəstələrin reabilitasiyası məsələlərinə cüzi işlər həsr olunmuşdur və ya onlara tamamilə rast gəlinmir. Bununla yanaşı olaraq reabilitasiya tədbirlərinin az effektiv olduğu faktını etiraf etmək lazım gəlir [10]. Bununla əlaqədar olaraq reabilitasiya probleminin qarşısında duran bütün kompleks məsələlərin həllinə yeni yanaşma işlənib hazırlandıqda başqa müalicə-profilaktika tədbirləri ilə vəhdəddə bərpaedici müalicənin effektivliyinin və əhəmiyyətinin artırılmasını təmin edə bilər.

Xəstəlik hətta yüngül formada keçdikdə belə adi həyat tərzi dəyişilir. insanın ənənəvi həyat stereotipinə kobudcasına daxil olur. Xəstəlik prosesinin davametmə müddəti. müalicənin mürəkkəbliyi, istənilən xəstəlik zamanı kəskin patoloji simptomatika ümumilikdə şəxsiyyətdə öz izlərini qoyur. Xəstəlik zamanı. xüsusilə uzun müddət davam edən xəstəlik zamanı insan təkcə ağrı hissindən əziyyət çəkmir, onu xəstəliyin acı nəticələri və ölüm qorxusu narahat edir. Bununla da müxtəlif ağırlıq dərəcəli nevrotik hallar izah olunur. Bu hallar insan orqanizmində əsas proseslərin

gedişatına mənfi təsir göstərir. Əsas nevrotik təzahürlər xəstənin şəxsiyyətinin xüsusiyyətləri ilə bağlıdır [3,4,5,7]. Xəstənin psixikasının vəziyyəti xəstəliyinin özünün dəyişməsinə uyğun olaraq dəyişir. Xəstənin psixikasının dəyişiklikləri həmçinin xəstənin əhatə edən mühit və xarici informasiya axını ilə fasiləsiz qarşılıqlı əlaqəsindən də asılıdır. Onlar insan psixikasına təsir göstərərək cavab reaksiyaların baş verməsinə səbəb olurlar [2,6,11,13,14,16]. Ona görə də reabilitasiya proqramında təkcə xəstəliyin klinik-bioloji xüsusiyyətlərini nəzərə almaq lazım deyil, həm də onlara təsir göstərmək lazımdır. Həmçinin insan şəxsiyyətinin xəstəliyə qədər və xəstəlik zamanı xüsusiyyətlərini. onu əhatə edən ətraf mühitin xassələrini, işdə, ailə daxilində və onu əhatə edən insanlar arasında qarşılıqlı münasibətləri də nəzərə almaq lazımdır. Bu məsələləri bildikdə fərdi yanaşmanı həyata keçirmək. düşünülməmiş və xəstənin travmaya məruz qalmasına səbəb olan hərəkətlərdən uzaq olmaq. tezliklə sağalmaya olan inamı möhkəmləndirmək. xəstənin əhval-ruhiyyəsinin qaldırmaq mümkündür. Nəzərə almaq lazımdır ki, müalicənin müvəfəqiyyəti xəstənin reaksiya xüsusiyyətləri ilə sıx bağlıdır: xəstəlik ilə mübarizə aparır- adekvat münasibət göstərir və ya onlara münasibət göstəmir, onu sıxışdırılb çıxarır- anozoqnoziya və ya ona tamamilə ram olur. onun quluna çevrilir. ona öyrəşir, onun üstünlüklərinin axtarır. onu həddindən artıq qorxunc hesab edir- hipernozoqnoziya (7.8.19).Öddaşı xəstəliyi və xora xəstəliyindən əziyyət çəkən yüksək komplayensli xəstələrin 10%-ə qədərində komplayens-strategiyanı işləyib hazırlamaq olar. Həmin strategiya antisekretor preparatları fərdi şəkildə seçməklə keyfiyyətli reabilitasiyanı nəzərə almqla onlarda sağalmaya olan motivasiyanı artırır. xəstələr əməliyyatdansonrakı dövrdə əlverişli gedişata ümud bəsləyirlər [1,6,9,12].

ƏDƏBIYYAT

1. Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю., Смирнов А.Д. Стратегия хирургического лечения язвенной болезни // Хирургия, 2006, №5, с.26-30.

2. Алиев С.А. Сравнительная оценка методов резекции желудка по пер¬вому и второму способам Бильрота в лечении пилородуоденальных язв: автореф. дис.... канд. мед. наук, Л., 1988, 24 с

3. Барановский А.Ю. Реабилитация гастроэнетерологических больных в работе терапевта и семейного врача. СПб.. 2001.

4. Васин В.А. Восстановительное лечение и реабилитация в условиях лечебно-профилактических учреждений (организационные вопросы) // Здравоохранение, 2004., №9, с. 41-47

5. Велиев М.О. Особенности клинического течения и хирургического лечения язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста: ав¬тореф. дис.... канд. мед. наук. М.. 1985, 23 с.

6.Жукова М.А. Эффективность лечения больных дуоденальными язвами СМТ-электрофорезом торфогрязи санатория «Ува» (Удмуртская Республика) в условиях дневного стационара: автореф. дис. ... канд. мед. наук, Ижевск, 2002, 12 с.

7.Кулиев Ш.Б., Ахундов И.Т., Омаров Г.И., Джамалов Ф.Г. Патогенетическое обоснование эндолимфатической антиоксидантной терапии (ЭАОТ) больных перитонитом // Cərrahiyyə, 2005, №1, s. 59-64

8.Линденбратен А.Л. Ресурсосберегающие технологии в деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений // Здравоохранение, 2003, №11, с.35-38.

9. Лакосина Н.Д., О.Ф. Панкова Клиническая психология. М.: МЕДпрессинформ, 2003,416 с.

10.Мамедова Л.Д Медикаментозная коррекция острых желудочно-кишечных кровотечений язвенной этиологии / [и др.]// РМЖ. Болезни орга¬нов пищеварения. - 2004. - Т. 6. №2. - С. 72-74.

11. Майстренко Н.А., Мовчан К.Н. Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки. СПб., 2000, 360 с.

12.Маев И.В., Аксельрод А.Г. Лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Аптечный бизнес, 2007, №7, с.30-35.

13. Молчанова Л.Ф., Кудрина Е.А. Анализ экономической эффективности лечения яз¬венной болезни в стационарозамещающих условиях // Главврач, 2004, №9, с.31-32.

14.Павлов И.С. Психотерапия в практике. 3е издание. перераб. и доп. М.: ПЕР СЭ, 2006, с. 398-399.

15. Kurata J.H., Nogawa A.N., Noritahe D. NSAIDs increase risk of gastrointestinal bleeding in primary care patients with dyspepsia // J. Fam. Pract., 1997, v.45, p. 227-235.

16. Оноприев В.И. Дуоденопластика- новое направление в хирургическом лечении осложнённых дуоденальных язв / Сб. науч. Трудов. Дуоденопластика и селективная проксимальная ваготомия при осложнённых дуоденальных язвах. Краснодар, 1984, с. 6-19.

17. Lam S.K. Epidemiology and genetic of peptic ulcer // Gastroen-terology, 1993, v.28, №1 (Suppl. 5), p. 145-157.

18.Əliyev S.C., Əsgərova H.E. Peritonit zamanı bağırsaq mikroflorasında yaranan bəzi dəyişikliklərin patogenetik əsasları // Sağlamlıq, 2006, №7, s. 24-28

19.Hacıyev C.N., Tağıyev E.Q., Haciyev N.C. Peritonitlər zamanı orqanizmin ümumi detoksikasiyasının yeni üsulu / Prof. Ş.B.Quliyevin 75 illik yubileyinə həsr olunmuş elmi-təcrübi konf. materialları. Bakı, 2006, s. 88-89

20.Лаберко Л.А. Прогнозирование. ранняя диагностика и профилактика послеоперационных осложнений в комплексном лечении распространенного перитонита: Автореф. дисс… к.м.н. М., 2004, 46 с.

21.Малков И.С., Шаймарданов Р.Ш., Биряльцев В.Н., Тагиров М.Р. Новые подходы к лечению разлитого перитонита // Казанский медицинский журнал, 2003, Т. 84, № 6, с. 424-428

22.Лохачёв С.С. Оценка эффективности применения метода комбинированной постоперационной санации брюшной полости в комплексном лечении распространенного перитонита // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья, 2003, № 13, с. 56-58

23. Fadil A. et al. Les stenoses pyloro-duodenales d'origine ulcereuse a propos de 260 cas // J. Chir. Paris, 1992, v.129. №1, p.27-30.

24.Sawyers J.L. Acute Perforated duodenal ulcer // Arch. Surg., 1975, v.110. №5, p. 39-41

Резюме

Реабилитация больных с перитонитами различной этиологиия как медицинская,экономическая и социальная проблема

Л.Б.Ахвердиева

Среди медико-социальных проблем современного здравоохранения реабилитации отводится особо важная роль. Это обусловлено тем, что реабилитация представляет собой систему мероприятий государственной значимости, от действенности выполнения которых, в определённой степени, зависит результирующая эффективность решения широкого диапазона лечебнопрофилактических проблем клинической медицины. Под реабилитацией принято понимать систему медицинских, социально-экономических, гуманистических и ряд других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно-полезному труду. В статье анализирован материалы, касающиеся этой проблме.

Summary

Rehabilitation of patients with peritonitis of different etiology as medical , economic and social problem

L.B.Ahverdieva

Of medical and social problems of modern health care rehabilitation is given a particularly important role. This is due to the fact that rehabilitation is a system of events of national importance , effectiveness of implementation which , to a certain extent , depends on the efficiency of the resulting solutions lechebnoprofilakticheskih wide range of problems of clinical medicine . Under the rehabilitation system is commonly understood medical, socio-economic, humanitarian and a number of other measures aimed at preventing the development of pathological processes that lead to temporary or permanent disability , the efficient and early return of sick and disabled people in society and socially useful work . In the article we analyzed materials concerning this problme.

Daxil olub:09.10.2013

TEZ-TEZ XƏSTƏLƏNƏN UŞAQLARDA RESPİRATOR XƏSTƏLİKLƏRİN GEDİŞİNƏ TƏSİR EDƏN ƏSAS PATOGENETİK MEXANİZMLƏR VƏ ONLARIN KORREKSİYASI

M.K.Kərimova

Azərbaycan Tibb Universiteti, II uşaq xəstəlikləri kafedrası, Bakı

Açar sözlər: tez-tez xəstələnən uşaqlar, respirator xəstəliklər, immun sistemi, immunmodulyator

Ключевые слова: частоболеющие дети, респираторные заболевания, иммунная система, иммуномодулятор
Key words: frequently ill children, respiratory diseases, immune system, immunomodulator

Tənəffüs sistemi xəstəlikləri uşaq yaşlarında xəstələnmə və ölüm strukturunda mühüm yerlərdən birini tutur. Uzun illər bu patologiyaya dair bir çox tədqiqat işlərinin aparılmasına baxmayaraq, bugünkü gün də respirator xəstəliklərin ağırlaşması, təkrarlanması, uzun sürməsi və xronikləşməsi hallarına çox təsadüf edilir [1-16].

İmmun sistemi zəif olan uşaqlarda respirator xəstəliklərin özünəməxsus gedişi olur. Bunlar o uşaqlardır ki, yaşıdları ilə müqayisədə ildə 4-6 dəfədən artıq KRVİ ilə yoluxurlar və «tez-tez xəstələnən uşaqlar-TXU» qrupunu əmələ gətirirlər[13-16].

İşin məqsədi. Tez-tez xəstələnən uşaqlarda respirator xəstəliklərin gedişinə təsir edən patogenetik mexanizmləri aşkar etmək və onların korreksiyasını aparmaq, eləcə də ikincili immundefisit vəziyyətləri proqnozlaşdırmaq işin əsas məqsədini təşkil etmişdir.

Material və müayinə metodları. 6 aylıqdan 6 yaşa qədər 340 TXU (il ərzində 4 dəfədən artıq KRX-lə xəstələnən uşaqlar) və müqayisə qrupu kimi 125 NXU (il ərzində 3 dəfəyə qədər KRX-lə xəstələnən – nadir xəstələnən uşaqlar) tədqiq olunmuşdur .Analoji yaşda olan 30 praktik sağlam uşaq nəzarət qrupunu təşkil etmişdir.Xəstələr xəstəliyin həm kəskinləşmə, həm də klinik remissiya dövrlərində müayinə olunmuşlar.

Xəstələrin 16,2%-də TXU-da fəsadlaşmayan KRVİ, 21,8%-də kəskin bronxit, 10,6%-də kəskin pnevmoniya, 51,5%-də residivləşən bronxit qeyd edilmişdir. Kəskin pnevmoniya 33%-də fəsadsız, 67%-də müxtəlif fəsadlarla müşayiət olunmuşdur. TXU qrupunun xəstələrinin çox qismində fon xəstəlikləri və yanaşı xəstəliklər aşkar edilmişdir. 230 uşaqda (67,6%) disbakterioz halları aşkar edilmişdir. 205 (60,2%) uşaqda yuxarı tənəffüs yollarında disbioz aşkar edilmişdir.

Belə ki, 195 (57,4%) uşaqda bakterioloji müayinə nəticəsində əsnəkdən yaxmada Staphylococcus aureus, 102 (30,0%) uşaqda Staphylococcus epidermitis, 85 uşaqda (25,0%) streptokokk, 64 uşaqda (18,8%) Haemaphilus influenza, 64 uşaqda (18,8%) klebsiella, 170 uşaqda (50,0%) Candida albicans müəyyən edilmişdir. PZR vasitəsilə 53 uşaqda (15,6%) Chlamydiya pneumoniae, 33 uşaqda (9,7%) Chlamydia traxomatis, 54 uşaqda (15,9%) Mycoplasma pneumoniae, 18 uşaqda (5,3%) sitomeqalovirus aşkar edilmişdir.65% halda mono-, 35% halda isə mix-infeksiya aşkar edilmişdir, o cümlədən 18% halda 3-dən artıq mix-infeksiya müəyyən edilmişdir.

TXU qrupunda 177 uşaqda (52,1%) LOR-orqanı xəstəlikləri (otit, adenoidit, xronik tonzillit, sinusit) qeyd edilmişdir. NXU-da LOR-orqanı patologiyası 20% halda aşkar edilmişdir.145 uşaqda (42,6%) eyni vaxtda bir neçə fon və ya yanaşı xəstəlik müşahidə edilmişdir.

TXU meyarı kimi ÜST (1980) və A.A.Baranov, Y.Y.Albitski (1986) meyarlarına istinad edilmişdir [13].

Xəstəlik əsasən payız-qış və qış-yaz aylarında baş vermişdir. İmmunoloji göstəricilər – CD3, CD4, CD8, CD19 hüceyrələrinin miqdarı axarlı sitometriya metodu, zərdab immunqlobulinləri A, G, M-in konsentrasiyası- G. Manchininin radial immundiffuziya metodu (1968), qan zərdabında IgE-nin səviyyəsi immunferment analiz (İFA) metodu ilə təyin edilmişdir.IL-1β, IL-2, IL-6, IL-8 və ŞNF-α sitokinlərin səviyyəsi «İMMULİTE» avtomatik analizatoru vasitəsilə immunohemilüminissent metodu (ABŞ), İFN-γ-un səviyyəsi isə immunferment analiz metodu ilə yoxlanılmışdır.Neyropeptid – P substansiyası PENİNSULA LABORATORİES İNC. (ABŞ) firmasından əldə edilən reaktivlərlə «Stat Fax» analizatorlarla, immunferment metodu ilə təyin edilmişdir. Hemostaz sistemi tromboelastoqrafiya, xlamidiya, mikoplazma və sitomeqalovirus infeksiyasıyaları PZR, yuxarı tənəffüs yollarının mikrobiosinozu və bağırsaq mikroflorasının vəziyyəti bakterioloji metodlarından istifadə edilərək qiymətləndirilmişdir.HLA-antigenləri standart mikrolimfositotoksik testdə 120 mono- və dispesifik HLA antizərdab panellərində təyin edilmişdir. Panelin əsasını Sankt-Peterburq toxumaların immunoloji tipləşdirilməsi respublika mərkəzinin zərdabları («Biotest Serum» firması) təşkil etmişdir.

Tədqiqatın gedişində alınmış bütün rəqəm göstəriciləri müasir tövsiyələr nəzərə alınmaqla statistik təhlil olunmuşdur. Statistik analizin ilkin mərhələsində parametrik üsullardan istifadə edilmişdir (t-Stüdent). Sonradan qruplardakı göstəricilərin sayını nəzərə alaraq, azsaylı alınmış nəticələri dəqiqləşdirmək məqsədilə qeyri-parametrik üsullar (U-Uilkokson (Manna-Uitni)) tətbiq edilmişdir.

Keyfiyyət analizi aparmaq üçün χ^2 – meyarından (Pirsonun uyğunluq meyarı) istifadə olunmuşdur. Müayinə qruplarında müxtəlif göstəricilər arasında asılılığı aşkar etmək üçün korrelyasiya analizi (Z-Fişer çevirməsi ilə) aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Aparılan tədqiqalat nəticəsində aşkar edilmişdir ki, tez-tez xəstələnən uşaqlarda istər immun sistem, istərsə də onunla əlaqədə olan digər sistemlərdə dəyişikliklər müşahidə edilir. Qeyd edilən dəyişikliklər xəstəliyin nozoloji formasından asılı olaraq müxtəlif olmuşdur [1-12].

Belə ki,fəsadlaşmayan KRVI zamanı bu dəyişikliklər bir o qədər də qabarıq olmamışdır. Kəskin bronxit zamanı əsasən obstruksiyalı uşaqlar fərqlənmişlər (II qrup). Qabarıq dəyişikliklər əsasən II qrupun uşaqlarında aşkar edilmişdir.

Belə ki, CD3-hüceyrələr I qrupda (kəskin sadə bronxitdə) 42,0±1,2%, II qrupda 36,2±1,8%($p<0,001$), (NXU-da 46,0±2,2%, sağlam uşaqlarda 52,0±2,6%), CD4-hüceyrələr I və II qrupda müvafiq olaraq 24,0±1,6% və 18,0±1,4% olmuşdur ($p<0,001$). NXU-da CD4-hüceyrələr 28,7±1,2% ($p<0,01$), sağlam uşaqlarda 33,5±1,2% qeyd olunmuşdur. CD8-hüceyrələrin miqdarına gəldikdə isə I qrupda 18,0±0,5%, II qrupda 18,2±0,8% olmuşdur. NXU-da bu göstərici 17,3±0,3%, sağlam uşaqlarda 18,5±0,5%-dir. Həm I, həm də II qrupda xəstəliyin kəskin dövründə hüceyrə immuniteti göstəricilərinin (əsasən CD3, CD4-hüceyrələrin) azalması müşahidə edilmişdir. Həm sağlam, həm də NXU ilə müqayisədə TXU-nun hər 2 qrupunda hüceyrə immuniteti göstəricilərinin azalması nəzərə çarpsa da, bu azalma II qrupda daha çox müşahidə edilmişdir.Bu özünü immunrequlyator hüceyrələrin əmsalında da büruzə vermişdir.

Humoral immunitetin tədqiqi zamanı da qabarıq dəyişikliklər əsasən II qrupda müşahidə edilmişdir.TXU-da xəstəliyin kəskin dövründə hər iki qrupda B-limfositlərin əsasən bir qədər azalması, IgA, IgG-nin konsentrasiyasının azalması, IgM və IgE-nin konsentrasiyasının isə artması müşahidə edilmişdir.Hüceyrə immunitetində olduğu kimi, humoral immunitet göstəricilərində olan dəyişikliklər də əsasən ağır gedişli II qrupda nəzərə çarpmışdır.

Sitokin statusda baş verən dəyişikliklərə görə II qrupda olan TXU daha çox fərqlənmişlər. Onlarda iltihab sitokinləri olan, IL-1β, ŞNFα ,IL-6,IL-8-nin səviyyəsinin artması, IL-2 və IFN-γ-nın isə azalması aşkar edilmişdir.

Dinamikada immun və sitokin statusun öyrənilməsi zamanı da maraqlı nəticələr əldə edilmişdir. Kəskin sadə bronxitli uşaqlarda klinik remissiya zamanı immun və sitokin göstəriciləri NXU-nun göstəricilərinə yaxın olmuşdur. Kəskin obstruktiv bronxitli TXU zamanı isə nə immun, nə də sitokin statusda tam normallaşma qeydə alınmamışdır. İltihab sitokinlərinin klinik remissiya zamanı da yüksək qalması II qrupda iltihabın daha çox saxlanılması və infeksion amilin persistə etməsini göstərir.

TXU-nun 175 (51,4%) nəfərində residivləşən bronxit qeydə alınmışdır. Onlardan 78 (44,5%)-də residivləşən bronxitin qeyri-obstruktiv forması (I qrup), 97 (55,5%)-də isə obstruktiv forma (II qrup) müşahidə edilmişdir. Residivləşən bronxitli uşaqların xəstəliyin kəskin və klinik remissiya dövlərində həm hüceyrə və humoral immunitet göstəriciləri, həm də sitokin statusunda müəyyən dəyişikliklər aşkar edilmişdir. Belə ki, kəskin dövrdə CD3-hüceyrələr I qrupda 40,0±1,2%, II qrupda 34,2±1,8% ($p<0,001$), CD4-hüceyrələr I və II qrupda müvafiq olaraq 20,0±1,6% və 16,0±1,4% olmuşdur ($p<0,001$). CD8-hüceyrələrin miqdarına gəldikdə isə I qrupda 20,0±0,5% ($p<0,05$), II qrupda 18,2±0,8% olmuşdur. CD4⁄CD8 əmsalı I qrupda 1,01±0,02, II qrupda 0,80±0,01 olmuşdur ($p<0,001$). Hüceyrə immuniteti tərəfdən CD3, CD4 hüceyrələrin, eləcə də immunrequlyator əmsalın – CD4/ CD8 azalması nəzərə çarpır. Bu dəyişikliklər əsasən obstruktiv formalı residivləşən bronxitli uşaqlarda özünü göstərmişdir. CD8-hüceyrələr hər iki qrupda bir qədər azalmışdır.

CD19-hüceyrələrin miqdarı II qrupda 10,5±0,5%, I qrupda 10,8±0,5% ($p<0,001$), IgA-nın səviyyəsi II qrupda 0,22±0,01q/l, I qrupda 0,35±0,02q/l ($p<0,001$), NXU-da 0,50±0,02q/l ($p<0,01$), sağlam uşaqlarda 0,62±0,03q/l olmuşdur. IgG-nin qan zərdabında konsentrasiyasına gəldikdə isə II və I qrupda bu immunoqlobulinin konsentrasiyası müvafiq olaraq 7,6±0,4q/l və 9,5±0,5q/l-ə qədər azalmışdır ($p<0,001$) (NXU-da bu göstərici 10,8±0,7q/l, sağlam uşaqlarda – 12,4±0,6q/l olmuşdur). Humoral immunitetin digər göstəricisi olan və infeksion agentin olmasını sübut edən IgM-in konsentrasiyası xəstəliyin kəskin dövründə artaraq II qrupda 1,73±0,05q/l, I qrupda 1,45±0,06q/l olmuşdur ($p<0,001$). NXU-da bu göstərici 1,20±0,02q/l ($p<0,001$), sağlam uşaqlarda 0,90±0,03q/l -ə bərabər olmuşdur. Bu uşaqlarda, xüsusilə obstruktiv forma zamanı IgE-nin yüksəlməsi nəzərə çarpmışdır. Belə ki, qeyri-obstruktiv forma zamanı ümumi IgE-nin səviyyəsi 54,0±3,8 BV/ml,

obstruktiv forma zamanı 436,2±12,0 BV/ml (p<0,001) olmuşdur. Sağlam uşaqlarda ümumi IgE-nin qan zərdabında konsentrasiyası 23,5±0,8 BV/ml, NXU-da 24,8±0,8q/l olmuşdur. Hüceyrə immunitetində olduğu kimi, humoral immunitet göstəricilərində olan dəyişikliklər də əsasən ağır gedişli II qrupda nəzərə çarpmışdır.

Sitokin statusun öyrənilməsi zamanı hər iki qrupda iltihab sitokinlərinin həm sağlam, həm də NXU-ya nisbətən xəstəliyin kəskin dövründə yüksəlməsi müşahidə edilmişdir. Belə ki, IL-1β I qrupda 133,9±5,8 pq /ml, II qrupda – 165,0±7,4pq/ml, ŞNFα I qrupda 152,7±8,5 pq/ml, II qrupda 197,8±9,0 pq/ml, IL-6 I və II qrupda müvafiq olaraq 16,2±2,1 və 20,4±2,2 pq/ml, IL-8 isə 82,3±2,3 və 105,6±4,4 pq/ml olmuşdur (p<0,001). IL-2 xəstəliyin kəskin dövründə I qrupda 159,9±3,6 U/ml, II qrupda 112,0±4,2 U/ml (p<0,001) müəyyən edilmişdir.Qeyd edək ki, sağlam uşaqlarda bu göstərici 292,0±9,8 U/ml, NXU-da xəstəliyin kəskin dövründə 223,8±12,7 U/ml qeydə alınmışdır. IFN-γ həm xəstəliyin kəskin dövründə I və II qruplarda müvafiq olaraq 42,0±1,9 və 30,2±1,2 pq/ml olmuşdur (p<0,001).

Göründüyü kimi, iltihab sitokinləri olan IL-1β, IL-6, IL-8, ŞNF-α-nın səviyyəsi həm qeyri-obstruktiv, həm də obstruktiv formalı residivləşən bronxitin kəskin dövründə həm NXU, həm də sağlam uşaqlarla müqayisədə yüksəlmiş olur. Lakin xəstəliyin obstruktiv forması zamanı bu göstəricilər qeyri-obstruktiv formadan daha yüksək olmuşdur. Hüceyrə immunitetinin göstəricilərindən olan IL-2-nin xəstəliyin kəskin dövründə azalması bu uşaqlarda əsasən obstruktiv forma zamanı müşahidə edilmişdir. Eyni istiqamət hüceyrə immunitetinin digər göstəricisi və virus əleyhinə immunitetdə mühüm rol oynayan IFN-γ –nın səviyyəsində də özünü göstərmişdir.

Xəstəliyin klinik remissiya zamanında immun və sitokin statusda olan dəyişikliklər hər iki formada saxlanmışdır. Belə ki, həm obstruktiv, həm də qeyri-obstruktiv residivləşən bronxit zamanı xəstəliyin kəskin dövründə müşahidə edilən dəyişikliklər klinik remissiya zamanı normallaşmamışdır. İmmun sistemdə olan disbalans, eləcə də iltihab sitokinlərinin klinik remissiya dövründə də saxlanması bu uşaqlarda adaptasion imkanların daha zəif olması, persistə edən infeksiyaların bu uşaqlarda daha çox təsadüf etməsi, iltihabın uzun müddət saxlanmasını sübut edir.

Bizim müşahidəmiz altında kəskin pnevmoniyalı 36 TXU olmuşdur.Kəskin pnevmoniyanın fəsadsız forması ilə 12 xəstə olmuşdur. Bu uşaqlarda kəskin dövrdə CD3 hüceyrələr- 40,2±1,4%, CD4-hüceyrələr- 20,0±1,2%, CD8 –hüceyrələr-20,0±0,8%, immunrequlyator əmsal isə 1,00±0,02 olmuşdur (p<0,001). Göründüyü kimi, bu göstəricilər həm sağlam, həm də NXU-dan fərqlənmişdir. Humoral immunitet göstəricilərinə gəldikdə, sağlam və NXU ilə müqayisədə fəsadsız kəskin pnevmoniya zamanı CD19-hüceyrələrin bir qədər azalması, IgA və IgG-nin kəskin azalması, IgM-in isə normal və ya bir qədər artması aşkar edilmişdir (p<0,001). Sitokin statusun öyrənilməsi zamanı aşağıdakı mənzərə alınmışdır: IL-1β- 148,4±9,6 pq/ml; ŞNFα -162,3±10,0 pq/ml; IL-6 - 16,2±1,0 pq/ml; IL-8 isə 92,0±3,4 pq/ml (p<0,001). IL-2 xəstəliyin kəskin dövründə 124,6±6,8 U/ml (p<0,001) olmuşdur. IFN-γ həm xəstəliyin kəskin dövründə bu uşaqlarda 32,4±2,4 pq/ml olmuşdur (p<0,001). Göründüyü kimi, sitokin statusun müayinəsi zamanı xəstəliyin kəskin dövründə iltihab sitokinlərinin artması, hüceyrə immunitetinin göstəricilərindən olan IL-2 və IFN-γ azalması nəzərə çarpmışdır.

Xəstəliyin klinik remissiya zamanı bu uşaqların immun və sitokin statusunun göstəriciləri kompleks müalicə nəticəsində bir qədər düzəlsə də, lakin tam normallaşma qeyd olunmamışdır. Belə ki, TXU-da kəskin pnevmoniyanın hətta fəsadsız forması zamanı belə, klinik remissiya zamanı immun və sitokin göstəriciləri həm sağlam, həm də NXU-dan fərqlənmişdir.

TXU qrupunda 24 uşaqda kəskin pnevmoniya fəsadla müşayiət olunmuşdur. 9 xəstədə kardiorespirator sindrom, 10-da obstruktiv sindrom, 5 xəstədə toksik təzahürlər müşahidə edilmişdir.

Fəsadlaşmış kəskin pnevmoniyalı TXU zamanı da əsasən hüceyrə immunitetinin azalması müşahidə edilir və bu özünü daha çox CD3-hüceyrələr, CD4-hüceyrələr və CD4/CD8 əmsalının göstəricilərində büruzə vermişdir. Belə ki, CD3-hüceyrələr 36,2±0,8% (p<0,001), CD4-hüceyrələr 18,0±1,4% olmuşdur (p<0,001), CD8-hüceyrələrin miqdarına gəldikdə isə 18,2±0,8% olmuşdur (p<0,001) .Hüceyrə immunitetinin azalması özünü immunrequlyator hüceyrələrin əmsalında da büruzə vermişdir. Belə ki, CD4/CD8 əmsalı fəsadlaşmış gediş zamanı 0,80±02 olmuşdur. Humoral immunitetin tədqiqi zamanı da qabarıq dəyişikliklər əsasən fəsadlı gediş zamanı müşahidə edilmişdir. Onlarda xüsusilə, IgA-nın səviyyəsinin azalması, IgM-in isə daha çox artması müəyyən edilmişdir. Bu xəstələrdə eləcə də 43% halda ümumi IgE-nin konsentrasiyasının yüksəlməsi müşahidə edilmişdir (p<0,001). Görünür ki, IgE-nin yüksəlməsi bu uşaqlarda allergiyaya meylliyin və opportunist infeksiyaların olması ilə əlaqədardır.

Sitokin statusuna nəzər saldıqda, bu uşaqlarda xəstəliyin kəskin dövründə IL-1β – 160,8±7,8 pq/ml,

IL-2- 100,0±5,0 U/ml, ŞNFα- 195,5±10,4 pq/ml, IL-6 – 24,6±1,8 pq/ml, IL-8- 118,4±5,5 pq/ml, IFNγ- 28,0±1,8 pq/ml olmuşdur ($p<0,001$). Göründüyü kimi, fəsadlı pnevmoniya zamanı da xəstəliyin kəskin dövründə iltihab sitokinləri yüksəlmiş olur və bu artım fəsadsız xəstələrin göstəricilərindən daha yüksək nəzərə çarpmışdır. Hüceyrə immunitetinin göstəricilərindən olan IL-2 və IFN-γ-nın səviyyəsi də kəskin dövrdə bu uşaqlarda fəsadsız xəstələrdən daha aşağı olmuşdur. Bu, görünür ki, TXU-da kəskin pnevmoniyanın fəsadlı gedişi zamanı intoksikasiya və tənəffüs çatışmazlığının güclü olması, bir neçə fon və yanaşı xəstəliyin olması, opportunist və şərti-patogen infeksiyaların çoxluğu,xüsusilə mix-infeksiyaların olması, disbakterioz və helmintoz-parazitozların yüksək tezliyi və s. amillərlə əlaqədardır.

Xəstəliyin klinik remissiya zamanı nə fəsadsız, nə də fəsadlaşmış kəskin pnevmoniya zamanı immun və sitokin statusda kəskin dövrdə baş verən dəyişikliklər tam normallaşmamışdır. Qeyd edilən dəyişikliklər daha çox xəstəliyin fəsadlı gedişi zamanı saxlanılmışdır.

Beləliklə, TXU-da respirator xəstəliklər zamanı xəstəliyin kəskin dövründə immun sistemdə, o cümlədən sitokin statusda dəyişikliklər baş verir.Bu dəyişikliklər obstruksiya ilə müşayiət olunan bronxitlər, xüsusilə residivləşən obstruktiv bronxit və kəskin pnevmoniyanın fəsadlaşmış gedişi zamanı daha qabarıq nəzərə çarpmışdır. Bu zaman IL-1β, ŞNF-α, IL-6 və IL-8 kimi iltihab sitokinlərinin artması, hüceyrə immunitetinin əsas göstəricilərindən olan IL-2 və IFN-γ-nın kəskin azalması müşahidə edilir. İltihab sitokinləri olan IL-1β, ŞNF-α, IL-6 və IL-8-in bizim müşahidə etdiyimiz xəstələrdə xəstəliyin kəskin dövründə artması fikrimizcə, təbiidir. Çünki bu xəstəliklər iltihabi xəstəliklərdir [17].

Bizim xəstələrimizdə IL-2 və IFN-γ-nın səviyyəsinin azalmasını isə fikrimizcə, TXU zamanı əsasən hüceyrə immunitetinin çatışmazlığı ilə əlaqədardır. Həm virusların, həm də xlamidiya, mikoplazma, sitomeqalovirus kimi opportunist infeksiyaların, eləcə də bizim tədqiq etdiyimiz TXU-da Candida albicans göbələklərinin yüksək tezlikdə rast gəlinməsi, bunların hamısının hüceyrədaxili törədici olması hüceyrə immunitetinin daha çox zədələnməsinə səbəb olmuşdur[5,9]. Digər tərəfdən baxmayaraq ki, stafilokokk infeksiyası özü hüceyrəxarici törədicidir, lakin o eyni zamanda son məlumatlara əsasən antiinterferon, antilizosim, antikomplement kimi maddələr ifraz edir və bu maddələrin də hüceyrə immunitetinin azalmasında rol oynaması məntiqəuyğundur [18-20].

Bizim xəstələrimizdə Stafilokokk infeksiyasının, xüsusilə Staphylococcus aureusun yüksək faizdə müşahidə edilmişdir.Bizim tədqiq etdiyimiz xəstələrdə əsasən hüceyrə immunitetinin azalmasını bu uşaqlarda eyni zamanda CD3, CD4- hüceyrələrin, CD4/CD8 əmsalının azalması da bir daha sübut edir. Tənəffüs sistemi xəstəlikləri olduğu üçün IgA və IgG-nin azalması da TXU-da fikrimizcə gözlənilən nəticədir. TXU zamanı respirator xəstəliklər zamanı IgM-in artmasını isə bizim uşaqlarda infeksion amilin persistə etməsi, daha dəqiq desək, iltihabi prosesin belə uşaqlarda saxlanılması ilə əlaqədardır. IgE-nin TXU zamanı yüksək səviyyəsi əsasən bronxoobstruksiyalı uşaqlarda müşahidə edilmişdir, fikrimiczə bu, gələcəkdə belə uşaqlarda bronxial astmanın əmələgəlmə riskini artırır. İmmun və sitokin statusda baş verən dəyişikliklər dəyişikliklər xəstəliklərin nozoloji formalarından asılı olaraq müxtəlif olması, obstruksiya ilə müşayiət olunan hallarda, xüsusilə residivləşən bronxit və eləcə də kəskin pnevmoniyanın fəsadlaşmış gedişi zamanı daha qabarıq dəyişikliklər müşahidə edilməsi bizim fikrimizcə, həmin xəstələrdə digər amillərlə yanaşı opportunist və şərti-patogen infeksiyaların daha yüksək tezlikdə rast gəlinməsi ilə əlaqədardır. Çünki məhz persistə etməyə meylli olan bu infeksiyaların nəticəsində TXU-da respirator xəstəliklər zamanı xəstəliyin kəskin dövründə müşahidə edilən immunoloji dəyişikliklərin klinik remissiya zamanı da tam normallaşmaması qeyd olunmuşdur[5,9]. Əsasən bu uşaqlar immundefisitli uşaqlar qrupununa daxil olmuş və onların daha çox immunmodulyatorlara ehtiyacı olmuşdur.

Qeyd etmək istərdik ki, həm TXU, həm də NXU zamanı immun sistem göstəriciləri və P substansiyasının səviyyəsində olduğu kimi, hemostaz sistemi göstəricilərində də dəyişikliklər müəyyən edilmişdir[4]. Belə ki, həm TXU, həm də NXU zamanı xəstəliyin kəskin dövründə R və K müddətinin azalması, mA və E-nin isə yüksəlməsi müşahidə olunmuşdur. Bu hal TXU zamanı daha qabarıq nəzərə çarpmış və xəstəliyin nozoloji formalarından asılı olaraq müxtəlif səviyyədə təzahür etmişdir.

Biz orqanizmin bu 3 mühüm sistemi arasındadk qarşılıqlı əlaqəni TXU-da aşkar etmək üçün onların göstəriciləri arasında korrelyasiyanı araşdırdıq. Araşdırma nəticəsində məlum oldu ki, bu sistemlər arasında sıx korrelyasion əlaqə mövcuddur[4]. Ən yüksək korrelyasion əlaqə IL-1β-nın səviyyəsi ilə P substansiyasının səviyyəsi arasında aşkar edilmişdir ($r=+0,64$). Bu da fikrimizcə,

təbiidir. Çünki makrofaqlardan ifraz olunan IL-1β iltihab sitokini kimi yerli və ümumi iltihab reaksiyalarında rol oynayır [17]. Sitokinlərin hemostaz sistemi ilə korrelyasion əlaqəsini araşdırarkən məlum oldu ki, ən yüksək müsbət korrelyasion əlaqə IL-6-nın səviyyəsi ilə fibrinogenin konsentrasiyası arasında müşahidə edilir (IL-6 – E arasında r = +0,67). Fikrimizcə, bunu belə izah etmək olar: məlumdur ki, iltihab sitokinləri hepatositlərə tropdur [17]. CD4-hüceyrələr, IL-2 və IFN-γ-nın səviyyəsi ilə hemostaz sistemi göstəriciləri arasına sıx mənfi korrelyasion əlaqə aşkar edilmişdir. Biz əvvəlki eimi araşdırmalarımızda aşkar etmişdik ki, respirator xəstəliklər zamanı immun sistemlə hemostaz sistemi arasında sıx qarşılıqlı əlaqə mövcuddur[1].Bu əlaqələr immunkompetent hüceyrələr, immun komplekslər və komplement sistemi vasitəsilə həyata keçir Biz bu araşdırmalarımızda sübut etmişdik ki, respirator xəstəliklər zamanı immunkompetent hüceyrələr (xüsusilə, T-helperlər) nə qədər aşağıdırsa, qanın laxtalanma qabiliyyəti də bir o qədər artmağa meylli olur. Bunun nəzəri izahını isə «hemostazın tənziminin immun mexanizmi» nə əsasən göstərmişdik [21].Bizim fikrimizcə, hazırkı tədqiqatımızda CD4 –hüceyrələrin və onlardan hasil olan IL-2 və IFN-γ sitokinlərinin azalmasının səbəblərindən biri də məhz bu mexanizmlə izah oluna bilər.

P substansiyası ilə hemostaz göstəriciləri arasında da sıx müsbət korrelyasion əlaqələr müəyyən edilmişdir. P substansiyasının səviyyəsi ilə hemostaz sisteminin 4 göstəricilərinin hər biri ilə korrelyasiya müəyyən edilmişdir. Yəni, P substansiyasının istər xəstəliyin kəskin, istərsə də klinik remissiya dövrlərində yüksək səviyyəsi qanın laxtalanma qabiliyyətinin artması ilə korrelyasiya aşkar olunmuşdur. Fikrimizcə, P substansiyası ilə hemostaz sisteminin qarşılıqlı əlaqəsi onların immun sistem, o cümlədən sitokinlərlə qarşılıqlı əlaqəsi vasitəsilə reallaşır.Başqa sözlə, P substansiyası əsasən IL-1β, CD4-hüceyrələr, IL-2 və IFN-γ ilə qarşılıqlı əlaqəyə girərək, dolayısı ilə hemostaz sistemi ilə də əlaqəyə girmiş olur. Beləliklə, məlum olur ki, respirator xəstəliklərinin patogenezində mühüm rol oynayan immun sistem ayrılıqda deyil, digər vacib sistemlərlə, o cümlədən sinir və hemostaz sistemi ilə qarşılıqlı əlaqədə fəaliyyət göstərir. TXU-da respirator xəstəliklərin ağırlığı, fəsadlaşması, uzun srməsi, residivləşməsi və xronik hala keçməsində immun sistemlə yanaşı sinir və hemostaz sisteminin də böyük rolu vardır. [3,4,11].

Tez-tez xəstələnmənin uşaqların immungenetik aspektləri tədqiq etdikdə, müəyyən edik ki, əsasən B7 antigeninə mənsub olan uşaqlarda CD3 və əsasən də CD4-hüceyrələrin daha çox azalması nəzərə çarpmışdır. Başqa sözlə, CD4 hüceyrələrin əhəmiyyətli dərəcədə azalması B7 antigeninin rastgəlmə tezliyi ilə korrelyasiya olunmuşdur. Buradan belə nəticə çıxarmaq olar ki, TXU-da ikincili immundefisit vəziyyətinin yaranmasına risk əsasən B7-antigeninə mənsub olan uşaqlar arasında daha yüksəkdir[12].

TXU-nun 67,6%-də bağırsaq disfunksiyası qeydə alınmışdır[10]. Bağırsaq disbiozu müayinə edilən xəstələrdə bifido- və laktobakteriyaların əhəmiyyətli dərəcədə azalması, qram mənfi (klebsiella, protey,psevdomonas aeruginoza, e.Coli-nin hemolitik və laktozoneqativ ştammları) və qram müsbət (klostridiya, stafilokokkus aureus) şərti-patogen bakteriyaların aşkar edilməsi, bəzən onların assosiasiyası, eləcə də Candida cinsindən olan göbələklərin tapılması kimi təzahür etmişdir. TXU bağırsaq mikroflorasında həm obliqat, həm də fakultativ mikroorqanizmlərin miqdarına görə NXU-dan fərqlənmişdir.

Yuxarı tənəffüs yollarının mikrobiotunda TXU zamanı əksər hallarda Staphylococcus aureus aşkar edilmişdir. Bunların isə yüksək patogen və persistəetmək potensialı vardır. Müəyyən olunmuşdur ki, immun sistemin hələ tam formalaşmadığı uşaq orqanizmində, xüsusilə erkən yaşda şərti-patogen mikroflora belə, asanlıqla patogenə çevrilə bilər. Sübut olunmuşdur ki, uşaq yaşlarında respirator virus infeksiyaları şərti-patogen və ya persistə edən, latent infeksiyanı (ola bilsin ki,antenatal mənşəli) aktivləşdirmək qabiliyyətinə malikdir. Müəyyən olunmuşdur ki, tənəffüs yollarında kolonizasiya edən stafilokokkların rezidentlik xüsusiyyətləri nəticəsində yerli immunitet zəifləyir, nəticədə digər törədicilərin kolonizasiyası üçün əlverişli şərait yaranır. Stafilokokk sahib orqanizmi tərəfindən sintez olunan lizosimi, interferonu, immunoqlobulinləri, komplementi və bir çox başqa faktorları inaktivləşdirmək qabiliyyətinə malikdir [18-20]. Digər persistə edən infeksiyaların (xlamidiya, mikoplazma və s.) da belə bir qabiliyyətə malik olduqlarını düşünmək olar. Bəzi alimlər stafilikokkun uzun müddət insan orqanizmində qalmasını oxşar adaptiv mexanizmlərlə izah edirlər. Stafilokokk infeksiyasının yüksək kontagiozluğunu və ona qarşı əhali arasında yüksək həssaslığı nəzərə alsaq, bu infeksiyanın nə dərəcədə əhəmiyyət kəsb etdiyini anlamaq çətin deyil.

Biz tədqiq etdiyimiz xəstələrə immunomodulyator kimi kipferon(45 xəstədə) və imunofan(42 xəstədə) istifadə etmişik [6,8,22].

TXU-da hüceyrə immuniteti ilə yanaşı humoral immunitetdə də əhəmiyyətli dəyişikliklər müşahidə edildiyi, yuxarı tənəffüs yolları və bağırsaq disbiozu daha qabarıq olduğu hallarda immunmodulyator kimi, kipferon istifadə edilmişdir.Kipferonun 1 yaşa qədər uşaqlara gündə 1 dəfə 1 suppozitorium, 1-3 yaşda 1 suppozitoriumdam gündə 2 dəfə, 3 yaşdan böyük uşaqlara 1 suppozitoriumdan gündə 3 dəfə, 10 gün müddətinə təyini məsləhətdir. Təkrar kurs 2 həftədən sonra tətbiq edilmişdir.

TXU-da ikincili immundefisit vəziyyəti daha ağır olduğu hallarda və bu, əsasən hüceyrə immunitetinin çatışmazlığı hesabına baş verdikdə, opportunist infeksiyalar daha yüksək tezlikdə rast gəldikdə və şərti-patogen mikroflora ilə assosiasiyası olduqda (mix-infeksiya), o hallarda immunmodulyator imunofanın tətbiqi daha məqsədəuyğun olmuşdur.Umunofan hər kq cəkiyə 1 mkq dozada əzələyə 5 inyeksiya günaşırı, sonra isə həftədə 1 dəfə, 5 həftə müddətinə təyin edilmışdir.

Kompleks müalicə ilə birlikdə immunmodulyator kipferon və imunofan TXU-da immun, sitokin stasusu və qarşılıqlı əlaqə mexanizminə əsasən P substansiyası və hemostaz sistemində baş verən dəyişiklikləri aradan qaldırır, eləcə də yuxarı tənəffüs yolları və bağırsaq mikroflorasını tərkibini normallaşdırır, KRX ilə xəstələnmənin sayını azaldaraq residivlərin, fəsadların və iltihabın xronikləşməsinin qarşısını alır [6,8,22].

ƏDƏBİYYAT

1.Kərimova M.K. Kəskin pnevmoniyalı uşaqlarda immun və hemostaz sisteminin vəziyyəti,onlar arasındakı qarşılıqlı əlaqə və immunokorreksiya. Tibb.e.n.diss. Bakı, 1994. 94s.

2.Kərimova M.K. Tez-tez xəstələnən uşaqlarda respirator xəstəliklər zamanı sitokin statusunun öyrənilməsinin əhəmiyyəti // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, 2008, №3, s.112-114

3.Əyyubova A.A., Kərimova M.K. Tez-tez xəstələnən uşaqlarda respirator xəstəliklərinin patogenezində P-neyropeptid substansiyasının rolu // Azərbaycan tibb jurnalı, 2008, №4, s.65-66

4.Kərimova M.K.Respirator xəstəliklərlə tez-tez xəstələnən uşaqlarda sitokin statusu, P substansiyası və hemostaz sisteminin rolu, onlar arasındakı qarşılıqlı əlaqə // Azərbaycan onkologiya və hematologiya jurnalı, 2010, № 1, s.195-199

5.Əyyubova A.A., Kərimova M.K. Opportunist infeksiyaların tez-tez xəstələnən uşaqlarda respirator xəstəliklərin klinik-immunoloji göstəricilərinə təsiri // Azərbaycan Tibb jurnalı 2010, № 2, S. 63

6.Керимова М.К.Эффективность иммунобиологического препарата «Кипферон» у часто болеющих детей // Наука и новые технологии (Бишкек), 2008, №5-6, с.281-283

7.Karimova M.K.Viral enfeksiyon ajanları ile sık hastalanan çocukların sitokin durumunun değerlendirilmesi // Selçuk Tip Dergisi 2009, v. 25, No 2, s. 78-81

8.Керимова М.К.Применение иммуномодуляторов у часто болеющих детей с рецидивирующими респираторными инфекциями // Педиатрия и детская хирургия Казахстана, 2010, № 2, с.12-14

9.Эюбова А.А., Керимова М.К. Роль хламидийной инфекции у часто болеющих детей с респираторными заболеваниями // Аллергология и иммунология, 2010, т. 11, № 3, с. 263-265

10.Керимова М.К.Микробиоценоз кишечника и коррекция дисбактериоза у часто болеющих детей // Педиатрия и детская хирургия Казахстана, 2011, №4, с.30-34

11.Karimova M.K.Cytokine status and substance P in frequently ailing children with ARI, influence of these changes to the respiratory diseases // Georgian respiratory journal, 2011, v.7, No 1, p. 35-38

12.Karimova M.K.The study HLA-antigenes and cytokine status of freqmently ill children with ARVİ / Avropa allerqologiya və klinik immunologiya Akademiyasının 31-ci konqresinin materialları toplusu. Cenevrə, 2012, s. 1020

13.Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты: пути оздоровления. Саратов, 1986, 184с.

14.Намазова Л.С., Ботвиньева В.В., Торшхоева Р.М., Таги-заде Т.Г., Таранушенко Т.Е. Часто болеющие дети мегаполисов: лечение и профилактика острых респираторных инфекций // Педиатрическая фармакология, 2005, Том2, №1, с.3-7

15.Маркова Т.П. Применение иммунотропных препаратов комплексном лечении и вакцинации детей с иммунодефицитными состояниями: Автореф. дис. …док.мед.наук. М., 2011, 49 с

16.Самсыгина Г.А. О рецидивирующей инфекции респираторного тракта у детей // Педиатрия, 2012, Том 91, №2, с.6-8

17.ЯрилинА.А. Система цитокинов и принципы ее функционирования в норме и при патологии // Иммунология, 1997, №5, с. 7-13

18. Кузнецов В.Ф. Показатели иммунного и цитокинового статуса у носителей условнопатогенной и патогенной микрофлоры / Материалы VIII съезда всерос. общ-ва эпидемиологов, микробиологов и паразитологов. М., 2002, Т. 1, с. 192-193.

19.Чернова О.Л. Персистенция стафилококков как модель системы «паразит-хозяин». Автореф. дис....д.м..н. Пермь, 2000, 46с.

20.Покровский В.И., Поздеев О.К. Медицинская микробиология. М.: Медицина ГЭОТАР, 1999, 318 с.

21.Кузник Б.И., Цыбиков Н.Н. Аутоиммунные механизмы регуляции системы гемостаза // Сибирский онкологический журнал, 2005, №1 (13), с.88-95.

22. Karimova M.K., Ayyubova A.A., Magerramov M.A. Study of the efficiency of imunofan in freqnently ill children / International journal on immunoreabilitation. New-York, USA, 2012, p.89

Резюме

Основные патогенетические механизмы,влияющие на течение респираторных заболеваний у частоболеющих детей и их корркция

М.К. Керимова

Целью нашей работы явилось выявить патогенетические механизмы респираторных заболеваний у частоболеющих детей и проведение их корркции,а также прогнозировать вторичных иммунодефицитных состояний.

С этой целью были обследованы 340 детей часто болеющих с острыми респираторными заболеваниями в возрасте от 6 месяцев до 6 лет, и 125 редко болеющих детей для сравнения. Контрольную группу составили 30 практически здоровые дети анологичного возраста.

Результаты наших исследований показали, что у ЧБД в остром периоде респираторных заболеваний снижается уровень показателей клеточного иммунитета (в основном, CD3-клеток, CD4-клеток и индекс иммунорегуляторных клеток CD4/CD8), отмечается дисбаланс показателей гуморального иммунитета (снижение содержания IgA, IgG, повышение IgM и IgE). Со стороны цитокинового статуса отмечается повышение провоспалительных цитокинов IL-1β, TNF-α, IL-6,IL-8 и снижение уровня IL-2 и IFN-γ.В остром периоде заболевания отмечается также повышение уровеня нейропептида- субстанции Р и свертывание крови. Отмечена высокая степень корреляции между показателем иммунной системы, в том числе и цитокинового статуса,субстанции Р и показателей системы гемостаза.Нами было обнаружено,что клиническая ремиссия респираторных заболеваний у ЧБД не сопровождаются нормализацией показателей иммунной системы,цитокинового статуса, субстанции Р и системы гемостаза. Высокий уровень провоспалительных цитокинов IL-1β,TNF-α, IL-6, IL-8 и IgM в периоде клинической ремиссии свидетельствует о продолжающемся воспалителтном процессе,что связано с персистенцией инфекционного агента.Из этих инфекционных агентов у наших больных выявлялись хламидийная,микоплазменная,цитомегаловирусная инфекции,а также Staphylococcus aureus и Candida albicans. У наших ЧБД в 67,6% случаев отмечался дисбактериоз, которого тяжесть коррелировалась снижением иммунной системы.

Результаты исследования HLA-антигенов у наших больных показали,что в генотипе которых есть HLA-B7 антигенов,имеют более сниженные число CD4-клеток и индекс иммунорегуляторных клеток, что может свидетельствовать этих детей к вторичному иммунодефицитному состоянию.

Вторичное иммунодефицитное состояние, в основном наблюдалось у детей с обструктивной формой рецидивирующего бронхита и у детей с осложненной пневмонией,у которых выявлялись оппортунистические,условно-патогенные инфекции в виде mix-инфекции.

С целью иммунокоррекцию мы применяли иммуномодулятора Кипферон и Имунофан. В тех случаях,когда дисбиоз верхних дыхательных путей и кишечника, дисиммуноглобулинемия были более выражены, мы применяли Кипферон, а в тех случаях когда снижение клеточного иммунитета было более выражено, применяли Имунофан.

Кипферон был назначен в периоде клинической ремиссии, ректально, детям до 1 года по 1 суппозиторию в день, с 1 года до 3 лет – по 1 суппозиторию 2 раза в день, с 3 лет – по 1 суппозиторию 3 раза в деньв течении 10 дней.Зависимо от иммунологических показателей курс лечения повторился 2-3 раза через 2 недели.

Имунофан был назначен по 1 мкг на кг весвнутримышечно, 5 инъекций через день, а потом в недели 1 раз в течении 5 недель.

Результаты наших исследований выявили, что у детей частоболеющих острыми респираторными заболеваниями применение иммуномодулятора Кипферон и Имунофан приводит к положительной динамике иммунологических показателей, показателей цитокинового статуса, субстанции Р, системы гемостаза, устраняет дисбиоз верхних дыхательных путей и кишечника, предотвращает осложнения, рецидивы, хронизации воспалительного процесса.

Summary

Influence of the main pathogenetic mechanisms on course of respiratory diseases in frequently ill children and their correction

M.K.Karimova

The aim of our study was to identify the pathogenic mechanisms respiratory diseases in FIC and their correction,as well as to predict the secondary immunodeficiencies. To this end, were examined 340 FIC with respiratory diseases at the age of 6 months to 6 years, and 125 seldom ill children for comparison. The control group consisted of 30 healthy children similar age. Patients were examined in the acute period of the disease and in the period clinical remission.

Our results show that in the acute period of the respiratory disease,reduced the level of cellular immunity (mainly, CD3-cells, CD4-cells and the index immunoregulator cells), marked imbalance of humoral immunity reduction of IgA and IgG, increase of IgM and IgE.By the marked in cytokine status increase proinflammatory cytokines IL-1β, TNF-α, IL-6, IL-8,and reducing IL-2 and IFN-γ. In acute period of the disease is marked as raising the neuropeptide –substance P and blood clotting. The high correlation between the immune system including cytokine status,substance P and hemostatic system. We found that the clinical remission of respiratory diseases in FIC is not accompanied by a normalization parameters of the immune system, cytokine status, substance P and hemostatic system. High level of proinflammatory cytokines in the period of clinical remission, reflect ongoing inflammation, which is associated with persistence of the infection agent.Of these infectiousin our patients revealed chlamydia, mycoplasma, cytomeqalovirus and Staphylococcus aureus, Candida albicans.Our FIC in 67.6% of cases observed dysbiosis,the severity of which correlated decrease the immune system.

Results of the study HLA-antigens in our patients showed that genotype which is HLA-B7 antigen, have a reduced number of CD4-cells and the index immunoregulator cells, which may indicate the children to secondary immundeficiencies, mostly observed in children with obstructive form recurrent bronchitis and complicated pneumonia, which revealed the opportunistic infections in the form of mixed infection.

Purposely immunocorrection, we used immunomodulators Kipferon and Imunofan. In cases where dysbiosis upper respiratory tract and intestinal, dysimmunoglobulinemia were more severe, we applied Kipferon, and in those cases where the decrease cellular immunity was more pronounced, used Imunofan. Kipferon was appointed during the period clinical remission, rectal, children under 1 year, 1 suppository a day, from 1 to 3 years- 1 suppository 2 times a day, over 3 years- 1 suppository 3 times a day, 10 days.Regardless of the immunological parameters,treatment was repeated 2-3 times after 2 weeks.

Imunofan was assigned to 1 mkg per kg of weight,intramuscullary,5 injections,one every two days,then 1 per week for 5 weeks.

Our results revealed that children with frequent episodies of acute respiratory diseases,the use of immunomodulators Kipferon and Imunofan leads to positive dynamic of immunological parameters,cytokine status,substance P, hemostasis, eliminated dysbiosis upper respiratory tract and intestinal, prevent complications, recurrence, chronic inflammation.

Daxil olub:22.05.2013

ПОРАЖЕНИЕ КОСТНО-СУСТАВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Ш.Р.Мамедова
Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии, г.Баку

Açar sözlər: sümük-oynaq sistemi, şəkərli diabet, zədələnmə
Ключевые слова: костно-суставная система, сахарный диабет, поражение
Keywords: osteoarticular system, diabetes, defeat

Поражение костно-суставной системы при сахарном диабете (СД) наблюдается достаточно часто (до 77,8% случаев) [1,7], распространенность диабетической остеоартропатии (ДОАП) колеблется от 0,7 до 6,8% [11].

ДОАП развивается, как правило, спустя 6-10 лет после начала заболевания и чаще встречается при лабильном течении СД. Имеются указания на корреляцию частоты ДОАП и наличия микро- и макроангиопатий, нейропатий.

В развитии ДОАП первостепенное значение отводится инсулиновой недостаточности [7]. Важную роль играют нарушения углеводного, белкового, минерального обмена, гормональные расстройства, ангио- и нейропатия. Последняя вызывает усиление костного кровотока, что и является основным звеном патогенеза ДОАП. Это постепенно приводит к резорбции костной ткани вследствие дисбаланса остеобластной и остеокластной активности [13]. В случае нарушения углеводного обмена недостаточность инсулина приводит к угнетению остеобластов, развитию метаболического ацидоза, который повышает активность остеокластов. На фоне инсулинорезистентности усиливается секреция глюкокортикоидов и адренокортикотропного гормона с подавлением выработки половых гормонов и развитием вторичного гиперпаратиреоза. Вследствие катаболического действия глюкокортикоидов возникает нарушение белкового обмена в костях. Из-за нарушения выработки соматотропного гормона инсулиновая недостаточность приводит к образованию в организме больных СД атипичных мукополисахаридов с нарушением костного матрикса, поскольку именно соматотропный гормон отвечает за нормальную проницаемость мембран клеток для глюкозы и аминокислот, повышает пролиферативную активность фибробластов и создает оптимальные условия для своевременного формирования коллагеновой стромы и ее минерализации [16]. Автономная дисфункция часто сопутствует соматической диабетической нейропатии (ДНП), характеризуется снижением или полным отсутствием функции потоотделения (сухая, истонченная кожа). Следствием вегетативной ДНП, которую можно охарактеризовать как аутосимпатэктомию, является обызвествление медии артерий (склероз Менкеберга). Данное проявление вегетативной ДНП наблюдается у 25% больных СД и определяется рентгенологически, однако нередко ошибочно трактуется как облитерирующий атеросклероз. Автономная ДНП вызывает увеличение кровотока в поверхностных сосудах кожи, что обусловливает повышенную температуру кожных покровов стоп, усиленное кровенаполнение и контурирование вен кожи даже в горизонтальном положении тела. Эти изменения являются следствием образования артериовенозных шунтов, по которым артериальная кровь, минуя капиллярную сеть, сбрасывается в венозное русло, приводя к фактическому снижению капиллярного кровотока.

Костная ткань из-за слабого развития микроциркуляторного русла менее адаптирована к условиям гипоксии и преобладанию анаэробного гликолиза. Это приводит к ранним изменениям костей при СД, которые клинически проявляются раньше, чем поражения мягких тканей. Патологический процесс при этом направлен «от кости к коже» [13, 15]. Повышенная температура кожных покровов на стопах скорее свидетельствует о наличии активного процесса ДОАП, чем о состоянии периферического кровотока. ДОАП, развивающаяся вместе с ДНП, является одним из ее проявлений. Наиболее выраженные изменения костных структур и связочного аппарата наблюдаются именно в области стопы и часто называются «суставом или стопой Шарко» [4]. B. Newman классифицировал различные формы неинфекционных поражений костей и суставов при ДНП: остеопороз, гиперостоз, остеолиз, собственно сустав Шарко, патологические переломы и спонтанные вывихи. Важное значение имеет определение стадийности развития стопы Шарко.

Наличие у больного ДНП может маскировать спонтанные переломы костей стопы, которые диагностируются лишь при рентгенологическом обследовании. Наибольшая эффективность терапевтического воздействия возможна на 1-й и 2-й стадиях ДНП. Очень высок риск возникновения билатеральной нейроостеоартропатии, поэтому важно вовремя заметить поражение второй стопы. Признаком неблагоприятного прогноза считается вовлечение в процесс голеностопного сустава. Подозрение на наличие нейроостеоартропатии требует внимания специалистов, поэтому такие пациенты должны быть направлены в один из центров диабетической стопы. В последнее время особое внимание уделяется реконструктивной технике при наличии стопы Шарко, которую рекомендовано проводить в подострой стадии.

Итак, ДОАП представляет собой самостоятельную нозологическую форму, в развитии которой различают *четыре стадии*:

1) наличие отека стопы, гипертермии и гиперемии;

2) возникновение деформации стопы; рентгенологически определяются костные изменения в виде остеопороза, костной деструкции и фрагментации;

3) выраженная деформация стопы, наличие спонтанных переломов и вывихов;

4) образование язвенных дефектов; при инфицировании возможно быстрое развитие гангрены.

ДОАП наряду с ангиопатией и ДНП играет важную роль в патогенезе развития и течения синдрома стопы диабетика и является одной из причин ранней инвалидизации больных СД [15]. Наличие ДОАП в значительной степени определяет лечебную тактику для таких пациентов [13]. Чаще поражаются суставы нижних конечностей: голеностопные (10% больных), предплюсневые (60%), плюснефаланговые (30%); реже – коленные, тазобедренные. Процесс, как правило, односторонний, в 20% случаев может быть двусторонним. *Клиническая картина* складывается из болевого синдрома в области пораженных суставов, деформации суставов, иногда с припухлостью. Часто боль выражена слабо или отсутствует, несмотря на изменения, подтверждаемые рентгенологически. Это связано с наличием сопутствующей ДНП и расстройств чувствительности.

Рентгенологические изменения различны: от умеренного эпифизарного остеопороза, субхондрального склероза с краевыми остеофитами, патологической перестройки костной ткани, напоминающей перелом, вплоть до развития остеолизиса и секвестрации.

Известно, что остеопороз – это системное заболевание скелета, характеризующееся низкой костной массой и повреждениями микроархитектоники костной ткани с последующим увеличением хрупкости кости и ее подверженности переломам.

В большой серии исследований у больных СД типа 1 выявлена умеренная остеопения кортикальных костей (J. Auwerx et al., 1988). Возможные механизмы ее развития включают гипергликемию, уменьшение реабсорбции кальция или фосфатов почками, гипокальциемию и нарушение обмена витамина D.

Основные звенья патогенеза остеопороза при СД (Л.Я. Рожинская, 2000):

-абсолютный дефицит инсулина → снижение выработки остеобластами коллагена и щелочной фосфатазы, необходимых для образования костного матрикса и его минерализации; уменьшение стимуляции остеокластов, опосредованной инсулиноподобными факторами роста (секретируются в печени);

-прямое влияние высокой концентрации глюкозы за счет конечных продуктов гликозилирования → усиление резорбции кости остеокластами;

-сниженная секреция инсулина → недостаток активных метаболитов витамина D → снижение всасывания кальция в кишечнике, увеличение секреции и активности паратгормона → отрицательный баланс неорганических элементов в организме и усиление резорбции костной ткани.

Помимо перечисленных выше звеньев патогенеза остеопороза способствуют развитию остеопении также осложнения СД:

-микроангиопатия сосудистого русла костей приводит к нарушению их кровоснабжения;

-гипогонадизм, особенно у пациентов, страдающих СД с раннего возраста, препятствует достижению нормального пика костной массы как у юношей, так и у девушек;

-при СД типа 1 наблюдается дефицит соматотропного гормона, необходимого для формирования пика костной массы и развития скелета;

-при СД типа 1 часто встречается дефицит массы тела, что является фактором риска низкой костной массы, предположительно опосредованного через снижение продукции эстрогенов и их метаболизма в жировой ткани.

Скрининговое обследование с целью выявления остеопороза при СД должно включать [12]:

1)опрос с помощью стандартизованной формы для оценки факторов риска (наибольший удельный вес среди них занимают гормональный дисбаланс и неблагоприятные экологические факторы), выяснения наличия переломов в анамнезе и уточнения характера болевого синдрома;

2)биохимическое исследование по общепринятым методикам с определением содержания в крови общего кальция, фосфора и уровня щелочной фосфатазы для изучения взаимосвязи показателей фосфорно-кальциевого обмена и плотности костной ткани;

3)определение уровня С-пептида в крови;

4)исследование минеральной плотности костной ткани с помощью ультразвукового денситометра.

Долгосрочное динамическое наблюдение больных СД с остеопенией можно осуществлять с применением алгоритма мониторинга.

ЛИТЕРАТУРА

1.Балаболкин М.И. Сахарный диабет. М.: Медицина, 1994, 384 с.

2.Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Применение витаминов с антиоксидантным действием в комплексной терапии сахарного диабета // Лечащий врач, 2007, № 10, с. 52-55.

3.Беневоленская Л.И. Проблема остеопороза в современной медицине // Consilium medicum, 2004, Т.6, № 2.

4. Дедов И., Кураева Т., Петеркова В., Щербачова Л. Состояние опорно-двигательной системы. Остеопения и остеопороз. Липоидный некробиоз // Диабетик, 2006, № 4, с.10-15.

5. Дедов И., Кураева Т., Петеркова В., Щербачова Л. Состояние опорно-двигательной системы. Ограниченная подвижность суставов // Диабетик, 2005, № 3, с.10-17.

6. Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет. Руководство для врачей. М.: Универсум Паблишинг, 2003, с.269-278.

7. Лечение диабетической полинейропатии и других дистрофическо-дегенеративных и воспалительных заболеваний периферической нервной системы метаболическими препаратами: Метод. рекомендации. М.: Медпрактика, 2002, 36 с.

8. Лохвицкий С.В., Афанасьев А.Н., Маламуд М.Я. Диабетическая гнойная остеоартропатия: патогенез, клиника, лечение. – Караганда, 1995. – С. 154.9. Ляпис М.О. Синдром стопи диабетика.

10. Муравьева И.Н., Кондратова Т.В. Остеопороз как проблема современности и его особенности у больных с эндокринной патологией // Новые медицинские технологии, 2004, № 2, с.40-44.

11. Пантьо В.І., Шимон В.М., Харитонова З.Б. та ін. Діабетична остеоартропатія: патогенез, клініка, лікування із збереженням органа // Практика і досвід., 2007, № 2, с.47-51.

12. Рациональная фармакотерапия заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ. Руководство для практикующих врачей / Под общ. ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. М.: Литтерра, 2006, 1080 с.

13. Шупер В.А., Тедеева М.К., Красная Ю.В., Шупер С.В. Комплексная терапия диабетической периферической полинейропатии // Всеукр. мед. альманах, 2005, Т. 8, № 3, с. 26-30.

14. Yadlapalli N.G., Vaishnav A., Sheehan P. Conservative management of diabetic foot ulcers complicated by osteomyelitis // Wounds, 2002, v.14 (1), p.31-35.

15. Zhang W., Doherty M., Leeb B.F. et al. Eular evidence based recommendations for the management of hand osteoartriti- report of a task force of the Eular Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT) // Ann. Rheum. Dis., 2006, v.17

Xülasə

Şəkərli diabetli xəstələrdə sümük-oynaq sistemi zədələnmələri

Ş.P.Məmmədova

Şəkərli diabetli xəstələrdə sümük-oynaq sistemi zədələnmələri kifayət qədər geniş yayılmışdır (77,8%). Diabetik osteoartritin yayılma dərəcəsi 0,7-6,8% arasında tərəddüd edir. Göründüyü kimi bu məsələ tibbi cəhətdən böyük əhəmiyyət kəsb edir. Bunu nəzərə alaraq həmin məqalədə ədəbiyyat materialları təhlil edilmişdir.

Summary

Disorders in patients suffering from diabetes, bone-joint system

Sh.P.Mamedova

Disorders in patients suffering from diabetes, bone-joint system is fairly widespread (77.8%). Osteoartritin diabetic prevalence rate varies between 0,7-6,8%. As can be seen from the medical point of view, this issue is of great importance. Given this literature materials were analyzed in this article.

Daxil olub: 29.08.2013

XORA MƏNŞƏLI KƏSKIN QASTRODUODENAL QANAXMALAR ZAMANI KOMPLEKS KONSERVATIV TERAPIYA FONUNDA IMMUNITETIN T- VƏ B- HƏLQƏSINDƏ BAŞ VERƏN DƏYIŞIKLIKLƏR

V.A. Allahverdiyev

Azərbaycan Tibb Universitetinin Ümumi cərrahlıq kafedrası, Bakı;

Ukrayna TEA-nın V.T. Zaytsev adına Ümumi və Təxirəsalınmaz Cərrahlıq İnstitutu, Xarkov

Açar sözlər: xora, kəskin qastroduodenal qanaxmaları, konservativ terapiya, immun göstəricilər

Ключевые слова: язва, острый гастродуоденалбное кроветечение, иммунные показатели

Keywords: ulcer, acute gastroduodenal bleeding, immune parameters

Kəskin qastroduodenal qanaxmalar (KQDQ) mədə və onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyinin gedişini 12 -18 % hallarda ağırlaşdırır [6] və son illər belə xəstələrin sayı artmaqda davam edir [2,]. KQDQ zamanı ən müasir klinikalarda letallıq konservativ müalicə alanlarda- 6,5% və əməliyyat keçirmiş xəstələrdə 18% olduğundan [4] son illər xora xəstəliyinin hemorragik ağırlaşmalarının müalicəsində adekvat konservativ terapiyaya üstünlük verilir [3,5]. Müasir dövrdə KQDQ-nin müalicə proqramı üç hissədən ibarətdir: səmərəli endoskopik hemostaz və qanaxmanın residivinin profilaktikası; adekvat və balanslaşdırılmış antisekretor və bərpaedici terapiya; „ölçülüb-biçilmiş" cərrahi taktika [4].

Xora xəstəliyinin kəskin ağırlaşmalarının baş verməsində immun pozğunluqlar böyük rol oynayır [7]. Lakin KQDQ zamanı immun sistemdə meydana cıxan pozğunluqların qiymətləndirilməsində yekdil fikir yoxdur. [1, 8, 10].

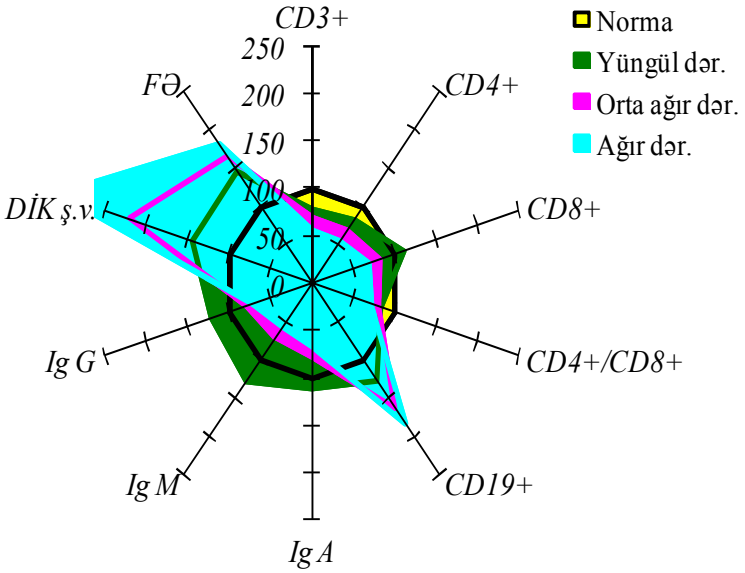
İşin məqsədi. Kompleks konservativ terapiya almış KQDQ-li xəstələrdə immunitetin T- və B-həlqəsində baş verən dəyişikliklərin dinamikada öyrənilməsi.

Material və metodlar. KQDQ diaqnozu ilə kompleks konservativ müalicə almış 37 xəstə klinik-laborator-endoskopik müayinə olunmuş, bu xəstələrdə immunoloji tədqiqatlar aparılmışdır. Tədqidatlar aparılmış xəstələrdən 29-u kişi, 8-i qadın olmuşdur. Klinik müayinə zamanı 7 xəstədə xoranın mədədə, 27 nəfərdə onikibarmaq bağırsaqda və 3-də müştərək xoranın olduğu müəyyən edilmişdir. Daxil olarkən bütün xəstələrdə fibroqastroduodenoskopiya aparılmış və qanaxmanın aktivliyi J.Forrest təsnifatına əsasən qiymətləndirilmişdir: Ib-5, Iia- 9, Iib-11, Iic-9 və III-3. Xəstələrdə qanitirmənin həcmi А.И. Горбашко (1982) və Н.Я. Яицкий с соавт. (2002) üsulu ilə təyin edilmişdir: yüngül qanitirmə 11 xəstədə, orta ağırlıqlı- 12 nəfərdə və ağır dərəcəli qanitirmə 14 xəstədə. Aktiv qanaxma olan xəstələrdə endoskopik hemostaz aparılmış və KQDQ diaqnozu təsdiqlənmiş bütün xəstələrdə kompleks infuzion-transfuzion, ümumi hemostatik, antisekretor, antihelikobakter və bərpaedici konservativ terapiya aparılmışdır.

Xəstələrdə stasionara daxil olarkən, müalicənin 3, 7 və 14-cü sutkalarında periferik qanda CD3+, CD4+, CD8+ və CD19+ - limfositlər, monoklonal antitellərdən istifadə etməklə düzünə immunflüoressensiya metodu ilə təyin edilmişdir. Həmçinin, zərdab immunoqlobulinləri (Jg A, M, G), qranulositar neytrofillərin faqositar indeksi (Fİ) və faqositar ədədi (FƏ), CD4+/CD8+ nisbəti, dövranedən immunkompleks (DİK) də dinamikada öyrənilmişdir.

15 sağlam şəxsin öyrənilən göstəriciləri norma kimi götürülmüşdür. Tədqiqat zamanı alınmış riyazi rəqəmlər müasir statistik üsullarla işlənmişdir.

Nəticələr və onların müzakirəsi. Alınmış nəticələr göstərdi ki, KQDQ ilə klinikaya daxil olmuş xəstələrdə immunitetin hər iki həlqəsində əhəmiyyətli dəyişikliklər baş verir. Lakin immunitetin T- və B- həlqəsində aşkarlanan dəyişikliklərin dərinliyi və immunitet göstəriciləri arasındakı balansın pozulmasının istiqaməti itirilən qanın miqdarından birbaşa asılı olmuşdur (şək.1).

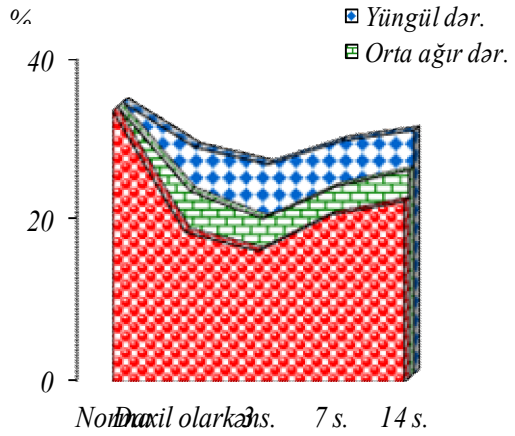


Şək.1. Xəstələr klinikaya daxil olarkən immun status göstəricilərinin itirilən qanın miqdarından asılılığı.

1 saylı şəkildən göründüyü kimi, ağır dərəcəli kəskin qanitirmə olan xəstələrdə hüceyrə və humoral immunitetdə dərin immunodepressiya halı qeyd edilir.

Praktik olaraq qanitirmənin bütün ağırlıq dərəcələrində konservativ müalicə fonunda dinamikada hüceyrə immuniteti göstəricilərində normallaşmağa doğru bir meyl nəzərə çarpır. Lakin öyrənilən immun göstəricilərin dəyişmə dinamikası qanitirmənin dərəcəsindən asılı olur. Belə ki, yüngül dərəcəli qanitirmədə qanda normadan 21,1% ($p<0,001$), orta ağırlıqlı qanitirmədə 30,5% ($p<0,001$) və ağır dərəcəli qanitirmədə 43,7% ($p< 0,001$) az olan CD3+-limfositlərin miqdarı dinamikada artaraq müşahidənin 14-cü sutkasında normadan müvafiq olaraq statistik dürüst 15,9%, 24,0% və 28,8% az olan səviyyəyə çatır.

Analoji qanunauyğunluq CD4+, CD4+/CD8+ və faqositar indeks kimi immunoloji güstəricilərin dəyişmə dinamikasında qeyd edilir (şək.2).



Şək.2. Qanitirmənin dərəcəsindən asılı olaraq periferik qanda CD4+ limfositlərin miqdarının dəyişmə dinamikası

Xəstələr daxil olarkən periferik qanda yüngül dərəcəli qanitirmədə normadan statistik qeyri-dürüst 11,4% çox, orta ağırlıqlı qanitirmələrdə 17,6% (p<0,01) və ağır dərəcəli qanitirmələrdə isə 31,2% (p<0,001) az olan CD8+-limfositlərin miqdarı kompleks konservativ terapiya hesabına dinamikada normallaşmağa doğru istiqamətlənsə də müşahidənin sonuna normallaşma baş vermir.

Analoji dəyişmə dinamikası immunitetin B-həlqəsi göstəricilərində də müşahidə edilir (cədvəl).

Cədvəl

Qanitirmənin dərəcəsindən asılı olaraq humoral immunitet

Göstərici	Qanitirmənin dərəcəsi	Tədqiqatın müddəti (sutka)				Norma
		Daxil olarkən	3	7	14	
CD19+, %	Yüngül	16,3±0,9 11-21**	17,6±0,8 14-22***	15,8±0,6 12-18**	15,0±0,7 10-18*	12,8±0,5 9-16
	Orta ağır	20,8±1,0 15-26***	23,5±1,4 16-29***	21,0±1,3 15-27***	17,7±0,3 11-23***	
	Ağır	23,4±0,9 16-28***	25,8±0,7 22-31***	22,1±1,3 18-29***	19,0±1,2, 14-25*** ^ ^	
Ig A, q/l	Yüngül	3,00±0,21 1,6-3,7	3,30±0,20 1,8-3,9*	3,20±0,18 1,8-3,7*	2,90±0,19 1,5-3,7	2,7±0,15 1,5-3,4
	Orta ağır	2,10±0,13 1,3-2,7**	1,80±0,13 1,1-2,3***	2,20±0,19 1,4-3,1	2,30±0,19 1,5-3,2	
	Ağır	1,79±0,05 1,3-2,1***	1,50±0,06 1,2-1,8*** ^ ^	1,90±0,07 1,6-2,4***	2,00±0,13 1,6-3**	
Ig M, q/l	Yüngül	1,80±0,15 1,1-2,5*	2,10±0,19 1,3-3,1**	1,70±0,17 1,1-2,8	1,60±0,13 1-2,3	1,40±0,12 0,7-2,5
	Orta ağır	1,00±0,08 0,5-1,3*	0,80±0,07 0,4-1,1***	0,90±0,08 0,6-1,3**	1,10±0,09 0,8-1,7	
	Ağır	0,80±0,05 0,5-1,2***	0,67±0,05 0,5-1,1***	0,78±0,06 0,5-1,2***	0,90±0,10 0,6-1,6**	
Ig G, q/l	Yüngül	16,1±1,0 10,3-19,5**	17,9±1,0 11,3-21,5***	16,3±1,1 10,3-20,6**	15,5±0,8 9,6-18,5*	13,3±0,4 10,3-15,7
	Orta ağır	10,6±0,3 7,6-11,5***	8,80±0,4 6,0-9,7*** ^ ^	10,9±0,5 8,1-12,8**	11,7±0,6 8,5-14,1*	
	Ağır	9,5±0,3 7,6-11,3***	7,6±0,3 6-8,7*** ^ ^ ^	8,8±0,3 6,2-9,7***	10,5±0,6 8,1-14,6***	
DİK, s.v.	Yüngül	130,6±8,5 72-160***	155,2±12,3 90-210***	147,3±8,9 90-180***	122,5±6,8 80-150***	90,4±4,9 72-160
	Orta ağır	200,4±13,4 90-250***	234,8±21,2 101-290***	190,1±12,4 86-220***	159,2±8,2 90-180*** ^	
	Ağır	278,1,1±13,9 105-310***	319,0±20,0 130-380***	255,3±13,6 110-280***	209,8±16,7 90-260*** ^ ^	

Qeyd: 1. Norma ilə: * - p < 0,05; ** - p < 0,01; *** - p<0,001; 2. İlkin göstərici ilə: ^ - p < 0,05; ^ ^ - p < 0,01; ^ ^ ^ - p < 0,001

Beləliklə, dinamikada aparılmış immunoloji tədqiqatlar göstərdi ki, immunitetin hər iki həlqəsində meydana çıxan dəyişikliklərin dərinliyi itirilən qanın miqdarından asılı olur və kompleks konservativ terapiya müalicənin sonuna heç bir göstəricini normallaşdıra bilmir.

Nəticələr:

1.Xora mənşəli KQDQ orqanizmin hüceyrə və humoral immunitetində meydana çıxan dəyişikliklərlə müşayiət olunur. İmmunoloji dəyişikliklərin dərinliyi və istiqaməti birbaşa itirilən qanın miqdarından asılı olur.

2.İmmunitetin limfositar - hüceyrə həlqəsində CD4+ potensialının, immunorequlyator indeksin (CD4+/CD8+) və neytrofillərin faqositar aktivliyinin azalması KQDQ zamanı supressor tipli pozğunluğun olmasını göstərir.

3.Humoral immunitetdəki dəyişikliklər CD19+ limfositlərin dövran edən kompleks miqdarının artması fonunda disimmunoqlobulinemiya ilə xarakterizə olunur.

4.Etibarlı hemostazdan sonra aparılan kompleks konservativ terapiya immunsupressiya halını müəyyən qədər aradan qaldırsa da, tam normallaşma baş vermir.

ƏDƏBİYYAT

1. Quliyev E.R. Xora mənşəli kəskin mədə-bağırsaq qanaxmaları zamanı immunoloji dəyişikliklər və onların səmərəli korreksiyası. Tibb elmləri nam. ...diss. avtoreferatı. Bakı, 2007, 20 s.

2. Багненко С.Ф., Вербитский В.Г., Синенченко Г.И., Курыгин А.А. Применение протоколов организации лечебно – диагностической помощи при язвенных кровотечениях в клинической практике // Вест. Хирургии, 2007, № 4, с.71-76.

3. Брискин Б.С., Гарсия Х.С. Возможности использования ингибитора протонной помпы омепразола (Лосек) для лечения кровоточащих дуоденальных язв // Фарматека, 2005, № 4-5, с.18-21.

4. Кондратенко П.Г., Раденко Е.Е. Профилактика рецидива гастродуоденального кровотечения язвенной этиологии. // Український Журнал Хірургії, 2011, № 4, с.129 – 134

5. Кондратенко П.Г., Раденко Е.Е. Эффективность эндоскопических методов в лечении больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. // Український Журнал малоінвазивної та ендоскопічної Хірургії, 2007, №1, с. 35-36

6. Лупальцев В.И. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Хирургической лечение. К.: Лига – Информ, 2009, 133 с

7. Маев И.В., Гаджиева М.Г., Овчинникова Н.И. Иммунные нарушения при эрозивно–язвенных поражениях слизистой оболочки гастродуоденальной зоны // Клин. мед., 2004, №12, с. 4-9

8. Мамедов Р.А. Современные подходы к прогнозированию осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. д-ра мед. наук. Баку, 2006, 43 с

9. Синенченко Г.И., Багненко С.Ф., Курыгин А.А., Курыгин Ал.А. Хирургические проблемы неотложной гастроентерологии. М.: ГИС, 2009, 520 с

10.Шапкин Ю.Г., Чалык Ю.В. Калюжный А.И. Перспективность аутоиммунных тестов для прогнозирования течение и оценки эффективности проводимого лечения язв желудка и двенадцатиперстной кишки, сопровождающихся кровотечением // Анналы хирургии, 2011, №4, с. 55-58

Резюме

Нарушения Т- и В звена иммунитета на фоне комплексной консервативной терапии при острых гастродуоденальных кровотечениях язвенного генеза.

В.А.Аллахвердиев

Проведены исследования в динамике в периферической крови Т- и В звена иммунитета при острых гастродуоденальных кровотечениях (ОЯГДК) у 37 больных на фоне комплексной консервативной терапии в зависимости от степени кровопотери. У 11 больных была легкой степени, у 12 –средней тяжести и у 14- тяжелая степень кровопотери. Активность кровотечения оценивалось по J. A. Forrest: Ib – у 5, IIa – у 9, Iib – у 11, IIc – у 9 и III – у 3 больных. На фоне эндоскопического гемостаза у больных с активным кровотечением проведена комплексная консервативная терапия (инфузионно-трансфузионная, гемостатическая, антисекреторная, антихеликобактерная и восстановительная). Установлено, что у всех больных при поступлении отмечалось снижение показателей Т-звена иммунитета с повышением уровня CD19+ - лимфоцитов. Глубина этих изменений напрямую зависело от объема кровопотери- чем больше кровопотеря, тем глубже иммунные нарушения. Проведенная комплексная консервативная терапия к концу сроку наблюдения в некоторой степени устраняет иммуносупрессию, но нормализация не происходит.

Summary

Violations of T and B immunity against the background of complex conservative therapy for acute gastroduodenal bleeding ulcer genesis.

V.A. Allahverdiyev

The research in the dynamics of peripheral blood T and B immunity in acute gastroduodenal bleeding (OYAGDK) in 37 patients on a background of complex conservative therapy depending on the degree of blood loss. 11 patients had mild, 12 moderate, and 1- a heavy degree of blood loss. Active bleeding was assessed by J. A. Forrest: Ib- 5, IIa- 9, Iib- 11, IIc - 9 and III – in 3 patients. On the background of endoscopic hemostasis in patients with active bleeding conducted and conservative therapy (infusion-transfusion, haemostatic, antisecretory, H. pylori and replacement). Found that all patients on admission noted decline in T- immunity with increased levels of CD19 + - lymphocytes.

The depth of these changes depended on the amount of blood loss - the more blood loss, the deeper immune disorders. Conducting complex conservative therapy by the end of the time of observation to some extent eliminates immunosuppression, but normalization is not happening.

Daxil olub: 12.07.2013

ОПТИМИЗАЦИЯ СРЕДСТВ И МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

А.М.Мамедов

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра ортопедической стоматологии, г.Баку

Açar sözlər: parodontun iltihabi xsətəlikləri, müalicə metodları, optimallaşdırma
Ключевые слова: воспалительные заболевания пародонта, методы лечение, оптимизация
Keywords: inflammatory periodontal disease, treatment methods, optimization

В последние годы, несмотря на достижения стоматологического материаловедения, все еще актуальным и нерешенным остается проблема широкой распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний, вызванные чаще всего побочными действиями соматических патологий, недостаточной эффективностью применяемых лечебно-профилактических средств, токсико-аллергическим действием различных ортопедических конструкций и т.д. [1,2,3,4,7]. С терапевтической целью в практической стоматологии для ликвидации патологических процессов в частности в тканях пародонта применяются различного рода антисептические, противовоспалительные лекарственные средства. Но нередкие случаи непереносимости данных препаратов и развитие аллергических реакций привели к повышенному интересу врачей к биологически нейтральным растительным средствам [5,6]. Так, благодаря наличию в своем составе биологически активных компонентов, эфирное масло T. transcaucasicus обладает высокой антимикробной эффективностью в отношении некоторых пародонтопатогенных представителей микрофлоры ротовой полости рта. Согласно результатам проведенных предварительных исследований по противовоспалительному действию этот препарат можно сравнить с традиционными антисептиками. Полученные методом последовательной экстракции этанолом и водой эфирные масла вышеуказанных видов травы чабреца и спектрофотометрическое определение состава и процентного содержания некоторых биологически активных компонентов выявила тот факт, что в составе эфирного масла травы чабреца содержатся следующие микроэлементы: альдегиды, эвгенол, тимол, карвакрол, ментол и т.д. [8,9,10].

Цель исследования: повышение эффективности профилактики и лечения воспалительных заболеваний пародонта.

Материалы и методы исследований. Для достижения поставленной цели было проведено комплексное стоматологическое обследование 280 больных, обратившихся в Стоматологическую Клинику АМУ и проходивших курс терапии по поводу заболеваний тканей пародонта, и разделенных на три группы исследований с учетом проводимого лечения:1) 35 больных пародонтитом легкой степени, которым назначались гигиенические средства – контрольная группа; 2) 35 больных пародонтитом (хлоргексидин биглюконат) – группа сравнения; 3) 35 обследуемых составили группу больных с легкой степенью пародонтита (T.karamarjanicus) – основная группа. Клинические исследования осуществлялись с использованием гигиенических и пародонтальных индексов.

В зависимости от применяемых лечебно-профилактических средств 45 больных с признаками воспалительных процессов в тканях пародонта были разделены на 3 группы. Участники первой контрольной группы (n=15) использовали профилактические зубные пасты; вторую группу сравнения (n=15) составили больные, использующие в качестве ополаскивателя антисептик хлоргексидин биглюконат-0,05%; в основную группу (n=15) вошли пациенты, которым после снятия зубных отложений назначали аппликации эфирного масла чабреца.

Биохимическое состояние слюны оценивали по содержанию продуктов перекисного окисления липидов в ротовой жидкости пациентов, а именно по содержание диеновых конъюгатов и малонового диальдегида. Уровень диеновых конъюгатов(ДК $Д_{233/мл}$) определяли с помощью метода спектрофотомерии ,уровень малонового диальдегида (МДА) по его реакции с тиобарбитуровой кислотой.

Статистические методы исследования включали методы вариационной статистики (определение средней арифметической величины – M, их средней стандартной ошибки – m, критерия значимости Стьюдента – t). Статистическая обработка результатов клинических исследований выполнялась с использованием стандартных программных пакетов прикладного статистического анализа (Microsoft Excel и Statistica 6.0 для Windows).

Результаты собственных исследований. По результатам клинических исследований после проведения профессиональной гигиены полости рта и комплексных лечебно-профилактических мер у пациентов всех групп выявлялось уменьшение признаков патологических процессов. В зависимости от проводимых лечебно-профилактических мер мы получали в соответствующих группах отличные друг от друга данные. У пациентов основной группы с воспалительными заболеваниями пародонта легкой степени после проведения комплексных лечебно-профилактических мер с применением аппликаций эфирного масла чабреца выявлялось значительное уменьшение признаков патологических процессов в околозубных тканях. Так уже через 14 дней применение вышеуказанного препарата наблюдалось снижение кровоточивости десен, которую определяли по индексу Мюллемана в модификации Коуэлл. Так если до начала курса базовой терапии данные определялись в значении 2,03±0,029, то через 14 дней после начала лечения у пациентов значения исследуемого индекса было достоверно ниже и составили в среднем 1,23±0,016. Сравнительный анализ с результатами, полученными в контрольной группе, в которой использовали гигиенические зубные пасты, выявил достоверную разницу с таковыми в основной группе. Так если до начала курса базовой терапии данные определялись в значении 2,05±0,026, то через 14 дней после начала лечения у пациентов значения исследуемого индекса составили всего лишь 1,83±0,020. Почти полностью отсутствовала кровоточивость десны у пациентов основной группы и в более отдаленные сроки исследований, т.е. через три месяца, что подтверждалось полученными статистическими данными по индексу Мюллемана в модификации Коуэлл (1,23±0,016) в вышеуказанные сроки (табл.1).

Таблица 1

Оценка кровоточивости десны по индексу Мюллемана (Muhlemann,1971) в модификации Коуэлл

Группы обследованных	Сроки обследования				
	До лечения	Через 14 дней	$P_{до}<$	Через 3 мес.	$P_{до}<$
Группа 1 (n = 35)	2,05±0,026	1,83±0,020	0,001	1,92±0,017	0,001
Группа 2 (n = 35)	1,98±0,23	1,50±0,019	0,001	1,66±0,021	0,001
$P_1<$	-	0,001		0,001	
Группа 3 (n = 35)	2,03±0,029	1,23±0,016	0,001	1,37±0,018	0,001
$P_1<$	-	0,001		0,001	
$P_2<$	-	0,001		0,001	

Примечание: P - статистическая достоверность различия значений

Это можно объяснить использованием в основной группе для лечебно-профилактических мер аппликации эфирного масла чабреца, в составе которого входит несколько биологически активных компонентов карвакрол, тимол, дубильные вещества. Комплексное лечение воспалительных заболеваний пародонта с применением аппликаций эфирного масла чабреца позволяет уменьшить кровоточивость десен у подавляющего большинства обследуемых больных уже на начальных этапах наблюдений. Для оценки изменений биохимического состава слюны в процессе развития патологических процессов в мягких тканях пародонта и эффективности лечебно-профилактических мероприятий было изучено содержание продуктов перекисного окисления липидов в ротовой жидкости. Выявлено, что в ротовой жидкости пациентов с пародонтитом легкой степени происходит достаточно выраженное повышение содержания продуктов перекисного окисления липидов, а именно, диеновых конъюгатов и малонового диальдегида. В смешанной слюне пациентов с пародонтитом легкой степени после проведения соответствующих анализов было обнаружено значительное повышение содержание диеновых конъюгатов, так если содержание ДК при интактном пародонте составляло 0,26 $Д_{233/мл}$, то исследуемых нами пациентов этот показатель был довольно высоким и достигал цифры 0,49 $Д_{233/мл}$. Содержание малонового диальдегида также было повышено и достигало

цифры 0,49 мкмоль/л, тогда как в норме это показатель равнялся 0.35 мкмоль/л. Результаты проведенных лабораторных исследований свидетельствуют о том, что в процессе лечебно-профилактических мероприятий с применением эффективных гигиенических средств наблюдались некоторые позитивные изменения в биохимических показателях слюны больных. Сравнительный анализ полученных результатов позволил выявить выраженную разницу данных по основной группе, где в целях терапии применялось эфирное масло одного из видов чабреца, по сравнению с данными, полученными в контрольной и группе сравнения (табл.2).

Таблица 2

Содержание продуктов ПОЛ в слюне обследованных

Группы больных	Показатели	Интактный пародонт (n=15)	Сроки обследования				
			До лечения	После лечения	$P_{до}<$	$P_{интакт}<$	$\frac{P_1<}{P_2<}$
I гр (n=15)	ДК $Д_{233/мл}$	0,26±0,014	0,49±0,008	0,40±0,35	0,001	0,001	
	МДА мкмоль/л	0,35±0,013	0,49±0,003	0,44±0,004	0,001	0,001	
	Общий белок (г/л)	1,52±0,018	2,27±0,044	1,81±0,029	0,001	0,001	
II гр. (n=15)	ДК $Д_{233/мл}$	0,26±0,014	0,47±0,008	0,36±0,004	0,001	0,001	0,001
	МДА мкмоль/л	0,35±0,013	0,50±0,005	0,42±0,002	0,001	0,001	0,001
	Общий белок (г/л)	1,52±0,018	2,20±0,045	1,66±0,023	0,001	0,001	0,001
III гр. (n=20)	ДК $Д_{233/мл}$	0,26±0,014	0,47±0,007	0,29±0,003	0,001	0,05	$\frac{0,001}{0,001}$
	МДА мкмоль/л	0,35±0,013	0,51±0,004	0,38±0,002	0,001	0,05	$\frac{0,001}{0,001}$
	Общий белок (г/л)	1,52±0,018	2,24±0,022	1,56±0,005	0,001	0,05	$\frac{0,001}{0,001}$

Примечание: P - статистическая достоверность различия значений

Так, после своевременного и правильного гигиенического ухода с использованием эфирного масла одного из видов чабреца наблюдалось снижение уровня в ротовой жидкости диеновых конъюгатов и малонового диальдегида. Так, если показатели по данным факторам у больных третьей группы, в которой использовали вышесказанное вещество, до лечения составили 0,47 ± 0,007 и 0,51 ± 0,004 ,соответственно, то на заключительном этапе в более поздние сроки лабораторных исследований данные снизились до 0,29 ± 0,003 г/л и 0,38 ± 0,002 г/л. А у больных второй группы, в которой был назначен в качестве ополаскивателя антисептик хлоргексидин биглюконат-0,05%, содержание диеновых коньюгатов до лечения составляло 0,47 ± 0,008, а после лечение также наблюдалось снижение содержания названного выше продукта перекисного окисления липидов, но по сравнению с третьей группой этот показатель был ниже и составлял 0,36 ± 0,004. Содержание же малонового диальдегида в слюне у больных второй группы снизилось с 0,50 ± 0,005 до 0,42 ± 0,002. У участников первой контрольной группы, в которой были назначены профилактические зубные пасты, результаты были наименее благоприятными, содержание диеновых коньюгатов и малонового диальдегида до лечения, соответственно, составляло 0,49 ± 0,008 и 0,49 ± 0,003, а после лечения 0,40 ± 0,35 и 0,44 ± 0,004. было также выявлено изменение содержания общего белка в слюне. Так если при интактном пародонте содержание в смешанной слюне общего белка составляло 1,52 ± 0,018 , то у пациентов во время развития патологических процессов в мягких тканях пародонта этот показатель был выше. У больных третьей группы, в которой использовали эфирное масло одного из видов чабреца, до лечения содержание общего белка равнялось 2,24 ± 0,022, а после использования вышеуказанного препарата показатели достигали почти нормальных значений, то есть 1,56 ± 0,005. Результаты проведенных нами исследований свидетельствуют об эффективности применения эфирного масло T.karamarjanicus.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бочковская О.О. Исследование потребности в стоматологической помощи у различных групп населения // Клинич. стоматология, 2006, №1(37), с.58-62
2. Бутюгин, И.А. Возрастные особенности течения и лечения воспалительных заболеваний пародонта : автореф. дис. ... канд. мед. наук: Екатеринбург, 2003, 23 с.
3. Гризодуб Е.В., Гризодуб Д.В. Изучение распространенности заболеваний тканей пародонта среди населения Харьковского региона // Проблеми сучасної медичноїнауки та освіти, 2010, № 4, с. 67-70.
4. Денисенко Л.Н. Влияние железодефицитной анемии на состояние полости рта беременных женщин: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. Волгоград, 2007, 24 с.
5. Деньга О.В., Косенко Д.К., Шпак С.В., Макаренко О.А. Результаты клинического исследования зубной пасты «Lacalut Alpin» // Современная стоматология, 2011, №1, с.56-60.
6. Михайлова А.Б. Опыт лечения катарального гингивита препаратами растительного происхождения / Сборник трудов XXXI Итоговой конференции молодых ученых МГМСУ. – М., 2009, с.235-236.
7. Модина Т.Н., Мамаева Е.В. Состояние здоровья подростков и пародонтологический статус // Педиатрия, 2008, №2, с. 131-134.
8. Танская, Ю.В., Клишина И.И., Попова О.И. Исследование антимикробного действия эфирного масла, водного и водно-спиртового извлечений из травы чабера садового (Satureja hortensis L.) // Науч. Обозрение, 2008, №1, с. 40-43.
9. Burt S., Vlielander R., Haagsman H., Veldhuizen E. Increase in activity of essential oil components carvacrol and thymol against Escherichia coli O157:H7 by addition of food stabilizers // J. Food Prot., 2005, v.68, No 5, p. 919-926
10.Kasumov F.Y. Study of chemical composition of essential oil thymus nummularis Bieb. and its useful properties / 10 International Symposium “Natural Product Chemistry”. Pakistan, Karachi, 2006, p. 202

Xülasə

Periodontun iltihabi xəstəliklərinin müalicə metodlarının optimalaşdırılması

A.M.Məmmədov

Alınan nəticələri təhlil edilikdə məlum olmuşdur ki, bitki əsaslı vasitələr yerli müsbət təsir göstərərək ağız boşluğu selikli qişasının, o cümlədən parodont patologiyalarını aradan qaldırmaqla bərabər mikroelement balansını da bərpa edə bilir. Tədqiqat zamanı bitki əsaslı preparatın tətbiqi zamanı Thymus karamarianicus bitkisinin efirinin yağının ağız boşluğunun immunoloji göstəricilərinə təsirinin qiymətləndirilməsi xəstə üzərində müayinə və müşahidələr aparılmışdır. Bioloji neytral efir yağı ağız boşluğunun immumoloji göstəricilərini normal həddlərə qayıtmasına yardım edir. Alınan nəticələr göstərir ki, kəklikotu bitkisinin efir yağının tərkibindəki antioksidant və mukoprotektor maddələrlə əlaqədar olaraq ağız boşluğunda baş verən patologiyalar zamanı ağız boşluğunun yerli antioksidant və müdafiə sistemini də yaxşılaşdırır. Bu baxımdan onun tətbiq olunması zəruridir.

Summary

Optimization tools and methods for treating inflammatory periodontal disease

A.M. Mamedov

Analysis of the data allows you to set the activation of reparative processes, analgesic and anti-edema effect, stimulation of local factors of immunological reactivity and antioxidant protection when using applications of Thymus karamarianicus essential oils in the treatment and prevention of inflammatory diseases developing in the oral mucosa and periodontal tissues. To assess changes in biochemical composition of saliva during the development of pathological processes in the soft tissues and the effectiveness of periodontal treatment and preventive measures have been studied antioxidant system of oral fluid. So, after timely and proper hygienic care using essential oil of one species of thyme, due to the presence in its composition of immunostimulatory components observed marked activation of local protective factors and antioxidant system

Daxil olub: 08.08.2013

YENİYETMƏ QIZLARDA YUMURTALIQLARIN POLİKİSTOZ SİNDROMUNUN KOMPLEKS MÜALİCƏSİNİN KLİNİK- PATOGENETIK ƏSASI

E.A.Məstiyeva
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: polikistoz yumurtalıqlar, yeniyetmə qızlar, hormonal status, metabolik pozuntular, diaqnostika, müalicə
Ключевые слова: поликистозные яичники, девушки-подростки, гормональный статус, метаболические нарушения, диагностика, лечение
Keywords: polycystic ovaries, teenage girls, hormonal status, metabolic disorders, diagnosis, treatment

Yumurtalıqların polikistozu sindromu (YPKS) ginekoloji endokrinologiya və reproduktologiyada aktual və müzakirə olunan problemlərdən biri olaraq qalmaqdadır. Avropa meyarlarına əsasən YPKS- in yayılma dərəcəsi 15% təşkil edir. Endokrin sonsuzluq olan qadınlar arasında YKS 53-57% təşkil edir [1,2,3], sonsuz nikah strukturunda bu patologiya 20-22% təşkil edərək 5-6-cı yerləri tutur [4,5].

Müasir tədqiqatlar göstərdi ki, sindromun inkişafında əsas patogenetik pozuntular genetik və qazanılmış hormonal dəyişikliklərdən ibarətdir [6,7]. Steroid hormonaların sintezini təyin edən genlər (CYP11A, CYP17), insulin reseptorlar, follistatin kodlaşdırıcı genom və b. ilə təxminən assosiasiya olunan YPKS-ə genetik meyllilik öyrənilir.

Epidemioloji tədqiqatların nəticələrinə görə polikistoz yumurtalıqlar sindromu reproduktiv yaşda olan qadınların 3-10%-də rast gəlir. Bu zaman menstrual tsiklin pozulması, hirsutizm, akne və s. 40-74% xəstələrdə artıq cinsi yetişkənlik dövründə aşkar olunur. Klinik tədqiqat metodlarından istifadə edərək hipotalamus-hipofiz-yumurtalıq sistemində "qüsurlu həlqə" yaradan yerli və ümumi morfofunksional və endokrin pozğunluqların inkişafını aşkar edirlər.

Yuxarıdakıları nəzərə alaraq aparılna tədqiqat işinin **məqdəsi** yumurtalıqların polikistosu sindromu olan cinsi yetişkənlik dövründəki qızlarda endokrin-metabolik pozuntulatın dioqnostikası və onların korreksiyası metodikasını optimallaşdırmaqdan ibarət olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqat iki sərbəst istiqamətdən ibarət olmuşdur. Işin birinci hissəsi anamnestik məlumatlara əsasən polikistoz yumurtalqlar sindromunun risk faktorlarının aşkarlanmasina həsr edilib. Ənənəvi müalicə metodları ilə və endogen progesteron olan "Utrojestan" istifadəsi ilə kompleks müalicənin müqayisəli analizi üçün 14-18 yaş arası 112 yeniyetmə qız müayinə olunmuşdur.

Birinci mərhələdə 112 qızın anasında hamiləliyin və doğuşun gedişatı haqqında anamnestik göstəricilər toplanmışdır. Ikinci mərhələdə 112 yemiyetmə- qızın fiziki, cinsi reprodktiv vəziyyətin funksional vəziyyətlərinin xüsusiyyətləri öyrənilmişdir. Onlar 2 qrupa ayrılmışlar: PKY olan 72 qız (əsas qrup) və analoji yaşda olan normal fiziki və cinsi inkişaf göstəricilərina malik və hiperandrogen simptomları olmayan 40 praktik sağlam qız (II nəzarət qrupu).

Laborator müayinələrin göstəricilərini təhlil edərək tərəfimizdən qanın və sidiyin ümumi müayinələrində normadan kənara çıxmalar qeydə alınmışdır. Qanda hemoqlobinin cüzi aşağı olması və EÇS-in artması, sidikdə leykositlərin artması artıq yanaşı gedən patologiyalar üçün xarakterik olmuşdur. YPKS olan xəstələrdə etiopatogenez, klinik, laborator göstəricilərin, bu xəstəliyin konservativ müalicəsinin müxtəlif metodlarının müxtəlif müəlliflər tərəfindən tədqiqi nəticəsində ümumi rəy qəbul olunmuşdur ki, bu da həmin patologiyanın hormonal pozuntuları nəticəsində baş verməsindən ibarətdir.

Tərəfimizdən 112 xəstədə hormonal status müayinə olunmuşdur ki, onlar da iki qrupa ayrılmışlar: əsas qrup – 72 yeniyetmə- qız, müqayisə qrupu 40 qız- yemiyetmə. Nümunələrin götürülməsi aybaşı siklinin follikulogenez (4-5-ci günlər) və lütein (20-21- ci günlər) fazalarında baş vermişdir. Kompleks hormonal müayinələrin nəticələrinin təhlili müxtəlif parametrlərdə fəqrlərin olduğunu göstərmişdir.

Aydın olur ki, YPKS-u ilə bağlı problemlərin həlli təkcə vaxtlı diaqnostikadan deyil, həm də rasional müalicənin aparılmasından asılıdır. Düzgün terapiyanın seçimi sistemli yanaşmaya əsaslanır. Mütəxəssislərin fikrincə, hormonal terapiyanın qeyri rasional təyini hipotalamus-hipofiz-yumurtalıq sistemində patomorfoloji və funksional pozuntuları daha da dərinləşdirir. Nəticədə hormonal disbalans

yaranır. Aşkarlanmış pozuntuların korreksiyası üçün biz "Utrojestan" preparatını tətbiq etdik, müsbət dəyişikliklər əldə etdik.

Hormonal status öyrənildikdə, FSH üçün əsas qrupda göstəricilərin 3,4BV/l-dən - 64,3 BV/l-ə qədər çatması, müqayisə qrupunda 2,8BV/l-dən 7,2BV/l-qədər çatması xarakterik olmuşdur. Bununla yanaşı I fazada ümumi göstərici 6,4±0,7, əsas qrupda 6,8±0,3BV/l olmuşdur. II fazada uyun olaraq 6,7±0,8 və 7,2±0,6 olmuşdur. Hər iki qrupda FSH- in səviyyəsi fazalara uyğun olaraq çox fərqlənməmişdir. Bu hər şeydən qabaq yumurtalıqların hormonal çatışmazlığı ilə əlaqədar olmuşdur.

LH-in səviyyəsinin müayinəsindən məlum olmuşdur ki, orta hədlərin fərdi tərəddüdləri də qruplarda fazalara uyğun olaraq fərqli olmuşdur (13,3±1,6 və 14,2±1,5- I fazada, 12,8±1,4 və 13,1±1,1). Uyğun olaraq yeniyetmə- qızlarda qan zərdabında LH-ın kifayət qədər yüksək göstəriciləri aşkar olunmuşdur

Həmçinin müayinə qruplarında LH/FSH nisbəti də təyin olunmuşdur. LH\FSH göstəricisi 2,3±0,4 təşkil etmişdir.

Beləliklə, qonadotropin göstəricilərinin dəyişiklikləri aybaşı funksiyasının tənzimləyicisi olan hipotalamus-hipofiz-yumurtalıq sistemində funksional pozuntuların ilkin göstəriciləridir.

Yeniyetmə- qızlarda hormonal fonun daha dəqiq təyin olunması üçün steroid hormonların- estradiol, progesteron, prolaktin və kortizolun qan zərdabında göstəriciləri aybaşı siklinin müxtəlif fazalarında təhlil olunmuşdur.

Bizim tədqiqatlarda progesteronun miqdarının dəyişməsi dinamikası analoji olmuşdur. Hər iki qrup yeniyetmə- qızlarda fərdi dəyişikliklər aybaşı siklinin I fazasında 4,5-74,2 arasında, orta göstərici 11,5±1,2 və 9,4±1,1 olmuşdur, II fazada 45±4,4 və 42±4,2 olmuşdur.

Hər iki qrupda testosteronun miqdarı müayinə olunduqda normativ göstəricilərlə müqayisədə dürüst fərqlər aşkar olunmamışdır, lakin testosteronun miqdarının artması tendensiyası da qeydə alınmışdır ki, bu da müalicədən sonra az dəyişmişdir.

Poliksitoz yumurtalıq sindromu olan xəstələrdə testosteron gsötəriciləri 1,8-3,9 nmol/l arasında olmuşdur, müalicəyə qədər orta göstərici hər iki qrupda aybaşı siklinin I fazasında 3,1±1,2 və 3,2±0,6, II fazada 2,9±1,3 və 3,8±0,8 təşkil etmişdir.

Beləliklə, testosteron səviyyəsinin orta həddi ümumi qrupda pubertat dövründə olan yeniyetmə- qızlar üçün Tanner- 4-5 üzrə normanın yuxarı həddinə uyğun olmuşdur.

Ümumi testosteron ilə YPKS sindromnun qabarıqlılığı arasında korrelyasiya aşkar olunmamışdır.

Alınan göstəricilər təsdiq edir ki, polikistoz yumurtalıq sindromu olan yeniyetmə- qızlarda hormonal dəyişikliklər baş verir.

Beləliklə, tərəfimizdən alınan göstəricilər YPKS-in inkişafının patogenezində qonadotrop və steroid hormonlarının sekresiya pozuntularının böyük rol oynaması haqqında bir sıra müəllif fikirləri ilə üst- üstə düşür.

Hormonal korreksiya aparıldıqdan 6 ay sonra aşkar edilmişdir ki, müalicə nəticəsində hormonal status göstəriciləri normallaşmaya meyilli olmuşdur. Bununla yanaşı əsas qrupda tendensiya müqayisə qrupuna nisbətən daha kəskin olmuşdur.

Beləliklə, əsas qrupda LH və FSH səviyyələrinin orta həddi müalicədən sonra aybaşı siklinin I fazasında 9,5±0,8 (LH) və 5,3±1,3 (FSH) olmuşdur, II faza üçün hər iki hormonun bu yaş həddinə uyğun olaraq normativ göstəricilərə doğru azalması müşahidə olunmuşdur.

Estradiol və progesteron müayinə olunduqda həmçinin hər iki qrupda göstəricilərin normallaşması qeydə alınmışdır.

Müayinə olunan qızlarda uşaqlıq və yumurtalıqların vəziyyətini dinamikada təyin etmək üçün tərəfimizdən transabdominal ultrasəs müayinə aparılmışdır. Müalicə aparılana qədər, müalicə-profilaktika tədbirlərindən 1-3-6 ay sonra, aybaşı siklinin 5-10 və 17-21-ci günlərində müayinə olunmuşdur.

Metodun üstünlüyü azinvazivliyi, qeyritravmatikliyi, ağrısız olmasıdır. Bu sadalananlar USM-ni skrininq metodu etməyə imkan verir.

YPKS müalicəsinin effektivliyinin əsas qiymətləndirmə kriteriləri exoqrafik və dopplerometrik tədqiqatlar olmuşdur.

Yumurtalıqların morfofunksional vəziyyətinin təyin olunması USM-də onların ölçülərinin təyinindən başlayır. Pubertant dövrdə yumurtalıqların ölçüsü aybaşı siklin fazalarından asılı olaraq dəyişir, lakin maksimal uzunluq 35mm, eni 28 mm, qalınlığı 22mm-dən artıq olmur. Bununla

yanaşı həcmi 7-9 sm^3 təşkil edir. Sağ və sol yumurtalqılar arasında yol verilən həcm fərqi 9-9,5% təşkil edir.

Erkən follikulyar fazada (aybaşı siklinin 3-5-ci günləri) exoqrafik müayinələr zamanı diametri 2-5 mm olan 5 follikul vizualizə olunur. follikulların belə ölçüyə qədər artması hondotorpin hormonların səviyyəsindən cüzi asılı olur, bununla əlaqədar olaraq nromada həmin exoqrafik mənzərə bütün aybaşı sikli boyunca hormonal kontraseptivləri qəbul edən xəstələrdə normada qeydə alınır. Siklin 5-ci günündən başlayaraq follikulların aktiv böyüməsi honadotropinlərin təsiri altında baş verir. Bu andan dominant follikul inkişaf etməyə başlayır. Lakin onun USM vasitəsilə dürüst təyin olunması siklin 8-12-ci günündən tez olmayaraq mümkündür. Bu zaman follikul 14 mm və daha böyük ola bilər. Bir qayda olaraq ovulyasiya dövründə gündə 2-3 mm artaraq, dominant follikullun ölşüsü 18-24 mm təşkil edir.

Yuxarıda qeyd olunan əlamətlərin toplusu lüteinləşdirici hormonunu (LH) atımı ilə əlaqələndirilir ki, bu da ovulyasiyanın başlamasının mümkünlüyünü göstəriri. Bununla yanaşı olaraq exoqrafik əlamətlər göstəricisi ovulyasiyanın vaxtını qədid sö yləməyə imkan vermir, yalnız ovulyasiyanın yaxınlaşdığını və 24 saat ərzində baş verməsinin mümkün olduğunu göstərir.

Baş verən ovulyasiyanın ultrasəs mənzərəsi uşaqlıqarxası mühitdə sərbəst mayenin olmasında özünü göstərir. Eyni zamanda dominant follikulin itməsi və onun yerində qeyri-dəqiq və nahamar konturu olan heterogen törəmə qismində hemorragik cismin olduğu vizualizə olunur ki, ondan sonralar sarı cisim formalaşır.

Ultrasəs müayinələrin göstəriciləri klinik qruplarda uşaqlığın və yumurtalıqların ölçülərinin müqayisəli təhlilini aparmağa imkan vermişdir. Göstəricilər əsasında hər iki qrupda uşaqlığın bütün ölçüləri 30-45% artmışdır.

Müayinə zamanı əksər hallarda (112 xəstədən 104 nəfərdə) aşkar edilmişdir: uşaqlıq həm arxa-ön tərəfdən həm də sağ-sol ölçülərdən böyümüşdür. Uşaqlıq və yumurtalıqlar arasında məsafə kəskin qısalmışdır. 37,5% halda (42 xəstə) uşaqlıq orta mövqedə, 32,1% (36) sola doğru, 30,0%(34) sağa doğru əyilmiş vəziyyətdə olmuşdur.

Aldığımız nəticələr əvvəllər çap olunmuş işlərlə tamamilə üst-üstə düşür.

Qan axınının əsas göstəricisi qismində maksimal arterial sürət (MAC), pulsasiya indeksi (Pİ), rezistentlik indeksi (Rİ) aşkar edilmişdir. Rəngli doppler müayinə eyni zamanda qan axının 3 parametrini qiymətləndirməyə imkan verir: sürət, istiqamət və qan axınının xarakteri. Müayinə olunan xəstələrdə aybaşı siklinin proliferativ fazası (5-10-cu günlərdə) öyrənişmişdir, çünki siklin sekretor fazasında sarı cismin hipervaskulyarizasiyası hesabına dopplerometriyanın nəticələri səhv-müsbət ola bilər.

Polikistoz yumurtalıqlarda aybaşı sikli boyunca dinamik USM zamanı dominant follikul, sari cisim vizualizə olunmur. Rəngli doppler müayinəsi zamanı aybaşı siklinin artıq 3-5-ci günlərində zəngin intraovarial qan axını aşkar olunur, baxmayaraq ki, normada 8-10-cu günlərdə stroma damarları vizualizə olunmur.

İmpuls dopplerometriya zamanı yüksək İR qeydə alınır (0,54-dən yüksək) ki, o da bütün aybaşı sikli boyunca dəyişmir. Bununla yanaşı intraovarial hemodinamikanın damar rezistentliyinin daha yüksək göstəriciləri diffuz yerləşməyə nisbətən periferik yerləşmədə daha çox qeydə alınmışdır. Xəstələrdə follikulyar fazanın əvvəlində (16,89±2,36) qan axının maksimal sürəti normadan yüksək (8,74±0,68) olmuşdur ki, bu da YPKS- in ultrasəs diaqnostikasında əlavə meyar kimi istifadə oluna bilər.

Uşaqlıq arteriyalarında qan axınının dopplerometrik müayinəsinin göstəricilərinə əsasən fizioloji aybaşıya nisbətən YPKS-da Pİ yüksək olur, bununla yanaşı həmin damarlarda bu göstəricinin qanda artması androetandionun səviyyəsi ilə korrelyasiya edir.

Aparılmiş tədqiqatlar YPKS zamanı yuxarıda təsvir olunan bütün hemodinamik dəyişiklikləri, LH-ın tonik hipersekresiyasının səviyyəsini və LH/FSH nisbəti dəyişikliklərini əlaqəndirmişdir. Ona görə YPKS olan xəstələrdə intraovarial damar rezistentliyi və uşaqlıq qan axını göstəriciləri yüksək olduqca endokrin pozuntular bir o qədər qabarıq və aybaşı sikli pozuntuları ağır olur.

YPKS-in aşağıdakı ultrasəs əlamətləri aşkar edilmişdir: yumurtalıqların həcminin iki tərəfli artması (norma 3-7 sm^3 olduqda 29 qızda yumurtalıqların həcmi 12-15sm^3, 4 qızda-16-18 sm^3) olmuşdur. Yumurtalıqların strukturu çoxsaylı follikulların- 4-10 mm həm periferiyada, həm də parenxamanın mərkəzi sahələrində olması ilə xarakterizə olunmuşdur. Rəngli doppler zamanı yumurtalıqda periferiya üzrə və onun mərkəzi hissəsində çoxsaylı vaskulyarlaşma lokusları aşkar

edilmişdir. Sistolik/diastolik nisbət 5,0±0,4 (norma 5,9±0,3) olmuşdur. YPKS olan qızlarda üçölçülü vizuallaşdırma rejimindən istifadə olunduqda stromanın çox miqdarda olması müəyyən olunmuşdur ki, bu da yumurtalıqların həcminin artmasına gətirib çıxarır. 3D-dopplerometriya göstəriciləri formalaşan YPKS zamanı vaskulyarlaşma indeksinin (Vi) və qan axını indeksinin (Fi) miqdar sayının artdığını göstərir: Vi 5,9±0,3 (norma 4,1±0,5), Fi 34,6±6,2 (norma 14,5±2,3). Formalaşan YPKS olan qızlarda kompleks müayinələrin nəticələri cədvəldə əks olunmuşdur. Formalaşan YPKS olan xəstələrdə yumurtalıqların həcmi müqayisə qrupuna nisbətən 3 dəfə çox olmuşdur, qan axınının xarakterində qabarıq dəyişikliklər qeydə alınmışdır: S/D 15% aşağı düşmüş, Vi 43%, Fi- 2,4 dəfə artmışdır.

Polikistozlu yumurtalıqların damar şəbəkəsində qan axınında nəzərəçarpacaq dəyişikliklər müşahidə olunur. Doppler müayinələr aparıldıqda yumurtalığın periferiyası üzrə və mərkəzi hissəsində vaskulyarlaşmanın çoxsaylı lokusları aşkar edilmişdir. Sistolodiastolik münasibət (SDM) 4,8±0,7 (norma 5,9±0,3) təşkil etmişdir. Lakin vaskulyarlaşma indeksi (Vi) və qan axını indeksi (Fi) hədləri yüksək olmuşdur: Vi – 7,2±0,8 (norma 4,1±0,5), Fi-38,4±5,7 (norma 14,5±23). Göründüyü kimi yumurtalıqların həcminin artması və qan axının xarakterik pozuntuları polikistoz yumurtalıq sindromu üçün ultrasəs meyar ola bilər.

Müalicə kursundən sonra 3 ay ərzində kiçik çanaq orqanlarının ultrasəs müayinələri zamanı dinamikada aparılan müalicənin effektivliyi aşkar edilmişdir. Yumurtalıqların uzunluğu, eni, eləcə də ön- arxa parametrlərin normativlərə uyğun olduğu qeydə alınmışdır. Yumurtalıqların struktur və həcmi yaş parametrlərinə uyğun olmuşdur.

Siklin 5-7-ci günlərində müayinə olunanlarda endometriumun qalınlığı 0,3-0,4 mm arasında olmuşdur, lakin II fazada 19-21-ci günlərdə normativ parametrlərə nisbətən endometriumun qalınlığı cüzi artmışdır-0,8-0.92 mm (norma 10-1,1 mm) olmuşdur ki, bu da həmin mərhələdə hormonal funksiyanın pozulduğunu göstərir.

YPKS xroniki anovulyasiya və lyutein faza çatmamazlığına gətirir. Hormonal preparatlarla uzunmüddətli müalicə çox vaxt arzuolunmaz əlavə effektlərə gətirib çıxarır. Əhalinin, xüsusən də yeniyetmələrin allergizasiyasının artması ilə əlaqədar olaraq farmakoterapiyanın aparılması çətinlik törədir.

Bizim tədqiqatlarda YPKS- in əsas klinik əlamətləri kimi aşağıdakılar qəbul olunmuşdur: (1) hirsutizm, (2) akne, (3) oliqomenoreya və amenoreya, (4) USM üzrə pokistoz yumurtalıqların exoqrafik əlamətləri. Şikayətlər ilə daxil olan 112 yeniyetmə- qızın göstəriciləri təhlil olunmuşdur. Daha çox tərəfimizdən yanaşı 4 əlamət 55(41,9%) qeydə alınmışdır. Tezliyinə görə ikinci variant oliqomenoreyalı olmuşdur. Müayinə olunanların hər birində polikistoz yumurtalıqların exoqrafik əlamətləri aşkar edilmişdir.

Qeyd olunduğu kimi, əsas qrup yeniyetmə-qızlarda medikamentoz müalicə progesteron silsiləsindən olan hormonal preparat-"Utrojestan" ilə aparılmışdır. Xəstələrdə aşkar olunan əlamətlərdən asılı olaraq (4 əlamətdən 3-ü) aybaşı siklinin 5-25- ci günlərində 100 mq olmaqla gündə 2 dəfə təyin olunmuşdur. Polikistoz yumurtalıq sindromunun inkişafının iki və daha az əlamətləri qeydə alınan yeniyetmələrə aybaşı siklinin 16-25- ci günlərində 100 mq olmaqla gündə 2 dəfə təyin olunmuşdur. Hər iki müalicə sxemi 6 ay ərzində aparılmışdır.

Preparat qəbul olunduqdan 8 həftə sonra əsas qrup xəstələrdə polikistoz yumurtalıq sindromu ilə əlaqədar olan əlamətlərin kifayət qədər-25%-ə qədər azalması qeydə alınmışdır (müqayisə qrupunda xüsusi dəyişikliklər qeydə alınmamışdır). Aparılan müalicədən 16-18 həftə sonra əsas qrupdan 36 xəstədə ultrasəs müayinə altında yumurtalıqların və uşaqlığın ümumi həcminin azaldığı aşkar olunmuşdur. Hər iki qrupda uşaqlığın ölçülərinin azlması yumurtalığının ilkin həcmi normal həcmdən 2 dəfə böyük olan qızlar arasında daha qabarıq olmuşdur. Müqayisə qrupunda ümumilikdə qadın daxili cimsiyyət orqanlarının exoqrafik strukturu dəyişməmişdir. "Utrojestan" qəbul olunduqdan 6 ay sonra əsas qrupda 69 xəstədə exoqrafik müayinə zamanı uşaqlıq və yumurtalqıalrın ölşülərinin normallaşdığı, uşaqlıq və yumurtalıqlarda qan axının yaxşılaşdığı aşkar edilmişdir. 1 xəstədə əlavə təsirlər baş verdiyi üçün preparatın qəbulu dayandırlmışdır. I xəstə preparatı fasilələrlə qəbul etmişdir.

Aparılan müalicə zamanı qanın biokimyəvi göstəricilərində normadan kənara çıxmalar müşahidə olunmuşdur. "Utrojestan" ilə müalicə fonunda hormonal profildə FSH-ın və estradiolun dürüst aşağı olması, LH və progestronun dürüst artması qeydə alınmışdır ki, bu da prolaktinin azalmasına təsir göstərmişdir.

Müntəzəm aybaşı funksiyasının bərpa olunması əsas qrupda 67 (93%) xəstədə qeydə alınmışdır. Lakin 48 (66,6%) qızda aybaşı orta hesabla 4-5 gün olduğu halda, 17 (23,6%) – 2-3gün, 2(2,7%) – 2 gündən az olmuşdur.

Medikamentoz müalicədən effektin alınması üçün menarxenin baş verməsi ilə pozuntuların başlaması və müalicənin başlanması arasında interval böyük əhəmiyyət kəsb edir.

Müayinə qruplarında qızların ümumi somatik və ginekoloji vəziyyətinin öyrənilməsindən alınan nəticələr təhlil olunduqda müxtəlif vəziyyətlərin yüksək faizi aşkar edilmişdir ki, bunlar aybaşı siklinin pozulması üçün risk faktoru ola bilər.

Fəsadlaşmış irsiyyət, perinatal, neytral və prepubertant dövrlərin ağırlaşmaları hipotalamo- hipofiz-yumurtalıq sistemə ilkin zədələyici təsir göstərir və polikistoz yumurtalıqlar sindromunun inkişafı üçün əlverişli premoribid fon təşkil edir. Xəstələrin mütləq əksəriyyəti günün rejiminə əməl etməmiş, stress təsirlərə məruz qalmış, infeksion xəstəliklər keçridiklərini qeyd etmişlər. Hər müayinə olunana 2-3 xronik somatik patologiya düşmüşdür.

I mərhələdə simptomatik müalicənin qeyri- effektiv olması nəticəsində müalicə taktikası seçimi zamanı I qrupa müalicə- qoruyucu rejim fonunda hormonal hemostaz, antianemik preparatlar, vitamin terapiyası, fizioterapiya təyin olunmuşdur. Tərəfimizdən endometrium və hormonal statusun ultrasəs müayinəsinin nəticələrinə əsasən hormonal müalicəyə differensasiya edilmiş yanaşma tətbiq edilmişdir. Aybaşı funksiyanın tənzimlənməsi məqsədilə əsas qrup xəstələrə 6 ay müddətində progesteron silsiləsindən olan "Utrojestan" standart sxem üzrə (1 kapsul (100 md) x gündə 2 dəfə 5-25-ci günlərində və ya 16-25-ci günlərində) təyin edilmişdir. Aybaşı siklinin hormonal korreksiyası fonunda etioloji faktorlar da aradan qaldırılmışdır.

Müalicənin II mərhələsində və reabilatasiya mərhələsində ümumi somatik və ginekoloji xəstəliklər müalicə olunmuşdur, bunun üçün hemostatik, uterotonik preparatlar, sedativ preparatlar və vitamin terapiyası təyin olunmuşdur.

Ümumiləşdirici olaraq qeyd etmək lazımdır ki, endogen preparat olan "Utrojestan" istifadəsi müalicənin yaxın və uzaq nəticələrini yaxşılaşdırmağa, menstrual funksiyanın bərpasına, müalicə müddətinin optimallaşmasına, orqanizmə dərman yükləməsinin azalmasına, xəstəliyin residivlərinin azaldılmasına imkan vermişdir.

Beləliklə, tərəfimizdən təklif olunan müalicə aybaşı funksiyasının neyroendokrin tənzimlənməsini təmin edir. Yumurtalıqlarda polikistoz dəyişikliklərin reqressi, qızlarda hormonal fonun normallaşması və aybaşı siklinin bərpa olunması həmin metodikanın müsbət təsiri və əldə olunan effektivliyin stabilliyini göstərir.

ƏDƏBİYYAT

1. Асланова У.К. Поликистоз яичников // Reprodktiv sağlamlıq və perinatalogiya, 2004, N4, c.20-24
2. Мамедгасанов Р.М., Курбанов Д.Ф., Гусейнова Н.Ф. Сравнительный нализ эффективности лечения больных с синдромом поликистозных яичников и заболеваниями щитовидной железы // Sağlamlıq, 2008, N7, s.170-173
3. Алесина И.Л. Консультирование женщин как важный инструмент при индивидуальном подборе метода контрацепции // Акушерство и гинекология, 2011, №6, с.120-124
4. Долженко И.С., Красовская М.А., Востоков С.В. Диагностические критерии гипоталамической дисфункции у девочек-подростков с различными нарушениями менструального цикла // Репродуктивное здоровье детей и подростков, 2007, №1, с.45-49
5. Попова С.С. Надпочечниковая форма синдрома поликистозных яичников: новый взгляд на старую проблему // Международный медицинский журнал, 2005, № 2, с. 81-83
6. Синдром поликистозных яичников: Руководство для враче / Под ред. И.И.Дедова, Г.А.Мельниченко. М.: МИА, 2007, 368 с.
7. Чеботникова Т.В., Бутрова С.А., Мельниченко Г.А. Контроль массы тела - ключ к успеху лечения больных с синдромом поликистозных яичников // Вестник репродуктивного здоровья, 2007, №1, с.7-8
8. Barnard L., Ferriday D., Guenther N. et al Quality of life and psychological well being in polycystic ovary syndrome // Hum. Reprod., 2007, 22 (8), p.2279-2286
9. Cheang K.I., Nestler J.E., Futterweit W. Risk of cardiovascular events in mothers of women with polycystic ovary syndrome // Endocr Pract., 2008, v.14(9), p.1084-94

10.Goldenberg N., Glueck C. Medical therapy in women with polycystic ovarian syndrome before and during pregnancy and lactation // Minerva Ginecol., 2006, v.60 (1), p.63-75

11.Jonard S., Robert Y., Dewaily D. Revisiting the ovarian volume as a diagnostic criterion for polycystic ovaries. // Hum Reprod., 2005, v.20, p.2893-8

12.Mertens H.J. Androgen, estrogen and progesterone receptor expression in the human uterus during menstrual cycle // Eur. J. Obst. Gynec. Reprod. Biol., 2001, v.98, p.58-65.

Резюме

Клинико-патогенетическое обоснование комплексного лечения сидрома поликисточхны яичников у девушек подростков

Э.А.Мастиева

Целью исследования явилось оптимизация диагностики метаболических нарушений и их коррекции. В исследование вошли 112 девушек- подростков. Предложенное нами лечение способствует регулированию нейроэндокринных функций. Этот метод лечении положительно влияет на регресс поликистозных изменений, на нормализацию гормонального фона и восстановлению менструального цикла.

Summary

Clinico-pathogenetic substantiation of complex treatment sidroma polikistochhny ovaries in adolescent girls

E.A.Mastiyeva

The aim of the study was to optimize diagnosis of metabolic disorders and their correction. The study included 112 adolescents. Our proposed treatment helps regulate neuroendocrine functions. This method of treatment has a positive effect on the regression of polycystic changes to the normalization of hormonal levels and restoration of the menstrual cycle.

Daxil olub:14.05.2013

PERİFERİK AĞCİYƏR XƏRÇƏNGİNİN DİAQNOSTİKASINDA KOMPÜTER TOMOQRAFİYA MÜAYİNƏSİNİN ROLU

B.Ə. Baxşıyev, V.A. Dadaşova

Azərbaycan Tibb Universiteti, şüa diaqnostika və şüa terapiyası kafedrası, Bakı

Açar sözlər: ağciyər xərçəngi, diaqnostika, kompüter tomoqrafiyası

Ключевые слова: рак легких, диагностика, компьютерная томография

Keywords: lung cancer, diagnostics, computed tomography

Ağciyər xərçəngi (AX) XXI əsrin böyük iqtisadi itkilərlə, xəstələnmə və ölüm göstəricisinin qarşısıalınmaz şəkildə artması ilə xarakterizə edilən əsas sosial problemlərindəndir. Hər il dünyada 1-1,2 milyon adam AX ilə xəstələnir və bu patologiya onkoloji xəstəliklərdən ölümün səbəbləri arasında liderliyini saxlayır [1].

AX-nin periferik formasının uzun müddət "lal" şəkildə-klinika vermədən davam etməsi, obyektiv faktlara lazımi qədər əhəmiyyət verilməməsi, rentgenoloji müayinələrdə diferensasiyanın çətinliyi, bəzi müasir müayinə üsullarına etinasız yanaşma əksər hallarda düzgün diaqnoz qoyulmasını gecikdirir.

Bu sahədə aparılmış çoxsaylı tədqiqatların nəticələri göstərir ki, AX-nin erkən diaqnostikası problemi hələ də həll edilməmiş qalır. Bu məsələnin müvəffəqiyyətli həlli müasir tədqiqat üsullarının xərçəngin erkən diaqnostikasında istifadəsindən asılıdır.

Müasir dövrdə kompüter tomoqrafiya (KT) ağciyərin rentgenoqrafiyasında kütlə görünmüş hər bir xəstəyə aparılmalı olan müayinədir. Xərçəngə şübhə olan xəstədə müayinənin ikinci mərhələsi KT-nin istifadəsi olmalıdır [2].

AX-in diaqnostikasında KT törəmənin varlığını və solitarlığını dəqiqləşdirmək, şişin ölçü, struktur, sıxlıq (Xaunsfild əmsalının səviyyəsi) və konturunu, kütlənin ətraf ağciyər və divararalığı toxumaları ilə əlaqəsini təyin etmək, limfa düyünlərinin zədələnməsini aşkarlamaq məqsədi ilə istifadə olunur[3]. Tədqiqatçılar KT-in AX-nin diaqnostikasında həssaslığını 91,8% olaraq qeyd edirlər [4].

Bunları nəzərə alaraq, tədqiqatın **məqsədi** periferik AX-nin erkən mərhələsində KT müayinəsinin imkanlarının və diaqnostik semiotikasının öyrənilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqat 2009-2013-cü illərdə Azərbaycan Tibb Universitetinin Onkoloji Klinikası, Ağciyər Xəstəlikləri Elmi-Tədqiqat İnstitutu, Milli Onkoloji Mərkəz, Lütfi Kırdar adına Elmi-Tədqiqat Institutunda aparılmışdır. Tədqiqatda şüa diaqnostik müayinə metodları ilə aşkarlanmış və histoloji olaraq verifikasiya edilmiş 76 AX-li xəstənin arxiv və cari materialları istifadə edilmişdir.

Xəstələrin 70(92,1%) nəfəri kişi, 6 (7,9%) nəfəri qadın olub, yaşları 28-78 arasında dəyişmişdir.

Xəstələrdən 35(46,1%) nəfərdə yastıhüceyrəli, 31(40,8%)- adenokarsinomalı, 3(3,9%)-xırdahüceyrəli, 4(5,2%)- irihüceyrəli, 3(3,9%) nəfərdə digər növ xərçəngə rast gəlinmişdir.

Xəstələrdə klinik əlamətlər zəif təzahür etmişdir. Belə ki, 6(7,8%) xəstədə ancaq döş qəfəsi nahiyyəsində ağrı, 5 (6,5%) xəstədə sadəcə öskürək, 5(6,5%) xəstədə qanhayxırma qeydə alınmış, 4 (5,2%) xəstədə heç bir simptoma rastlanmamışdır. Bəzi xəstələrdə isə döş qəfəsi xəstəliklərinə xas bir neçə şikayət birgə müşahidə edilmişdir.

KT "Toshiba Asteion", "Somatom Emotion Duo" və "Somatom Volume Zoom Siemens" aparatında çəkilmişdir. Bütün görüntülər ağciyər (-650-1500HU) və mediastinal (50-400HU) pəncərələrdə qiymətləndirilmişdir.

KT-nin analizi bütün xəstələrdə vizual və 36 (47,3%) xəstədə densitometrik üsulla aparılmışdır. Vizual analizdə forma, ölçü, vəziyyət, patoloji ocağın strukturu, ətraf toxumanın vəziyyətinin qiymətləndirilmiş, densitometrik analiz Xaunsfild (HU) əmsalının hesablanması ilə icra edilmişdir.

Magistral damarların vəziyyətinin qiymətləndirilməsi zamanı 5 (6,5%) xəstədə kontrastlanma üsulu istifadə edilmişdir. Bu zaman venadaxilinə 20-40 ml kontrast maddə (uroqrafin, veroqrafin və s.) yeridilmişdir.

Tədqiqatımıza daxil olan xəstələrin təsnifatı üçün 7-ci (2009) TNM sistemi istifadə edilmiş və bu bölgü cədvəldə göstərilmişdir.

Cədvəl 1

Ağciyər xərçəngli xəstələrin TNM sisteminə görə paylanması

Mərhələ	TNM	Miqdar	
		Say	%
IA	T1N0M0	15	19,7%
IB	T2N0M0	36	47,3%
II	T2N1M0	4	5,2%
II	T3N0M0	21	27,6%

Cədvəldən görünür ki, xəstəliyin I mərhələsi 51(67,1%), II mərhələsi isə 25 (32,9%) xəstədə təyin edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələrinin statistik analizi məqsədi ilə hesablamalar kompyuterdə İBM SPSS Statistics 20 proqramından istifadə etməklə aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Xəstələrdən birinin KT-də şiş vizualizasiya olunmamışdır. Tədqiqata daxil olan digər 75(98,6%) xəstədə isə törəmə bu metod vasitəsi ilə aşkarlanmışdır.

Tədqiqata daxil olan xəstələrdə periferik AX-in KT semiotikası, şiş ətrafı toxumadakı dəyişikliklər, törəmə ilə bronxların münasibəti analiz edilmiş və aşağıdakı cədvəldə təsvir edilmişdir.

Cədvəl 2

Periferik AX-in KT semiotikası

	Mütləq sayı	faiz
Şişin ölçüsü:		
3 sm-ə qədər	21	27,6%
3 sm-dən böyük	54	71%
Forma:		
Dairəvi	19	25%
Oval	14	17,9%
Qeyri-düzgün girdə	34	44,7%
Digər	8	10,4%
Kontur:		
Şüaşəkilli çıxıntı	16	21%

Hamar	7	9,2%
Qeyri-dəqiq	15	19,7%
Qeyri-hamar	33	43,4%
lobulyar	4	5,2%
"cığır":		
Plevraya doğru	12	15,7%
Kökə doğru	3	3,9%
"cığır" yoxdur	61	80,2%
Dağılma boşluğu	16	21%
Yerləşmə:		
Subplevral	27	35,5%
Plevraya yaxın	39	51,3%
Kökyanı	9	11,8%
Ətraf ağciyər toxuması:		
İnfiltrasiya	15	19,7%
Emfizema	19	25%
Fibroz	11	14,4%
Keçmiş vərəm ocaqları	7	9,2%
Buzlu şüşə	3	3,9%
patologiyasız	32	42,1%

3 sm-ə qədər ölçülü periferik ağciyər xərçəngi 21(27,6%), 3 sm-dən böyük isə 54(71%) xəstədə aşkarlanmışdır.

Düyünlərin lokalizasiyasını analiz etdikdə görürük ki, bədxassəli düyünlər 70% halda yuxarı payda yerləşir, xoşxassəli düyünlər isə bərabər paylanır[5]. Bizim tədqiqatımızda törəmə sağ payda (55,2%) daha çox lokalizasiya olunmuşdur($p<0,01$). Xərçəng əksərən yuxarı – 46 (60,5%), sonra aşağı payda – 26 (34,2%), az hallarda isə orta payda (3,9%) inkişaf etmişdir.

Periferik ağciyər xərçənginin yerləşməsini plevraya görə qiymətləndirdikdə görürük ki, 39 (51,3%) xəstədə şiş plevraya yaxın, 27-də (35,5%) subplevral, 9-da (11,8%) isə kökyanı sahədə yerləşmişdir ($p<0,01$).

Forması dairəvi olmayan və paycıqlı, kənarları qeyri-düzgün düyünlərin karsinoma olma ehtimalı yüksəkdir, ancaq xoş və bədxassəliliyi ayırd etmədə bu çox da etibarlı bir əlamət deyil[5]. Tədqiqat kontingentinə daxil edilmiş periferik xərçəngin formasına görə törəmələrin 34-ü (44,7%) qeyri-düzgün dairəvi, 19-u (25%) dairəvi, 14-ü (17,9%) oval, az qismi isə digər formalarda olmuşdur.

Törəmə xəstələrin 15-də (19,7%) qeyri-dəqiq kənarlı, 4-də (5,2%) isə lobulyar sərhədli olmuşdur. Beləliklə xəstələrin az qismində (9,2%) törəmə dəqiq-hamar kənarlı, 68 (89,4%) xəstədə isə bədxassəli törəməyə məxsus konturludur($p<0,01$).

Bədxassəlilik əlamətlərindən biri də törəmənin kənarında şüaşəkilli çıxıntının olmasıdır. Bu əlamətə sahib törəmənin 93%-i bədxassəli şiş olur [5,6,7]. Tədqiqatımızda xəstələrin 16-da (21%) şiş "şüaşəkilli" çıxıntılara malik olmuşdur və bu ədəbiyyat məlumatlarına uyğundur ($p<0,01$).

Kökə və ya plevraya doğru "cığır" şəklində reqionar linfanqait simptomu 15(19,8%) xəstədə rastlanmışdır. 61(80,2%) xəstədə isə bu əlamət görünməmişdir.

Törəmənin strukturunu analiz etdikdə xəstələrin 16-da (21%) kaverna şəkilli boşluğa rast gəlinmişdir. Ancaq divar qalınlıqları 16 mm-dən qalın olduğu üçün bədxassəli prosesdən şübhələnməyə əsas verir ($p<0,01$). Bu şəkil şişin KT-mənzərəsində heterogenlik yaradır. Heterogen şəkil şişin daxilində kalsinat olduqda da görünə bilər[6]. Ancaq bizim tədqiqatlarımızda belə xəstəyə rast gəlinməmişdir.

Xəstələrimizin 36-da (47,3%) densitometrik qiymətləndirmə aparılmışdır. Bu xəstələrdə HU əmsalı orta hesabla 27 HU olmuşdur. Bu göstərici ədəbiyyat məlumatlarına uyğundur. Kontrast istifadəsindən sonraki qiymətləndirmədə isə xəstələrin hamısında ağciyər xərçənginə xas heterogen kontrastlanma müşahidə edilmişdir (5 xəstə) ($p<0,01$).

Düyünə gedən ya da düyünün ətrafında olan bronxlarla düyün arasındakı əlaqə bronxoskopiyanın nəticəsinə təsir edir və bronkoskopiyayla iynə biyopsiyası arasında seçim etməkdə kömək edir. Şiş bronxu əhatə edib təzyiq edə və ya tam qapaya bilər[7]. Bronxların vəziyyətini qiymətləndirdikdə 2

(2,6%) xəstədə seqmentar bronxda törəmə tərəfindən obturasiya, qalanlarında mənfəzin açıq olduğu müşahidə edilmişdir (p<0,01).

Şişin ətrafındakı ağciyər toxuması müxtəlif dəyişikliklərə uğrayır. 15(19,7%) xəstədə infiltrativ sahə müşahidə edilmiş, 11(14,4%) xəstədə fibroz toxumaya rastlanmışdır. 3 (3.9%) xəstədə isə "buzlu şüşə" simptomunu izlənmişdir.

Beləliklə ağciyər xərçəngini morfoloji olaraq qiymətləndirdikdə görürük ki, törəmə adətən forması qeyri-düzgün girdə, konturu kələ-kötür (bəzən şüaşəkilli çıxıntılı), yerləşməsi plevraya yaxın və ya subplevral, kontrastlanması heterogendir. Adətən bronx mənfəzi açıq olur.

Göründüyü kimi periferik xərçəngin KT şəkli müxtəlifdir. Bu səbəbdən kliniki praktikada diferensial diaqnostikada müəyyən çətinliklər yaranır. Bu problemin həlli yalnız anamnestik məlumatlar, klinik əlamətlər, kompleks şüa diaqnostik müayinələrin nəticələri birlikdə qiymətləndirdikdə mümkün ola bilər.

ƏDƏBİYYAT

1.James G., Philip C., Gerard A. Screening for Lung Cancer // AJR, 2008, N190, p.755–761

2.Королева И.М. Лучевая диагностика рака легкого // Справочник поликлинического врача, 2008, №12, с.20-26

3.Henschke C.I., Yankelevitz D.F. Ct screening for lung cancer // The Oncologist, 2008, v.13, p.65-78.

4.Şenyiğit A, Bayram H, Asan E. Akciğer radyografisi normal saptanan hemoptizili olgularda fiberoptik bronkoskopi ve yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografinin tanıdaki değeri Solunum Hastalıkları, 2001,N 12, T 2, s.123-128.

6.Jeong Y., Chin A., Lee K. Solitary Pulmonary Nodules: Detection, Characterization, And Guidance For Further Diagnostic Workup And Treatment //Ajr Am J Roentgenol, 2007, v.188,p.57-68

7.Verim S. Soliter Pulmoner Nodül // Anatol J. Clin Investig. 2012, T. 6(3), s. 207-210.

8.Günbatar H., Sertoğullarından B. Akciğer kanserli olguların değerlendirilmesi. 3 Yıllık Analiz //Van Tıp Dergisi: 2012, v.19 (1), s. 13-20

Резюме

Роль компьютерной томографии при периферическом раке легких.

Б.А.Бахшыев, В.А.Дадашов

Целью исследования явилось изучение возможности и диагностической семиотики КТ исследований при периферическом раке легких. В исследование вошли архивные и текущие материалы 26 больных с периферическим раком легких. Как видно КТ изображение периферического рака легких разнообразен. Из-за этого в дифференциальной диагностике встречаются определенные сложности. Для решения этой задачи необходимо комплексное оценка анамнестических показателей, клинических признаков и результатов лучевой диагностики.

Summary

The role of computed tomography in peripheral lung cancer .

B.A.Bahshyev, V.A.Dadashov

The aim of the study was to explore the possibility of semiotics and diagnostic CT studies in peripheral lung cancer. The study included archival and current material of 26 patients with peripheral lung cancer. As can be seen a CT image of peripheral lung cancer varied. Because of this, in the differential diagnosis encountered certain difficulties. To solve this problem requires a comprehensive assessment of anamnestic parameters , clinical signs and results of beam diagnostics.

Daxil olub: 15.08.2013

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

И.А.Шамхалова, Г.Л. Абдиева

АзГИУВ им А. Алиева кафедра акушерства и гинекологии, г.Баку;

Центральная больница Каспийской морской флотилии, Г.Баку

Açar sözlər: uşaqlıq boynu, potologiya, hamiləlik

Ключевые слова: шейка матки, патология, беременность

Keywords: cervix, pathology, pregnancy

Приоритетным направлением современной медицины является совершенствование охраны здоровья матери и ребенка. В частности остаются актуальными диагностика и лечение заболеваний в период беременности и родов.

Одной из важных проблем периода беременности является патология шейки матки, несмотря на современные достижения развития медицины, выбор оптимальных метод диагностики, профилактики и лечения патологии шейки матки остается до конца не решенным, так как доказано значительное влияние эти заболеваний на течение, исход беременности и родов. Шейка матки в силу своих структурно-функциональных особенностей занимает особое место в репродуктивной системе, во многом определяя перспективы полноценного оплодотворения, не осложненного вынашивания беременности и своевременных родов. Заболевания шейки матки в основном приходятся на репродуктивный возраст женщин, это является одной из главных причин актуальности данной проблемы у беременных.

Предрасполагающими факторами развития патологий шейки матки по данным различных авторов являются раннее начало половой жизни, частые аборты в анамнезе, иммунодефицитные состояния, заболевания передаваемые половым путем. Частота инфекций, передаваемых половым путем в последнее время неуклонно растет и заболевания шейки матки увеличиваются прямо пропорционально данной проблеме. Рост заболеваний внутренних половых органов воспалительно-инфекционного генеза являются причиной не только патологических процессов шейки матки, но и способствуют возникновению осложнений беременности. Наиболее частой причиной осложнения беременности при заболевании шейки матки является невынашивание.

Несмотря на современные достижения в диагностике и лечении доброкачественных заболеваний шейки матки, патология шейки матки остается важнейшей проблемой в акушерстве и гинекологии. Особую актуальность представляет проблема заболеваний шейки матки у беременных.

Шейка матки в силу своих структурно-функциональных особенностей занимает особое место в репродуктивной системе, во многом определяя перспективы полноценного оплодотворения, неосложненного вынашивания беременности и своевременных родов.

Несмотря на современные достижения в диагностике и лечении доброкачественных заболеваний шейки матки, патология продолжает оставаться важнейшей проблемой в акушерстве и гинекологии.

Особую актуальность представляют проблемы заболеваний шейки матки у беременных. Это обусловлено повышением заболеваемости раком шейки матки у женщин репродуктивного возраста в группе до 29 лет В структуре причин смерти женщин моложе 30 лет рак шейки матки составляет 8,5%.

Рак шейки матки - является самым частым в структуре злокачественных опухолей у беременных и составляет почти 45%, в то время как сочетание беременности и рака щитовидной железы составляет 7,8%; беременности и рака молочной железы - 18,9%; беременности и рака яичника - 1,4%.

Частота выявления рака шейки матки при беременности от 1:2000 до 1:5000, преинвазивной карциомы in situ - 1:770 беременных.

Предрасполагающими факторами развития патологии шейки матки по данным различных авторов являются раннее начало половой жизни (до 19 лет); частые аборты в анамнезе; частая смена половых партнеров женщиной, ее мужем; имуннодефицитные состояния; наличие ИППП у женщины, либо у ее полового партнера. Число инфекции, передающих половым путем, в последнее время неуклонно возрастает. Это способствует не только увеличению воспалительных заболеваний внутренних половых органов, но и А приводит к развитию патологических процессов- шейки матки, невынашиванию беременности.

Известно, что ежегодно в мире для 590 тысяч матерей осложнения беременности и родов оказываются смертельными, так же как каждую минуту погибают 8 новорожденных вследствие тяжелых осложнений гестационного процесса у их матерей. Субоптимальные материнские и перинатальные исходы в значительном числе случаев ассоциируются с послеродовыми инфекционно-воспалительными осложнениями и неонатальным сепсисом, а 15 % материнской смертности прямо связано с послеродовым сепсисом. Установлено, что показатель уровня материнской смертности от пуэрперального сепсиса неуклонно возрастает, а

темпы снижения смертности матерей от септических осложнений в последние годы резко замедлились.

Одной из многих предрасполагающих к развитию послеродового сепсиса причин, считаются воспалительные заболевания половых органов, при которых восходящая из шейки маки инфекция способна обсеменить децидуальную оболочку, амнион, хорион с негативными последствиями для матери, плода,новорожденного в виде преждевременного разрыва плодных оболочек (ПРПО), позднего выкидыша, преждевременных родов, хориоамнионита, эндомиометрита, тазового абсцесса, тромбофлебита, перитонита, неонатальных септических заболеваний. В свою очередь, ПР являются основной причиной высокой неонатальной заболеваемости и смертности.

С учетом того, что цервикальный канал даже при асимптомно протекающей инфекции служит резервуаром для перанатальной трансмиссии микроорганизмов в матку, а при выраженной клинической патологии ШМ связь с неблагополучными материнскими и перинатальными исходами становится явной.

Установлено, что при привычном выкидыше 52% женщин страдают эндоцервицитом, 37% новорожденных имеют признаки ВУИ; мертворождение достигает 15-17%; в 4-5 раз учащается послеродовый эндометрит; у 16% родильниц возникают отсроченные осложнения кесарева сечения, в т.ч. тазовыйабсцесс, у 14% рожениц псевдоэрозия ШМ способствовала ее разрыву.

Таким образом, осложнения деторождения ответственны за большую часть МС, но реальная информация об уровне серьезной материнской заболеваемости в стране остается неизвестной. До настоящего времени не установлена частота материнской и перинатальной заболеваемости, ассоциированной с гинекологическими воспалительными заболеваниями, в том числе с ИППП, которыми страдала женщина, вынашивая беременность. Между тем, исследования, выполненные под эгидой ВОЗ, показали 4-10-кратное возрастание уровня пуэрперальных инфекционно-воспалительных осложнений у женщин сцервицитом хламидийного генеза; гонококковая инфекция выявлена у 7%, а хламидийная - у 23% родильниц.

Сегодня пристальное внимание исследователей также привлечено к проблеме онкозаболеваний у беременных женщин, которые существенно ухудшают материнские и перинатальные исходы. В настоящее время среди беременных женщин неуклонно растет частота распространения рака шейки матки (РШМ). Так, согласно данным Европейского общества медицинской онкологии ESMO, РШМ диагностируют у 1:200 беременных женщин. Сводная статистика за последние 50 лет сообщает о 4699 беременных, у которых был диагностирован РШМ. По-видимому, рост заболеваемости РШМобусловлен существенным распространением папилломавирусной инфекции, которая ассоциируется с 10-кратным повышением риска CIN ШМ. Вместе с тем, давно установлено, что рак не возникает внезапно, опухоль проходит период предракового состояния, фоном для последнего служат различные по этиологии и морфогенезу заболевания, по сути, это - все заболевания ШМ.

Общеизвестно, что беременность как физиологическое состояние со свойственными ей специфическими особенностями и иммунодефицитом оказывают крайне неблагоприятное (стимулирующее) влияние на клиническое течение патологических состояний на шейке матке, как органе мишени, способствуя возникновению рака. Во всем мире рак ШМ сочетается с беременностью в 0,45%-3,1% случаев. Опасность его у беременных связана не только с возможностью внутриутробной гибели плода, но и с материнскими потерями.

Иногда предрак регрессирует и переход его в РШМ не является неотвратимым. Этот факт имеет существенное практическое значение для профилактики злокачественного заболевания, которая станет возможной при своевременных диагностике и лечении фоновых заболеваний и СЕЧ ШМ. Именно благодаря скрининговым программам и своевременному лечению предрака ШМ в последние годы снизилась на 80% заболеваемость раком ШМ (372). Однако по-прежнему отсутствует консенсус относительно необходимости биопсии и лечения заболеваний ШМ у беременных женщин, особенно в случаях, подозрительных на CIN III и Ca in situ эктоцервикса, тогда как эта патология обнаруживается довольно часто - в 3 % подозрительных случаев.

Вопросы диагностики, лечения, родоразрешения и мониторинга у беременных с доброкачественными и предраковыми заболеваниями ШМ практически не освещены в учебниках и научно-практических изданиях.

Кольпоскопия и биопсия показана всем женщинам с CIN II и III, независимо, от подтверждается у них наличие ВПЧ инфекции.

Сторонники наблюдательной тактики совершенно игнорируют известный факт стимулирующего прогресс опухоли влияния беременности.

Кроме того, при беременности кольпоскопические, цитологические и гистологические картины меняются, поэтому возможны как гипер-, так и гиподиагностика озлокачествления вследствие скептического отношения клиницистов и морфологов к возможным малигнизированным внутриэпителиальным изменениям экзоцервикса у беременных.

В женских консультациях страны функционирует кабинет патологии шейки матки для оказания специализированной помощи больным женщинам, но беременных предписания приказа не коснулись, т.к. согласно устоявшемуся среди практикующих врачей мнению, диагностику и лечение патологии ШМ следует осуществлять лишь после завершения беременности из-за опасений спровоцировать инструментальными исследованиями выкидыш. Более того, при позднем первом визите беременной в консультацию, когда дно матки определяется выше лона, ШМ неосматривают даже в зеркалах. Между тем, известно, что без дополнительных исследований появившиеся клинические признаки рака ШМ чаще всего трактуются как симптомы выкидыша или предлежания плаценты. В подобных случаях назначается сохраняющая беременность терапия и надолго откладывается диагностическая биопсия.

В последние годы при выявлении у беременной CIN II, III агрессивная диагностическая и лечебная тактика сменяются консервативной, в особенности считают непоказанной конусовидную биопсию из-за возможных серьезных последствий для беременности. Американская ассоциация кольпоскопии и цервикальной патологии разработала в 2006 году следующие согласительные рекомендации: у очень молодых беременных женщин при CIN II оптимальным является тщательное наблюдение, а при CIN III показана эксцизия или аблация очага дисплазии.

Отечественные авторы рекомендуют выполнять прицельную биопсию лишь при подозрении на инвазивный процесс; после исключения инвазивного рака все диагностические и терапевтические мероприятия выполняются через 2 месяца после родов.

Как следует из выше изложенного, в настоящее время при предраке ШМ у беременных женщин просматривается существенная разница между диагностическими и лечебными подходами отечественных и зарубежных клиницистов.

Таким образом, заболевания ШМ у беременных чреваты серьезнейшими осложнениями гестационного процесса вплоть до гибели матери, плода и новорожденного от септических осложнений. В некотором числе случаев плохие материнские и перинатальные исходы ассоциируются с онкопатологией ШМ. Вместе с тем, оптимизировать исходы беременности, родов, послеродоваого и неонатального периодов вполне возможно прогнозированием, адекватной своевременной и современной диагностикой, лечением и предупреждением осложнений гестации превентивными технологиями, начиная с ранних сроков беременности оздоравливать ШМ и нижний отдел генитального тракта.

Литература

1. Исаков В.А., Кноринг Г.Ю., Стернин Ю.И. и др. Иммунопатогенез и терапия простого герпеса: Рекомендации для врачей. СПб, 2008, 88с.

2. Biggs W.S. Cervical conisation affects pregnancy outcnee // J. Watch womens Health., 2008, v.13, p.84-85

3. Прилепская В.Н. Патология шейки матки и генитальные инфекции. М.: МЕДпресс-информ, 2008, 398 с.

4. Bipat S., Glas A.S., van der Velden J. et al. Computed tomography and magnetic resonance imaging in staging of uterine cervical carcinoma: a systematic review // Gynecol. Oncol., 2003, v.91, p. 59-66

5. Арестова И.М., Занько С.Н., Русакевич П.С. Генитальные инфекции и беременность. М.: Медицинская литература, 2003, 176 с.
6. Бабинцева Т.В. Оценка эффективности и лечения эктопии шейки матки с использованием радиоволнового метода: Автореф. дисс.... канд. мед. наук. Пермь, 2006, 20 с.
7. Баггиш М.С. Кольпоскопия. Атлас-справочник. М.: Практика, 2008, 340 с.
8. Подзолкова Н.М., Кузнецова И.В., Глазкова О.Л. Клиническая гинекология. М.: Медицинское информационное агентство, 2009, 640 с.
9. Бакулев П., Василенко А.Л, Оркин В.Ф. и др. Воспалительные заболевания гениталий инфекционной природы у женщин. М.: Дрофа, 2008, 152 с.
10. Бауэр Г. Цветной атлас по кольпоскопии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009, 288 с.
11. Бахидзе Е.В. Фертильность, беременность и гинекологический рак. , М.: Диля, 2004, 288 с.
12. Бургхардт Э., Пикель Г., Жирарди Ф. Кольпоскопия. Атлас и руководство. , М.: Медицинская литература, 2008. , 176 с.
13. Кауфман Р., Фаро С., Браун Д. Доброкачественные заболевания вульвы и влагалища. — М.: Бином, 2009, 548 с.
14. Петерсен Э.Э. Инфекции в акушерстве и гинекологии. М.: МЕДпресс-информ, 2007, 352 с.
15. Подистов Ю.И., Лактинов К.П., Петровичев Н.Н. и др. Эпителиальные дис-плазии шейки матки (диагностика и лечение). М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006,138 с.
16. Роговская С.И. Практическая колытоскопия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. -294 с.
17. Saslow D., Runowicz C.D., Solomon D. et al. American Cancer Society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer.// CA Cancer J Clin., 2002, v.52, p.342-362.
18. Soma H., Okada T., Yoshinari T. et al. Placental site trophoblastic tumor of the uterine cervix occurring from undetermined antecedent pregnancy.// J Obstet Gynaecol Res., 2004, v.30, p.113-116
19. Прилепская В.Н. Возрастные особенности шейки матки. Современные методы диагностики патологии шейки матки.// Акушерство и гинекология, 1998, N6, с.51-54.
20. Ohwada M., Suzuki M., Hironaka M. et al. Neuroendocrine small cell carcinoma of the uterine cervix showing polypoid growth and complicated by pregnancy.//Gynecol. Oncol., 2001, v.81, p.117-119.
21. Russomano F., Reis A., de Camargo MJ. et al. Efficacy in treatment of subclinical cervical HPV infections without CIN. Systemic review. San Paulo Mtd J // Rev Paul Med., 2000, v.118, p.109-115.
22. Роузвиа С.К. Гинекология. М.: МЕДпресс-информ, 2007, 520 с.
23. Кузьменко Е.Т., Ладыгина А.В. Сочетание различных ИППП с псевдоэрозией шейки матки / «Росс. Конгресс « Генитальные инфекции и патология шейки матки». 2004, с. 55.
24. Сидорова И.С., Макаров И.О., Куликов И.М. Патологические состояния шейки матки во время беременности // Вопросы гинекол., акуш. и принатол., 2009, №5, с.75-80.
25. Хапимов Ф.М., Купавский В.А. Оптимизация методов хирургического лечения посттравматической деформации шейки матки / VII- Росс, форум «Мать и дитя». М., 2005, с.527
26. Харит С.М. Профилактика папилломавирусной инфекции // Практика педиатра, вакцинопрофилактика, 2008, №5
27. Манухин И.Б., Пономарева Ю.Н. Исследование пролиферативной активности клеток в диагностике цервикальных интраэпителиальных неоплазий / Материалы «Всероссийского конгресса «Амбулаторно-поликлиническая практика новые горизонты». - М., 2010, с. 206.
28. Шперлинг Н.Г. комплексная терапия аногенитальных кондилом у женщин / Форум «Мать и дитя». М., 2005, с.548
29. Яглов В.В. Воспалительные заболевания органов малого таза // Гинекология, 2001, №3, с. 93-97.

Xülasə

Hamiləlik zamanı uşaqlıq boynu patologiyalarına müasir baxış

İ.A.Şamxalova, G.L.Abdiyeva

Müasir təbabətin prioritet məsələlərindən biri ana və uşağın sağlamlığının mühafizəsidir. Xüsusilə hamiləlik və doğuş zamanı xəstəliklərin diaqnostika və müalicəsi də aktual olaraq qalmaqdadır. Hamiləlik zamanı ən vacib problemlərdən biri uşaqlıq boynu patologiyalarıdır ki, müasir təbabətdə əldə olunan nailiyyətlər, diaqnostika, profilaktika və müalicədə yeni optimal metodların meydana

gəlməsinə baxmayaraq uşaqlıq boynu patologiyası sona qədər öz həllini tapmamışdır. Hazırda bu patologiyanın hamiləliyin və doğuşun gedişatın nəzərəçarpacaq təsiri sübut olunmuşdur.

Summary

Modern look back on cervical pathology during pregnancy

I.A.Shamhalova, G.L. Abdiyeva

A priority of modern medicine is to improve maternal health and child. In particular remain relevant diagnosis and treatment during pregnancy and childbirth. One important issue is the gestation period of cervical pathology, despite the advancements of medicine, the selection of the optimal method of diagnosis, prevention and treatment of cervical pathology is not completely resolved, as proved a significant impact on these diseases during, the outcome of pregnancy and childbirth.

Daxil olub: 23.07.2013

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ

К.Р.Юсиф-заде

Военный госпиталь Государственной пограничной службы Республики Азербайджан, г.Баку

Açar sözlər: öd yolları xəstəlikləri, profilaktika, ağırlaşmalar
Ключевые слова: заболевания желчевыводящей системы, профилактика, осложнения
Keywords: diseases of the biliary system, the prevention of complications

Из всех осложнений лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) наиболее значимы повреждения внепеченочных желчных путей. Их частота составляет 6 случаев на 1000 операций. а при открытой холецистэктомии в 2-5 раз меньше. Кроме того. сравнение ЛХЭ и открытой холецистэктомии не совсем корректно. поскольку группы существенно отличаются по характеристикам пациентов [1,2,3,4]. Традиционным способом оперируют практически всех больных с осложнениями желудчно-кишечных болезней (ЖКБ) (острый холецистит. механическая желтуха). а ЛХЭ применяют в более простых и благоприятных в прогностическом плане случаях. Хотя общая летальность после ЛХЭ ниже. чем после открытой холецистэктомии. более половины смертей после лапароскопических операций при ЖКБ обусловлено самим методом. Тогда как при открытой операции 90% летальных исходов связано с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой и лёгочной систем. Поэтому проблема ятрогенных повреждений внепеченочных желчных путей при ЛХЭ имеет первостепенное значение [5,6,7[. Ранения жёлчных протоков весьма различны по характеру. последствиям. способным варьировать от небольшого желчеистечения до неизлечимых стриктур внутрипечёночных протоков. Различают большие и малые повреждения. частота которых примерно одинакова в отличие от открытой хирургии. где преобладают небольшие повреждения. «Большие повреждения» - это полное пересечение ОЖП. общего печёночного. долевого печёночного протоков или пересечение протока на более чем 50% его окружности.

Цель исследований: оценить структуру осложнений при диагностике и хирургическом лечении заболеваний желчного пузыря.

Материалы и методы исследований. Основой клинических исследований являются результаты лечения пациентов. оперированных за период 2006-2012 год. Всего за этот период выполнено 404 ЛХЭ. Лапароскопическим способом были выполнены 399 (98.7%) операций. завершены лапаротомным 5 (1.2%). Мужчин было 102. женщин 302. Возраст больных от 18 до 80 лет. большинство составили пациенты наиболее работоспособных возрастов – от 30 до 60 лет. а пациенты старшей возрастной группы (> 60 лет) составили 15.3%.

За период с 2006-го по 2012 гг. нами было произведено 175 ЭРХПГ и 159 ЭПСТ (эндоскопическая папиллосфинктеротомия). В таблице приводится распределение больных по нозологическим формам. При необходимости эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) и эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) применялся гастродуоденоскоп TJF-150 и стойка фирмы «Olympus». Операция ЛХЭ

выполнялась со стойкой и набором инструментов фирмы «Karl Storz» (Германия). «Covidien» (Швейцария).

Результаты исследования обработаны методом вариационной статистики. Для характеристики группы однородных единиц были определены их средние арифметические величины (M). ее стандартная ошибка (m) и диапазон изменений (min-max). Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием современного программного обеспечения – редактора электронных таблиц Microsoft Excel 2007 и пакета прикладных программ Statistica 7.0.

Результаты собственных исследований. Возраст больных от 18 до 80 лет. большинство составили пациенты наиболее работоспособных возрастов – от 30 до 60 лет. а пациенты старшей возрастной группы (> 60 лет) составили 15.3% (рис. 1).

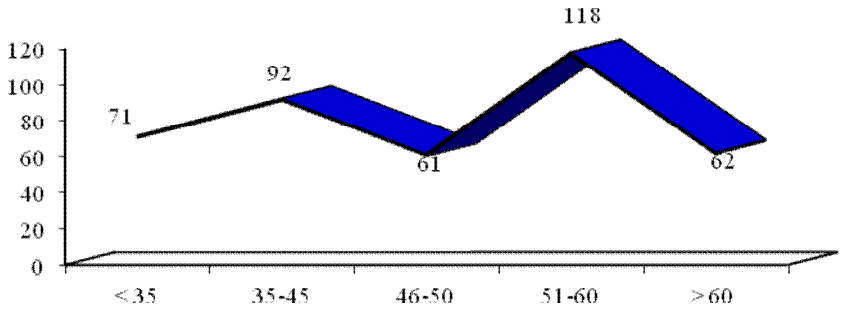


Рис. 1 Распределение пациентов по возрасту

Сопутствующие заболевания наблюдались у 86 (21,28%) пациентов. перенесших ЛХЭ. Из сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистые заболевания встречались у 35 (8,7%). сахарный диабет – у 22 (5,4%). урологические болезни – у 6 (1,5%). гинекологические болезни- у 6 (1,5%).

Данные таблицы 1 указывают на сравнительной невысокий. несмотря на тяжелый характер течения фоновой патологии у больных при поступлении в стационар и перед началом проведения диагностических мероприятий. процент осложнений (8.9%). что в некоторой степени подтверждалось литературными данными.

Таблица 1

Частота и вид осложнений в зависимости от типа эндоскопической процедуры

Вид эндоскопической процедуры	Число больных	Осложнения						
		кровотечение	перфорация	Панкреатит	Холангит	вклинение камня	Анестезиологические осложнения	Всего
Диагностическая ЭРХПГ	16	-	-	3	-	-	2	5
ЭП-pre-cut	12	2	-	-	-	-	-	2
ЭРХПГ+ЭП	147	2	-	6	-	-	9	17
всего	175	4	-	9	-	-	11	24

Необходимо отметить. что в процессе ЭРХПГ без папиллотомии возможно возникновение осложнений. в основном. это постманипуляционный панкреатит и холангит. что чаще всего является результатом эндогенной инфекции. В нашем случае все выявленные осложнения устранялись адекватными терапевтическими манипуляциями.

Применение эндоскопической папиллотомии для разрешения патологического состояния является более серьезным вмешательством и может чаще приводить к возникновению

осложнений. Наибольший процент осложнений наблюдается при операции ЭП-pre-cut (16.7%) с использованием игольчатого электрода. обеспечивающего доступ в холедох в процессе затрудненной канюляции. Частые осложнения обусловлены тем. что контролировать погружение иглы-электрода вглубь ткани иногда не представляется возможным. в результате чего вероятность перфорации, кровотечения и развития панкреатита увеличивается. По нашим результатам в 12 неудачных случаях канюлизации холедоха удалось достичь положительных результатов с использованием игольчатого электрода.

Операция ЭРХПГ+ЭП - это стандартное сочетание операций с частотой осложнений в пределах 7-10%.

Наиболее частым осложнением является панкреатит. далее холангит. кровотечение. перфорация ретродуоденальной складки. а вклинение обнаруженного фрагмента (камня) – наиболее редко встречающееся осложнение. В настоящее время во всем мире повышенный интерес проявляется к операциям. выполняемым не через три-четыре небольших разреза как при стандартной лапароскопической холецистэктомии. а всего лишь через один небольшой двух сантиметровый разрез. выполняемый в пупочной области. Одним из пионеров данной методики является компания Covidien (SILS™ Port), которая и разработала специальный порт. через который и заводятся все используемые в операции инструменты.

Больная 33 лет поступила в хирургическое отделение Военного госпиталя Пограничной Службы АР 11.10.2011 года с диагнозом: "Желчнокаменная болезнь, Хронический калькулезный холецистит", 12.10.2011 г. выполнена лапароскопическая холецистэктомия. 13.10.2011 г. выписана домой.

21.10.2011 г. больная вновь обратилась в госпиталь с жалобами на тошноту. желтушность. При осмотре: Общее состояние стабильное. Кожные покровы и слизистая желтушны. Артериальное давление 115/75 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий и болезненный в правом подреберье. Симптом Пастернацкого отрицательный. Общий анализ крови: BIL-D 15 mg/dL (N: 0-0.8). BIL-T 25 mg/dL (N: 0.2-2.1). ALT-324 U/L. AST-252 U/L. Произведено УЗИ брюшной полости. визуализировалось расширение внутрипеченочных желчных протоков I-II деления на 4.4-4.8 мм. холедох в 1/3 проекции сужен. В данной проекции прослеживаются инородные тела в форме параллельных линий. По данным выполненной ЭРХПГ холедох не окрашивается после средней 1/3 части.

Диагноз: «Состояние после холецистэктомии. Ятрогенная механическая желтуха».

Больной проведена открытая холецистэктомия. Выяснилось. что во время лапароскопической холецистэктомии общий желчный проток. ошибочно принятый за пузырный проток, был клипирован и пересечен. Блокированный участок холедоха обнаружен и ликвидирован. Сформирован холедохоеюно-анастомоз и энтеро-энтероанастомоз методом Ру, дренирование брюшной полости. Таким образом, общий желчный проток был восстановлен. Послеоперационный период прошел без осложнений.



Рис.1. Клипирование ОЖП.

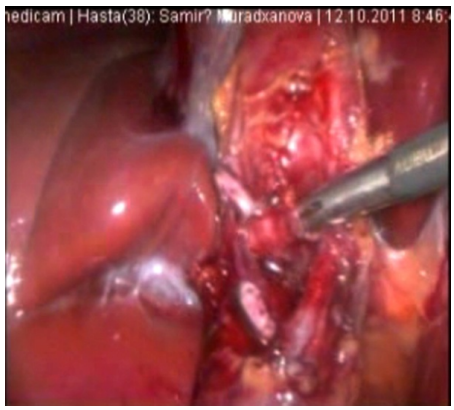


Рис.2. Пересечение ОЖП.

Таким образом, к опасным и к сожалению все еще частым осложнениям. возникающим непосредственно во время оперативного вмешательства с применением лапороскопической

техники и в послеоперационный период. относятся ранение внепеченочных желчных протоков. повреждение органов брюшной полости, массивные кровотечения. желчный перитонит. Довольно высокий уровень частоты встречаемости постоперационных осложнений лапароскопической холецистэктомии свидетельствует об актуальности и нерешенности данной проблемы. что предопределяет необходимость и своевременность разработки достаточно эффективных средств и методов их профилактики и прогнозирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузнецов Н.А., Соколов А.А., Артемкин Э.Н., Кудишкина И.Н. Механическая желтуха в ранние сроки после холецистэктомии // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения РАМН, 2010, № 2, с.55-59.

2. Курбонов К.М., Даминова Н.М. Диагностика и тактика лечения послеоперационного желчного перитонита // Хирургия, 2007, №8, с.38-42.

3. Мизуров Н.А. Лечение желчнокаменной болезни и ее осложнений: Учеб. пособие. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2002, 104 с.

4. Назыров Ф.Г., Хаджибаев А.М. Операции при повреждениях и стриктурах желчных протоков //Хирургия, 2006, №4, с.46-52.

5. Соколов А.А.. Лопаткин Д.С.. Артемкин Э.Н.. Кудишкина И.Н. Эндоскопическое лечение синдрома острой окклюзии терминального отдела холедоха и ампулы большого дуоденального сосочка / Материалы 14 Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии 21 – 23 апреля. М., с.187-188.

6. Mallery J.S., Baron T.H. Dominitz J.A. et al. Complications of ERCP // Gastrointest Endosc., 2003,v.57, p.633

7. Masci E., Toti G., Mariani A. et al. Complications of diagnostic and therapeutic ERCP: a prospective multicenter study // Am J Gastroenterol., 2001, v.96, p.417.

Xülasə

Öd sistemi xəstəliklərinin müalicəsində agırlaşmaların profilaktikası

K.R. Yusif-zadə

Dövlət Sərhəd Xidmətinin hərbi hospitalına müraciət edən 404 öd sistemi patoloqiyaları askarlanan xəstə üzərində statistik araşdırmalar aparılmışdır. Xəstələrdə xroniki kalkulyoz xolesistit, xroniki kalkulyoz xolesistitin kəskinləşməsi, kəskin qanqrenoz-kalkulyoz xolesistit, kəskin fleqmanoz kalkulyoz xolesistit, öd kisəsi polipi və digər patologiyalar aşkar olunmuşdur. Xolesistitlər öd kisəsinin iltihabı olub və onlara daha çox hallarda qadınlarda rast gəlinir, qeyd etdiyimiz patoloqiyaların daha da qabarıq səkildə təzahürünün yaranmasina yanasi inkişaf edən xəstəliklər də şərait yaradır. Müayyinə olunanların ümümi vəziyyətinin və xəstəlik tarixinin dərindən öyrənilməsi və alınan nəticələr onlarda daha cox ürək-damar və endokrin xəstəliklərin olmasini aşkar etmişdir. 175 cərrahi xəstələrdə endoskopik prosedurların effektivliyini qiymətləndirilməsi ERCP metodunun tədbiqi müalicənin nəticələrinin yüksəlməsinə zəmin yaradir. Endoskopik prosedurları effektivliyinin təhlili zamanı ERCP metodu üzrə (96,5%) yüksək nəticələr əldə edilmişdir və ekstrahepatik patologiyaların müalicəsində o "qızıl standart" kimi göstərilməlidir. 98.7%-li nətcə endoskopik papillotomy tətbiq edildikdə əldə olunmuşdur.

Summary

Prevention of complications in the treatment of the biliary system diseases

K.R.Yusif-zade

A statistical analysis of case histories of 404 surgical patients who were on combined treatment of diseases of the gallbladder and extra hepatic bile ducts, age and sex distribution of patients and the presence of comorbidities were carried out in a military hospital in the border troops. In form and severity of the studied pathologies identified in hospitalized surgical patients was determined for the following pathologies: chronic calculous cholecystitis. acute exacerbations of chronic calculous cholecystitis. acute calculous cholecystitis, acute gangrenous calculous cholecystitis, acute abscess calculous cholecystitis, gallbladder polyp, etc. Almost all of the surgical patients had a combined manifestation of the different clinical forms of background pathology and associated diseases (mostly abnormalities of cardiovascular, endocrine and urogenital systems). In addition there was a dependence of frequency of occurrence of gallbladder disease by age and gender. Results obtained in studies evaluating the efficacy of endoscopic procedures performed in 175 surgical patients indicate a high resolution of the method ERCP. The analysis of the effectiveness of endoscopic procedures

indicate a high resolution method ERCP (96,5%), and it is the "gold standard" for treatment of extrahepatic pathologies. It is noted the high performance of endoscopic papillotomy. reaching 98,7%.

Daxil olub: 14.05.2013

MÜXTƏLİF MATERİALLARDAN HAZIRLANMIŞ ÇIXAN PROTEZLƏRİN İSTİFADƏSI ZAMANI BAŞ VERƏN AĞIRLAŞMALAR

R.R.Şahmuradov

Azərbaycan Tibb Universiteti, ortopedik stomotologiya kefedrası, Bakı

Açar sözlər: diş protezləri, material, ağırlaşmalar
Ключевые слова: зубные протезы, материалы, осложнения
Keywords: dentures, materials, complications

Müxtəlif proseslər nəticəsində əsas stomatoloji xəstəliklərin (karies və onun ağırlaşmaları, paradont və selikli qişa xəstəlikləri) meydana çıxması və ağırlaşması nəticəsində dişlərin erkən itirilməsi baş verir. Dişlərin itirilməsi ağız boşluğu yaxud ümumi orqanizm səviyyəsində baş verən destruktiv proseslər və xəstəliklər nəticəsində də baş verə bilər. Bu problemlər daima həkim-stomatoloq və tədqiqatçıların diqqət mərkəzində olmuşdur. Ağız boşluğunda dişlərin tam yaxud hissəvi itirilməsi funksional çatışmazlıqlara və deformasiyalara gətirib çıxarır. Ona görə də müasir stomatologiyanın əsas istiqamətlərindən biri də belə xəstələrin protezlərlə təmin edilməsi, funksional çatışmazlıqların və xəstənin qidalanma qabiliyyətinin bərpasıdır. Dişlərin hissəvi itirilməsi çoxsaylı dişləri əhatə etdikdə, hüdudlanmayan qüsurlar olduqda və tam adentiya olduqda funksional çatışmazlıqları aradan qaldırmaq üçün çıxan lövhəli-akril, bügel və termoplast tərkibli protezlərdən istifadə olunur [4]. Bu növ protezlərin geniş tətbiq olunmalarına baxmayaraq, müasir dövrümüzdə dişsiz xəstələrin ideal protezlənməsi və funksional çeynəmə qabiliyyətlərinin tam bərpası sahəsində tədqiqatların aparılmasına ehtiyac yaranır. Bundan başqa, çıxan protezlərin dişləri estetik tələblərə də cavab verməlidir. Müxtəlif ədəbiyyat məlumatlarını araşdırarkən əhalinin çıxan protezlərə ehtiyac dərəcəsi təxminən 15-96% arasında dəyişilir. Bu göstəricinin belə geniş dəyişməsi ayrı-ayrı yerlərdə yaşayan əhalinin yaş tərkibinin dəyişikliyi ilə əlaqədardır.Müasir dövrümüzdə çıxan protezlərin geniş tətbiqi və onların düzəldilməsi üsullarının təkmilləşdirilməsinə baxmayaraq, protezlər istifadəçilərinin protezin əlavə təsirlərinə dair şikayətləri yenə də artım tendensiyasında davam edir [1,2,3]. Polimer protezlər ağız boşluğuna toksiki-allergik, qıcıqlandırıcıtəsirlər göstərərək ağız boşluğunun selikli qişasının, mədə-bağırsaq traktının xroniki xəstəliklərinə, asteniya və dispepsiyaya səbəb ola bilər.

Müasir dövrümüzdə akril protezləri daha yeni tərkibli konstruksiyalar əvəz etməkdədir. Bu konstruksiyalar bügel və termoplast protezləri aiddirlər. Termoplast protezlərin sınma halları az nisbətən az olurProtez yatağının iltihabı reaksiyaları dedikdə, müxtəlif səbəblərdən protezin altında qalan yumşaq toxuma sahələrində iltihabı reaksiya və proseslərin inkişafı nəzərdə tutulur. Bu proseslərə protezin düzgün hazırlanmaması nəticəsində yumşaq toxumaların travması, protezin termiki mərhələsinin düzgün yerinə yetirilməməsi nəticəsində artıq monomer qalıqlarının selikli qışanın qıcıqlanması, allergiyası, protez stomatitləri və s. aiddir (5.6.8). Taktil hissiyatının pozulması isə əsasən lövhəli akril diş protezlərində müşahidə olunur ki, bu da qeyd olunan protezlərin lövhələrinin selikli qişanın reseptorlarla zəngin səthini yeməklə təmasdan məhrum etməsilə əlaqədardır. Bügel protezlərində isə lövhəni metal qövs əvəz etdiyindən qidalar asanlıqla selikli qişanın reseptorlu səthləri ilə təmas edir. Yuxarıda qeyd etdiyimiz halların müxtəlif materiallardan hazırlanmış protezlərdə rast gəlinməsi onların keyfiyyət və funksional göstəricilərini ehtiva edir. Ona görə də müxtəlif növ protez istifadəçiləri arasında qeyd olunan halların hesablanması və statistikası aktual mövzudur.

İşin **məqsədi** müxtəlif materiallardan hazirlanmış çıxan protezlərin istifadəsi zamanı baş verən əlavə halların statistik təhlilindn ibarətdir

Material və metodlar: Bu məqsədlə tərəfimizdən çıxan protezlərlə ortopedik müalicə olunan 118 nəfər yaşı 60-75 arası olan şəxslər üzərində protezlənmədən 3 ay sonra müayinələr aparılmış və onlarda diskomfort, protez yatağının iltihabı reaksiyalarının olması, taktil hissiyatının pozulması, protezin sınması, protez yatağında yanma hissi və hipesalivasiyanın olub olmaması öyrənilmişdir. Qeyd edək ki, 118 nəfərdən 43-ünə akril, 35-nə termoplast və 40-na isə bügel protezi hazırlanmışdır.Müxtəlif növ protez taxan qruplar üzrə qeyd olunan çatışmazlıqların qrup üzrə neçə

nəfərdə rast gəlinməsi faiz tezliyi ilə hesablanmışdır. Alınmış ədədi verilənlər müasir tələbləri nəzərə almaqla statistik metodlarla işlənmişdir. Qrup göstəriciləri üçün orta qiymətlər (M), onların standart xətası (m), sıraların minimal (min) və maksimal (max) qiymətləri, həmçinin qruplarda keyfiyyət göstəricilərinin rastgəlmə tezliyi müəyyən edilmişdir. Qeyd edək ki, tədqiqat işi zamanı alınan nəticələrin statistik işlənməsi Statistica 6.0 tətbiqi komputer proqramı ilə aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri və onlarin müzakirəsi: Müayinələr nəticəsində 3 ay sonra akril protez düzəltdiyimiz 43 nəfər xəstələrdən 88,4±4,89%-ində diskomfort, 83,7±5,63%-ində protez yatağında iltihabi proseslər, 81,4±5,93%-ində taktil hissiyatının pozulması, 69,8±7,00%-ində protezin sınması, 32,6±7,15%-ində protezə öyrəşmənin çətinləşdiyi, 67,4±7,15%-ində protez yatağının toxumalarında yanma hissiyyatı və 72,1±6,84% xəstələrdə isə hipersalivasiya aşkar edilmişdir. Rampelə görə bügel protezlər yarım-fizioloji, lövhəli plastmass protezlər isə qeyri-fizioloji hesab olunur. Əsasən hissəvi adentiyanın ortopedik müalicəsində istifadə olunan Bügel protezləri qalan dişlərə oturan klammerlərlə təchiz olunurlar ki, əksər hallarda bu klammerlər dayaq dişlərinin şaquli oxu boyu da çeynəmə qüvvəsinin ötürürlər. Bu halda selikli qişa daha az təzyiqə məruz qalır. Bundan başqa, bügel protezinin lövhəsi ensiz metal qövslə əvəz olunduğundan onun altında mikroorqanizmlərin toplanması üçün şərait olmur. Termoplast protezlər isə lövhəli quruluşa malik olsalar da onların tərkibindəki polimerlər yumşaq toxumalara daha az ziyan vururlar. Onlar akril materiallara nisbətən yumşaq olurlar ki, bu çeynəmə qüvvələrinə qarşı dözümlü olmağa yardim edir, çeynəmə effektini yaxşılaşdırır. Qeyd olunan hallar daha çox yaşı 80-dən çox olan şəxslərdə rast gəlinmişdir. 35 nəfərdən ibarət termoplast tərkibli protez düzəltdiyimiz şəxslər qrupunda isə müayinələr nəticəsində 34,3±7,24% xəstələrdə diskomfort müşahidə olunmuşdur ki, bu da akril protez istifadə edən şəxslərdəkindən 2,5 dəfə azdır. Protez yatağında baş verən iltihabi proseslər isə 40,0±7,47% xəstələrdə müşahidə olunmuşdur ki, bu da akril protezi istifadə edənlərdə 2 dəfəyə qədər azdır (Cədvəl 1).

Cədvəl 1

Müxtəlif materiallardan hazirlanmış çıxan protezlərin istifadəsi zamanı baş verən əlavə hallar

Əlavə hallar	Akril (n=43)	Termoplast (n=35)	Bügel (n=40)
Diskomfort	88,4±4,89	34,3±7,24	25,0±6,85
İltihabi dəyişikliklər	83,7±5,63	40,0±7,47	10,0±4,74
Taktil hissiyatın pozulması	81,4±5,93	8,6±4,27	37,5±7,65
Sınma	69,8±7,00	0	17,5±6,01
Öyrəşmənin çətinliyi	32,6±7,15	2,9±2,54	15,0±5,65
Yanğı hissi	67,4±7,15	0	20,0±6,32
Hipersalivasiya	72,1±6,84	42,9±7,55	50,0±7,91

Termoplast tərkibli protez düzəltdiyimiz 35 nəfər şəxslərdən cəmi 8,6±4,27% təşkil etmişdir ki, bu da akril protez gəzdirən qrupun eyni göstəricisindən 10 dəfəyə qədər azdır. Termoplast protezi taxan şəxslərdə protezin sınması və protez yatağının yanması halları qeydə alınmamışdır, protezə öyrəşməmə halları isə 2,9±2,54% təşkil etmişdir ki, bu akrillərdən 16 dəfə azdır. Hipersalivasiya halları isə termoplast protez istifadə edən şəxslərdən 42,9±7,55% -də rast gəlinmişdir ki, bu da akril protezi taxan şəxslər qrupunun uyğun göstəricisindən 1,5 dəfəyə yaxın azdır. Termoplast protezlər elastiki olduqları üçün onlar deformasiyaya uğrayaraq taktil hissiyatını protez yatağı toxumalarına ötürürlər. Protezin qırılması halları da tez-tez baş verə bilər. Protezin qırılması halları daha çox bügel və akril plastmasslarından hazırlanan protezlərdə baş verir ki, bu da onların sərt və kövrək olduqlarına görədir. Termoplast protezlər elastiki olduqlarına görə az hallarda sınırlar. Protezə öyrəşmənin çətin olması çox vaxt ilk dəfə protez taxan şəxslərdə baş verir. Akril və bügel protezlərinə öyrəşmə termoplast protezlərdən çətin olur. Protezi taxan zaman onun altında qalan yuymşaq toxuma sahələrində yaranan yanğı hissi adətən akril protezlərin monomerlərinin yumşaq toxumalara təsiri, şəxsin individiual həssaslığı və akril protezin düzgün termiki qaynatma mərhələsindən keçirilməməsi nəticəsində monomer qalıqlarının tam polimerləşməməsi nəticəsində yaranır. Hipersalivasiya da protezləmə zamanı baş verən hallardan biridir. Hipersalivasiya allergik reaksiyalar, iltihabi proseslər və s. səbəblərdən baş verir.

40 nəfərdən ibarət bügel protezi ilə təchiz etdiyimiz şəxslər qrupunda isə 25,0 ± 6,85% hallarda diskomfort müşahidə olunmuşdur ki, bu akril protezli şəxslər qrupundan 3, termoplast protezli şəxslər qrupundan isə 1,2 dəfə az olmuşdur. Bu qrupda protez yatağının iltihabi reaksiyaları 10,0 ± 4,74% şəxslərdə rast gəlinmişdir ki, bu termoplast protez istifsdə edən şəxslərdən 8, termoplast protezlərdən

isə 4 dəfə azdır. Bügel protezi istifadə edən şəxslər qrupunda protez yatağı toxumalarının iltihabı reaksiyalarının digər 2 qrupun göstəricilərində az olması bu protezlərdə çeynəmə qüvvəsinin dayaq dişlərinin parodontuna istinad-tutucu klammerlər vasitəsilə ötürülməsi nəticəsində selikli qişanın nisbətən az təzyiqə məruz qalmasıyla əlaqədardır. Akril protezlərin hazırlanması zamanı onun materialının tərkibinə hidroksiapatitlərin daxil edilməsi polimerləşməsi zamanı monomer molekullarının çevrilmə koofissentini və plastmassın rezistentliyini artırır, mikroorqanizmlərin inkişafına şərait yaratmır. Çıxan protezin hazırlanmasının yaxşılaşdırılması nəticəsində akril protezlərə elastiki altlıqların tətbiqi nəticəsində protezin effektivliyi və xəstənin tez öyrəşməsinə şərait yaranır. Hesablamalara əsasən akril protezlərə yumşaq və elastiki təbəqənin yapışdırılması çeynəmə effektini 20-25% artırır. Protez yatağına akril materiallarının toksiki-allergik iltihabi reaksiyaları yerli toxumaların protez materiallarına reaktivliyinin artmasıyla əlaqədardır. Akril protezləri daha çox protez stomatitlərinə səbəb olurlar.

Taktil hissiyatının pozulması isə 37,5±7,65% şəxslərdə rast gəlinmişdir ki, bu da termoplast protezlərdən 4 dəfə çox, akril protezlərdən isə 2,5 dəfə azdır. Bügel protezi taxan xəstələrimizdə protezin qırılma hallarına 17,5±6,01% hallarda rast gəlinmişdir ki, bu akril protezlərinin uyğun göstəricilərindən 3 dəfə azdır. Protezlərə öyrəşmənin çətinliyi isə 15,0±5,65% hallarda rast gəlinmişdir ki, bu hal akril protez istifadəçilərindən 2 dəfə az, termoplast protezlər istifadəçilərindən isə 6 dəfə çoxdur. Bügel protezi istifadə edən şəxslər qrupunda protez yatağında yanma hissi 20,0±6,32% şəxslərdə rast gəlinmişdir ki, bu da akril protezləri istifadə edən şəxslərin uyğun göstəricilərindən 3,2 dəfə azdır. Hipersalivasiya halına isə bügel protezi taxan şəxslərin 50,0±7,91%-ində rast gəlinmişdir ki, bu hal termoplast protez istifadə edən şəxslərdən cüzi artıqdır, akril protezlərin istifadəçilərindən isə 1,2 dəfə azdır. Qeyd edək ki, termoplast protez istifadə edən şəxslər qrupunda protez yatağında yanğı hissi və protezin sınma halına rast gəlinməmişdir. Bu hal termoplast protezlərin funksional və dözümlülük baxımından digər növ protezlərdən üstün olduğunu göstərir. . Hissəvi və tam çıxan protezlərdən istifadə edən şəxslər protezi istifadə edərkən narahatlıqdan-diskomfortdan, yumşaq toxumaların, o cümlədən protez yatağının ihtihabi reaksiyalarından, taktil hissiyatının zəifləməsindən, onun tez-tez sınmasından, protezə öyrəşə bilməməkdən, protez yatağının yumşaq toxumalarında yanğı hissindən və hipersalivasiya kimi əlavə problemlərdən əziyyət çəkirlər. Diskomfort dedikdə, xəstənin protezi ağzına taxarkən narahat olması, pis hisslər keçirməsi nəzərdə tutulur, xəstədə sinir problemləri, protezin düzgün hazırlanmaması, ilk dəfə protez taxma və səbəblərlə əlaqədar meydana çıxır.

Nəticə. Protez yatağında baş verən iltihabi proseslər 40,0±7,47% xəstələrdə müşahidə olunmuşdur və bu hal Termoplast tərkibli protez düzəltdiyimiz 35 nəfər şəxslərdə akril protez gəzdirən qrupun eyni göstəricisindən 10 dəfəyə qədər azdır. Termoplast protezi taxan şəxslərdə protezin sınması və protez yatağının yanması halları qeydə alınmamışdır, protezə öyrəşməmə halları akrillərdən 16 dəfə azdır. Hipersalivasiya halları isə termoplast protez istifadə edən şəxslərdə akril protezi taxan şəxslər qrupunun uyğun göstəricisindən 1,5 dəfəyə yaxın azdır. Termoplast protezlər elastiki olduqları üçün onlar deformasiyaya uğrayaraq taktil hissiyatını protez yatağı toxumalarına ötürürlər.

ƏDƏBİYYAT

1.Сафаров А.М., Гаджаров И.Т., Клиническая эффективность результатов комплексного лечения осложнений несъемного протезирования // Azərbaycan tibb jurnalı, 2011, № 3, с. 71-74

2.Трезубов В.Н., Климов А.Г. Клиническая критериальная оценка качества съемных протезов // Стоматология, 2006, №6, с. 62-65.

3.Фомина О.Л. Оценка состояния тканей ротовой полости по химическому составу сред при ортодонтическом лечении с использованием несъемной техники: Автореф. дис....канд.мед.наук. М., 2003, 2 7 с.

4.Фомина Ю.В., Урутина М.Н., Леонтьев В.К. и др. Оптическая когерентная томография в оценке состояния слизистой оболочки полости рта. Сообщение 1. Нормальная слизистая оболочка // Стоматология, 2004, №3, с.15-21.

5.Хапилина Т.Э. Ортопедическое лечение больных частичной вторичной адентией II класса Кеннеди съемными зубными протезами с замковой фиксацией: Автореф. дис. … канд.мед. наук. М., 2000, 19с.

6.Napankangas R., Salonen-Kemppi M.A., Raustia A.M. Longevity offixed metal ceramic bridge prostheses: a clinical follow-up study // J.Oral. Rehabil., 2002, v. 29, № 2, p.140-145.

7.Massad J.J., Cagna H.K. Removable prosthodontic therapy and xerostomia. Treatment considerations // Dent Today, 2002, v.21, №6, p.80-87.

Summary

Complications when using dentures made of different materials

R.R.Sahmuradov

The basic and widely used method of restoring the integrity of the dentition, the anatomical and functional condition of organs and tissues of the maxillofacial region is a removable prosthesis, which is the main requirement is the individual approach in choosing the design of the base material, the concrete implementation of all requirements of clinical and laboratory stages of the manufacture of these structures. In order to increase the conversion rate of the monomer molecules in the polymerisation process and increase the colonization resistance of plastic, very important is that the hydroxyapatite crystals are not favorable environment for colonization by micro organisms. This method eliminates the phenomenon of intolerance throughout the period of use dentures.

Xülasə

Müxtəlif materiallardan hazirlanmış çıxan protezlərin istifadəsi zamanı baş verən ağırlaşmalar

R.R.Şahmuradov

Protez yatağında iltihabı proseslər daha çox akril əsaslı protezlərdə müşahidə olunur. Termoplastik və bügel protezlərində baş verən iltihabı reaksiyalar adətən protezin düzgün hazırlanmaması və relyefinin düzgün olmaması ilə əlaqədar olur. Akril protezlərdə isə bəzən texniki mərhələlər düzgün yerinə yetirildikdə belə, bəzi şəxslərdə individual olaraq, yerli allergik-iltihabi reaksiyalar baş verə bilir. Protezi taxan zaman onun altında qalan yuymşaq toxuma sahələrində yaranan yanğı hissi adətən akril protezlərin monomerlərinin yumşaq toxumalara təsiri, şəxsin individiual həssaslığı və akril protezin düzgün termiki qaynatma mərhələsindən keçirilməməsi nəticəsində monomer qalıqlarının tam polimerləşməməsi nəticəsində yaranır.

Daxil olub: 24.05.2013

ANADANGƏLMƏ ANOMALİYALARIN RİSK AMİLLƏRİ VƏ PREDİKTORLARININ PROQNOSTİK ƏHƏMİYYƏTİ

P.M.Əliyeva

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, mamalıq və ginekologiya kafedrası, Bakı

Açar sözlər: anadangəlmə anomaliyalar risk amilləri, prediktorlar, proqnozlaşdırma
Ключевые слова: врожденные аномалии, факторы риска, предикторы, прогнозирование
Keywords: congenital anomalies, risk factors, predictors, forecasting

Anadangəlmə anomaliyaların risk amilləri ədəbiyyatda mübahisəli olan problem kimi izlənir [16,17,18,19]. Belə ki, anadangəlmə anomaliyaların etio-patogenezi mürəkkəb mexanizmə malik olduğuna görə etioloji amil və risk amili arasında fərq qoymaq çətinləşir. Digər tərəfdən, risk amili məvhumunun ümumi qəbul olunmuş interpretasiyası da yoxdur. Klinik epidemiologiyada risk dedikdə hər hansı hadisənin yaranma ehtimalı nəzərdə tutulur. Anadangəlmə anomaliyaların populyasiyada, ayrı-ayrı ərazilərdə yaşayanlarda, bəzi amillərə məruz qalmış insanlarda yaranma ehtimalı onların riskini səciyyələndirir. Risk amili dedikdə isə həmin ehtimalı artıran amil nəzərdə tutulur [5,6,8,10,15]. Risk amillərin etioloji amil olmadığı bu məvhumların mənasından aydın görünür. Fikrimizə görə, anadangəlmə anomaliyalara səbəb olan mutasiya və ya teratogen təsirli amillərlə qeyd olunan təsir üçün şərait yaradan amillər arasında fərq qoyulmalıdır. Belə ki, mutasiyanı tezləşdirən (məsələn, cinsi hüceyrələrin qocalması) amili populyasiyada çoxaldan amillər (demoqrafik davranış) eyniləşdirilməməlidir. Profilaktik təbabətin əsas məqsədi xəstəliklərin etioloji amillərini aradan götürməklə və ya onları tezləşdirən risk amillərinin rolunu aşağı salmaqla ilkin profilaktika üçün zəmin yaratmaqdır. Bu deyilənləri əsas tutaraq, bizim tədqiqatımızda anadangəlmə anomaliyaların etio-patogenetik mexanizmi və etioloji amilləri araşdırmaq planlaşdırılmamışdır. Çünki bu istiqamətdə iş genetik tədqiqatların aparılmasını şərtləndirir. Biz ölkəmizdə anadangəlmə anomaliyaların populyasiya səviyyəsini (yəni mövcud etioloji amillərin təsiri ilə formalaşmış səviyyəsini) artıran amilləri araşdırmışıq [1,2,3,4,7,9,11,12,13,14]. Bu amilləri risk amilləri adlandıraraq, onların iki əsas səciyyəsi alınmışdır:

- atributiv və ya əlavə risk (risk amili ilə assosiasiya olunan hamiləliklərdə anadangəlmə anomaliyaların tezliyi ilə populyasiya səviyyəsində anadangəlmə anomaliyaların tezliyinin fərqi);
- nisbi risk (risk amili ilə assosiasiya olunan hamiləliklərdə anadangəlmə anomaliyaların tezliyinin populyasiya göstəricisinə nisbəti).

Tədqiqatımızda anadangəlmə anomaliyaların ehtimalını statistik dürüst artıran aşağıdakı amillərin rolu sübut olunmuşdur:

- sosial-iqtisadi, ekoloji, demoqrafik durumun inteqral amil kimi dəyişməsi;
- atmosfer havasında bir sıra kimyəvi inqridentlərin səviyyəsi;
- hamilə qadının və ərinin yaşı;
- əvvəlki hamiləliklərdə dölün inkişaf qüsurunun olması;
- əvvəlki hamiləliklərin düşüklə nəticələnməsi;
- valideynlərin (ər və qadının) yaxın qohumlarında anadangəlmə anomaliyalar;
- hamilə qadınla ərinin yaxın qohumluğu;
- hamiləliyin sıra sayı;
- hamiləliklər arası interval;
- hamiləlik müddətində (əsasən birinci trimestdə) keçirilmiş respirator infeksiyalar;
- hamiləlikdən əvvəl və hamiləliyin erkən müddətində qadında bir sıra infeksiyaların olması (dölün bətndaxili infeksiyalaşması);
- mayalanmanın təqvim üzrə vaxtı;
- hamiləlikdən əvvəl qadında sidik yollarının infeksiyalarının olması;
- hamiləlikdən əvvəl qadında kiçik çanaq orqanlarında xroniki iltihabi xəstəliklərin olması;
- hamiləliyin birinci trimestrində odontogen infeksiyaların sonasiya olunmamış ocaqlarının olması;
- hamilə qadının sağlamlıq durumu (ginekoloji və ekstregenit xəstəliklərin olması);
- hamiləliyin erkən dövründə dərman preparatlarının istifadəsi.

Risk amillərinin aşkar olunması üçün istifadə olunan metodoloji yanaşmalar həmin amillərin rolu və proqnostik əhəmiyyəti barədə müddəalara təsir etdiyinə görə onların adekvatlığı mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Ona görə də bu tədqiqat risk amillərinin proqnostik əhəmiyyətinin kompleks öyrənilməsi məqsədi ilə həyata keçirilir.

Tədqiqatın material və metodları. İlkin material kimi 1999-2008-ci illərdə akademik M.Mirqasımov adına Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Klinik Xəstəxanasının mamalıq (doğuş kateqoriyasına aid edilənlər üçün) və ginekologiya (abort və düşüklər barədə məlumatlar üçün) şöbələrinin, həmçinin ultrasəs və ekoqrafiya kabinetlərinin retrospektiv və prospektiv materialları təhlil olunmuşdur. Retrospektiv materiallar əsasında 216 diri doğulmuş, 72 ölü doğulmuş və 224 abortus barədə məlumat toplanmışdır. Bu məlumat 33682 hamiləliyin nəticəsini əks etdirən ilkin sənədlərin (xəstəlik və doğum tarixləri) təhlili əsasında alınmışdır. Prospektiv müşahidə ilə ultrasəs və ekoqrafiya müayinəsi aparılmış 1978 hamilə qadında dölün durumu barədə sənədlər toplanmış və onlar arasında dölün inkişaf qüsuru diaqnozu qoyulmuş 204 hamilə qadın olmuşdur.

Risk faktorları və onların prediktorları üçün aşağıdakı göstəricilər hesablanmışdır:

- həssaslığın səviyyəsi, yəni anadangəlmə inkişaf qüsuru olan dölün və ya yenidoğulmuşların analarında risk əlamətinin qeydə alınma tezliyi (sensitivity);
- spesifikliyin səviyyəsi, yəni inkişaf qüsuru olmayan döl və yenidoğulmuşların analarında risk əlamətinin olmaması hadisələrinin tezliyi (specificity);
- risk əlamətinin olmasının proqnostik əhəmiyyəti, yəni risk amili ilə assosiasiya olunan hamiləliklərdə dölün inkişaf qüsurlarının olma ehtimalı (positive predictive value);
- risk əlamətinin olmamasının proqnostik əhəmiyyəti, yəni risk amili ilə assosiasiya olunmayan hamiləliklərdə dölün inkişaf qüsurunun olmaması ehtimalı (neqative predictive value);
- həqiqətə uyğunluq müyarının səviyyəsi, yəni inkişaf qüsuru olan və olmayan döllərin analarında risk amilinin olması ehtimallarının nisbəti (likelihood ratio).

Alınmış nəticələr və onların müzakirəsi. Alınmış nəticələrin yekun səciyyələri cədvəldə verilmişdir.

Cədvəl

Anadangəlmə anomaliyaların risk amillərinin və prediktorların yekun səciyyələri (%)

Risk amilləri və prediktorlar	Se	Sp	PV+
Yaş (illər) < 19	85,0	55,6	18,5
19	80,0	51,9	12,1

20	75,0	51,9	9,4
33	78,6	46,3	9,2
34	78,6	54,7	12,4
35	82,4	54,7	15,2
36	84,2	54,7	17,0
37	84,2	58,8	19,5
> 37	85,7	59,1	21,7
Anamnezdə: dölün Aa	63,7	71,6	20,4
düşük	54,8	65,0	15,2
Qohumlarda Aa: qadının	54,1	71,3	22,7
kişinin	45,5	75,0	20,8
Valideynlərdə Aa: anada	85,7	72,7	66,7
atada	100,0	70,0	57,1
Valideynlərin yaxın qohumluğu	54,3	78,9	4,0
Hamiləlikdən öncə aybaşı pozğunluğu	27,1	91,7	76,5
Kiçik çanaq orqanlarının xroniki iltihabi xəstəlikləri Uşaqlıq boynu patologiyaları	26,0	92,7	78,1
Kolpit	25,0	87,5	66,7
Yumurtalıqların polikistozu	23,6	89,2	68,7
Hamiləliyin I trimestrində:	2,8	99,0	72,7
respirator xəstəliklər	32,6	86,8	71,2
hamiləliyin pozulma riski	22,6	92,4	74,7
dərman müalicəsi	18,1	98,6	92,9
hamiləliyin pozulmasının gecikmiş təhlükəsi	39,9	87,5	76,2
plasentasiyanın aşağı yerləşməsi- dölyan maye: çox	15,3	93,4	69,8
az	31,6	95,8	88,3
Hamiləliyin 28 həftəsindən sonra hestoz	22,2	96,2	85,3
Mayalanma vaxtı:	32,3	88,9	74,4
yanvar	10,8	95,1	68,9
oktyabr	13,2	95,5	74,5
dekabr	11,8	94,4	68,5
Anamnezdə dölün inkişaf qüsuru: risk + 1 əlavə	2,2	98,9	52,1
əlavə risk + 2	12,5	100,0	100,0
əlavə risk + 3	15,0	100,0	100,0
əlavə risk + 4 və çox	18,8	100,0	100,0
Anamnezdə düşük:+ 1 əlavə risk	11,3	98,6	81,8
+ 2 əlavə risk	21,2	98,9	92,7
+ 3 əlavə risk	22,5	99,6	97,6
+ 4 və çox əlavə risk	26,2	100,0	100,0
Sidik yollarının infeksiyaları:+ 1 əlavə risk	20,0	96,8	76,9
+ 2 əlavə risk	26,8	97,1	84,6
+ 3 əlavə risk	27,7	94,3	95,8
+ 4 və çox əlavə risk	28,6	99,6	98,0
Anemiya: + 1 əlavə risk	86,2	67,6	41,3
+ 2 əlavə risk	89,0	81,3	65,7
+ 3 əlavə risk	90,9	85,6	76,2
+ 4 və çox əlavə risk	91,4	93,7	89,5
Qalxanvari vəzin patologiyaları: + 1 əlavə risk	3,7	98,9	72,7
+ 2 əlavə risk	5,5	98,9	80,0
+ 3 əlavə risk	9,6	99,3	91,7
+ 4 və çox əlavə risk	15,5	99,6	97,4
Hamiləliyin erkən dövründə qanaxma: + 1 əlavə risk	13,6	99,3	92,3
+ 2 əlavə risk	16,5	99,6	96,8
+ 3 əlavə risk	20,8	99,6	97,8
+ 4 və çox əlavə risk	21,7	100,0	100,0
Hamiləliyin erkən dövründə respirator infeksiya: + 1 əlavə risk	76,9	35,7	30,3
+ 2 əlavə risk	81,8	26,0	27,1
+ 3 əlavə risk	88,0	100,0	100,0

+ 4 və çox əlavə risk	88,7	100,0	100,0
Anamnezdə Aa: + yaş < 25	20,0	99,6	66,7
+ yaş < 35	20,0	99,2	50,0
Anamnezdə düşük: + yaş < 25	54,5	96,0	37,5
+ yaş < 35	25,0	96,8	20,0
Hamiləliyin erkən dövründə qanaxma: + yaş < 25	36,4	97,2	86,4
+ yaş <35	20,0	96,8	20,0

Risk amilinin həssaslığı onun neçə % hallarda döldə inkişaf qüsuru olan hamiləliyi assosiasiya etməsini, spesifikliyi isə - onun neçə % hallarda inkişaf qüsuru olmayan hamiləliyi assosiasiya etməsini göstərir. Hesab edilir ki, risk amili nə qədər yüksək həssaslığa və spesifikliyə malik olsa, bir o qədər onun rolunu ehtiyatla araşdırmaq vacibdir. Amma nə həssaslıq, nə də spesifiklik anadangəlmə anomaliyaların ehtimalını proqnozlaşdırmaq üçün istifadə olunmur. Həssaslığı və spesifikliyi yüksək olan amillər (prediktorlar) pasiyentə daha diqqətlə (ehtiyatla) yanaşmağı tələb edir.

Aldığımız məlumatlara görə, risk amillərinin həssaslığı geniş intervalda (3,7-100%) dəyişmişdir. Həssaslığın səviyyəsinə görə, şərti olaraq 5 variant ayırd etmək olar:

- həssaslığı çox aşağı olan (< 20%);
- həssaslığı orta aşağı olan (20-30%);
- həssaslığı aşağı olan (30-40%);
- həssaslığı az yüksək olan (30-50%);
- həssaslığı yüksək olan (50-60%);
- həssaslığı çox yüksək olan (60-70%);
- həssaslığı ən çox yüksək olan (> 70%) amillər.

Ayırd etdiyimiz modifikasiya olunan risk amillərinin əksəriyyətinin həssaslığı aşağı səviyyədə olmuşdur (< 40%). Həssaslığı ən yüksək olan amillərə aiddir (> 70%): qadının yaşının 20-dən az və 33-dən çox olması; kişi və ya qadında inkişaf qüsurunun olması; anemiya fonunda əlavə bir və bir neçə risk amilinin olması; bir və ya bir neçə risk amili olan qadının hamiləliyin erkən fazasında respirator xəstəliklərə tutulması.

Həssaslığı və spsifikliyi yüksək olan (> 70%) amillərin çeşidi məhduddur: bir və bir neçə risk amili fonunda anemiya və respirator xəstəliklərə tutulmaq.

Bunları nəzərə alaraq, hesab edirik ki, həssaslığı və spesifikliyi yüksək olan amillərə assosiasiya olunan hamiləliklərdə qadınlar erkən (prenatal diaqnostika metodları ilə) müayinəyə cəlb olunmalıdır.

Qeyd edək ki, risk amilinin həssaslıq və spesifiklik səviyyəsi onun təhlükəsini ifadə etmir. Anadangəlmə anomaliyaların ehtimalını bilavasitə əks etdirən göstərici risk amilinin proqnostik əhəmiyyəti hesab olunur. Cədvəldən göründüyü kimi, tədqiqatımızda qiymətləndirilmiş risk amillərinin proqnostik əhəmiyyəti 9,2-100% intervalında dəyişmişdir. İntervalın genişliyi risk amillərinin təsnifatlandırılmasına imkan verir: < 20% (aşağı), 20-40% (orta), 40-60% (yüksək), 60-80% (çox yüksək) və > 80% (həddən çox yüksək). Proqnostik əhəmiyyəti aşağı səviyyədə olan risk amillərinə aiddir: yaşın 20-yə qədər və 33-37 intervalda olması; anamnezdə düşük və valideynlərin yaxın qohumluğu. Bu amillərlə assosiasiya olunan hamiləliklərdə ehtiyatlı olmalı, hamiləliyin normal gedişinə səy göstərməlidir.

Proqnostik əhəmiyyəti orta səviyyədə olan risk amillərinə aiddir: qadının yaşı 37-dən çox olanda; anamnezdə dölün inkişaf qüsuru; qohumlarda dölün inkişaf qüsurları; 1-2 risk amili fonunda hamiləliyin erkən dövründə respirator infeksiya. Bu amillər fonunda hamilə qadınların exoqrafik müayinəsi tövsiyə olunur.

Proqnostik əhəmiyyəti yüksək olan amillərə aiddir: qadının ərində anadangəlmə anomaliyaların olması; bir əlavə risk amili fonunda qadının anamnezində inkişaf qüsurlu dölün olması; əlavə risk amili fonunda qadında anemiya; anamnezində inkişaf qüsurlu dölü olan qadında 35 yaşdan sonrakı hamiləlikdə. Bu amillərlə müşahidəyə götürülən qadınların hamiləlikdən öncə dispanserləşməsi təmin olunmalı, hamiləliyin 10-14 həftələrində exoqrafiyası təmin olunmalıdır.

Proqnostik əhəmiyyəti çox yüksək və həddən çox yüksək olan amillərin sayı çoxdur (cədvəl). Bu amillərin monitorinqi bütün reproduktiv fəaliyyət dövründə, həmçinin modifikasiya olunan amillərin tibbi profilaktikası həyata keçirilməlidir. Bütün hamilə qadınlarda hamiləliyin 12-ci həftəsinə qədər kompleks müayinəsi aparılmalı, ən azı iki dəfə (8-10, 2-16-cı həftələr) exoqrafiya, əlavə göstərişlər olanda isə - sitogenetik müayinələr aparılmalı, hamiləliyin saxlanması isə prenatal konsilium tərəfindən həll olunmalıdır.

Beləliklə, anadangəlmə anomaliyaların profilaktikası mürəkkəb vəzifə olaraq, çoxsaylı risk amilləri nəzərə alınmaqla həyata keçirilə bilər. Profilaktikanın mövcud şəraitdə əsas yolla ikincili profilaktika tədbirləri ilə, yəni risk amilləri ilə assosiasiya olunan hamiləliklərin pozulmasına obyektiv göstərişlərin erkən aşkar olunması yolu ilə mümkündür.

Anadangəlmə anomaliyaların profilaktikasını dövlət səviyyəsində tənzimləmək üçün problemin miqyasını qiymətləndirən daimi monitorinq sistemi – Respublikanın inkişaf qüsurları registri yaradılmalıdır. Belə registrlər inkişaf etmiş ölkələrin əksəriyyətində fəaliyyət göstərir. Bu məqsədlə anadangəlmə anomaliyaların diaqnostikası meyarları standartlaşdırılmalı və bütün mamalıq-ginekoloji xidmət şəbəkələrində müvafiq resurslar nəzərdə tutulmalıdır. Bu məqsədlə fəaliyyət proqramı iki mərhələli aparıla bilər. Birinci mərhələdə bütün hamiləlik və doğuş zamanı tibbi yardım göstərən tibb müəssisələrində aşağıdakı diaqnozu asanlıqla qoyulan anomaliyaların vahid mərkəzə (anadangəlmə anomaliyaların registrinə) xəbərdarlıq vərəqəsi formasında informasiya verməsi tələb olunmalıdır: Daun sindromu; çox orqanlı inkişaf qüsurları; anensifaliya; onurğa beyni yırtığı; dodaq, dodaq-damaq yarıqları; polidaktiliya; ətrafların redaksion qüsurları; anusun və qida borusunun asuziyası. Monitorinqin ikinci mərhələsində Avropa beynəlxalq registrinə daxil edilmiş 19 inkişaf qüsurunun statistikası təmin olunmalıdır (anensefaliya, onurğa beyni yırtığı, ensefalosele, hidrosefaliya, mikrotiya, dodaqların bitişməməsi, damağın yırtığı, qida borusunun atreziyası, anusun atreziyası, hipospodiya, ətrafların reduktion qüsurları, polidaktiliya, diafraqma yırtıqları, böyrəklərin ageneziyası və disgeneziyası, onfalosele, qastroşizis, Daun sindromu və çox orqanlı inkişaf qüsurları).

Nəticələr: 1. Anadangəlmə anomaliyaların risk amilləri və prediktorlarının proqnostik əhəmiyyəti bir-birindən fərqlənir və geniş intervalda (9-100%) dəyişir. 2. Anadangəlmə anomaliyaların profilaktikası üçün risk amillərinin proqnostik əhəmiyyəti nəzərə alınmaqla kompleks tədbirlərin həyata keçirilməsi vacibdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Əliyeva P.M., İsrafilbəyli S.H., Ağayev F.B. Ağırlaşmış mamalıq anamnezinin anadangəlmə anomaliyaların prediktoru kimi həssaslığı // Sağlamlıq, 2010, №6, s.65-70
2. Əliyeva P.M., İsrafilbəyli S.H. Risk amillərinin müştərəkliyindən asılı anadangəlmə anomaliyaların tezliyi // Sağlamlıq, 2010, №7, s.116-119
3. Əliyeva P.M. Yenidəndoğulmuşlarda anadangəlmə anomaliyaların ananın yaşından asılılığı // Az. Tibb Jurnalı, 2010, №1, s.62-64
4. Əliyeva P.M. Anadangəlmə anomaliyaların dəqiqləşdirilmə riski barədə // Az. Tibb Jurnalı, 2010, №2, s.56-58
5. Əliyeva P.M. Sidik yolları infeksiyaları və assosiasiya olunan risk amillərinin anadangəlmə anomaliyalarının tezliyinə təsiri // Az. Tibb Jurnalı, 2010, №3, s.112-115
6. Əliyeva P.M., Ağayev F.B. Doğuşlararası intervaldan asılı risk amillərinin yayılma xüsusiyyətləri // Az. Təbabətinini müasir nailiyyətləri, 2010, №1, s.111-113
7. Əliyeva P.M. Anadangəlmə anomaliyaların yenidoğulanlarda aşkarlanma tezliyi barədə // Az. Təbabətinini müasir nailiyyətləri, 2010, №2, s.39-42
8. Əliyeva P.M. Anadangəlmə inkişaf qüsurlarının risk səviyyəsinin qiymətləndirilməsi variantları // Az. Təbabətinini müasir nailiyyətləri, 2010, №3, s.125-128
9. Алиева Р.М., Исрафилбейли С.Г. Сравнительная оценка частоты и структура врожденных аномалий в зависимости от жизнеспособности плода и новорожденного // Терапевтический вестник, Казахстан, 2011, №1 (29), с.31-32
10. Алиева П.М., Агаев Ф.Б. О степени распространенности и сочетаемости акушерских факторов риска // Вестник хирургии Казахстана, 2011, т.XVII, №1, с.32-34
11. Алиева П.М. О чувствительности и специфичности антенатальных факторов для прогнозирования впр // Curierul medical, Moldavie, 2011, №5 (323), s.3-6
12. Алиева П.М. Методические подходы изучения факторов риска врожденных аномалий // Врач-аспирант, 2011, №3,4 (46), с.546-549
13. Алиева П.М., Агаев Ф.Б. Родственный брак как фактор риска рождения детей с врожденными пороками развития // Врач-аспирант, 2011, №4,5 (47), с.722-727
14. Алиева Р.М., Исрафилбейли С.Г. Риск врожденных пороков развития при родственных браках // Curierul medical, Moldavie, 2011, №3 (321), s.41-44
15. Алиева П.М., Агаев Ф.Б. Новые подходы к оценке изучения факторов риска врожденных аномалий // Fapmuev-Kazaxstan, 2011, №7, с.41-44

16. Кулаков В.И. К вопросу о патогенезе привычного невынашивания // Акушерство и гинекология, 1996, №4, с.3-4
17. Кулаков В.И. Вспомогательная репродукция: настоящее и будущее // Акушерство и гинекология, 2003, №1, с.3-7
18. Субботин Д.Н., Сорокина Т.В. Пренатальная диагностика синдрома Дауна: сочетание ультразвуковых маркеров и возраста беременной // Пренатальная диагностика, 2002, т.1, №3, с.220-221
19. Loffredo C. Association of the great arteries in infants with maternal exposures to herbicides // Am. J. Epidemiol., 2001, v.153, №6, p.529-536

Резюме

Прогностическая ценность факторов риска и предикторов врожденных аномалий

П.М.Алиева

В работе поставлена цель- оценить прогностическую ценность факторов риска и предикторов врожденных аномалий. Прогностическая ценность определена как величина вероятности врожденных аномалий при наличии факторов риска. По этой величине проведена классификация факторов риска. Выделены факторы риска с высокой прогностической значимостью. Считается, что профилактика должна быть включена в государственную программу.

Summary

Predictive value of risk factors and predictors of congenital anomalies

P.M.Aliyeva

In work the purpose is set, to estimate the predictive value of risk factors and predictors of congenital anomalies. Predictive value is determined as the size of probability of congenital anomalies with risk factors. In this size classification of risk factors is carried out. Risk factors with the high predictive importance are marked out. It is considered that prevention of these has to be included in a state proqram.

Daxil olub: 16.12.2013

ƏCZAÇILIQ PSİXOLOGİYASININ ANLAYIŞI, PREDMETİ VƏ METODLARI

N.M.Naibov, A.B.Bağırova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: əczaçılıq psixologiyası, əczaçı magistr
Ключевые слова: психология фармацевта, магистр-фармацевт
Key words: pharmaceutical psychology, pharmacist master.

Son zamanlar xəstəliklərin qarşısının alınması sahəsində işlər uğurla həyata keçirilirsə də onların bəzilərinin səviyyəsi artmaqdadır. Sağalmayan xəstəliklərə düçar olan insanların psixoloji durumu kəskin olaraq dəyişməkdə davam edir. Belə insanlara əczaçılıq xidmətini yüksək səviyyədə və peşəkarcasına göstərmək üçün əczaçı psixologiya elminin sirlərinə yiyələnməlidir.

Məlumdur ki, əczaçı magistrantlar psixologiya fənnini birinci kursda 18 saat olmaqla öyrənirlər. Lakin psixologiya elmi müxtəlif ali məktəblərin proqramına uyğun öyrədilir. Belə ki, əvvəllər ali məktəb psixologiyası indiki dövrdə isə bakalavrlar üçün müxtəlif institutların proqramlarından istifadə edilir.

Lakin əczaçı magistrlər təkcə elm və təhsil sahəsində deyil, həm də tibb və əczaçılıq praktikasının müxtəlif sistemlərində, rəhbər qurumlarda, böyük əczaçılıq şirkətlərində, apteklərdə çalışırlar. Ona görə də, əlbəttə, hər bir magistr ali məktəb psixologiyasını öyrənməklə tələbələrin də psixologiyasını dərindən bilməklə və dərk etməklə yanaşı əczaçılıq psixologiyasının sirlərini də mənimsəmələri məqsədəuyğun olardı. Çünki sənət (xüsusi) psixologiyasını bilmək onların bu sahədə yəni əczaçılıq sahəsində fəaliyyət göstəricilərinin səviyyəsinin yüksəlməsinə səbəb olar və onlar yüksək nailiyyətlər əldə edə bilərlər.

Əczaçılıq (sənət) psixologiyası hələ elm kimi formalaşmamış və onun haqqında indiyə qədər ədəbiyyat və internet materiallarında tərəfimizdən rast gəlinməmişdir.

Əczaçı magistrlər və bakalavrlar əczaçılıq psixologiyasına yiyələnməkdən sonra iş yoldaşlarını, özünü və xəstələri, o cümlədən ətrafdakı insanları yaxşı tanımağa imkan tapar, onların xasiyyətlərinə, mənəvi və psixi keyfiyyətlərinə bələd olar, və əczaçılıq sənətinə yaxın olan psixoloji hadisələrə daha

düzgün qiymət verə bilərlər. Bundan əlavə, magistrlər əczaçılıq ixtisasına yiyələnən tələbələrə əczaçılıq (sənət) psixologiyasının sirlərini onun predmet və metodlarını öyrətmək imkanına malik olacaqlar.

Yuxarıda deyilənləri nəzərə alaraq, əczaçılıq (sənət) psixologiyası anlayışını, onun predmetini və metodologiyasını, digər elmlərlə əlaqəsini verməyə və psixoloji elmlərin təsnifatında yerini müəyyən etməyə cəhd edəcəyik.

Bayramov Ə.S., Əlizadə Ə.Ə. müəllifləri olduqları "Psixologiya" (2002) kitabında psixoloji fənlərin təsnifatını vermiş və onları doğru olaraq konkret fəaliyyət sahələrinə, inkişafın psixoloji aspektlərinə və şəxsiyyətin cəmiyyətə münasibətinə görə ayırmağı məqsədəuyğun hesab etmişlər [1].

Ümumi psixologiya insanın fizioloji durumu ilə, məktəblə, ailə ilə bağlı olaraq, formalaşa bilər, Sənət psixologiyası isə artıq insan bir sənətə yiyələnmək üçün fərdi olaraq və yaxud təhsildə sənətin sirlərini öyrənməklə bərabər, sənətə bağlılığı ilə, bu sənəti yüksək səviyyədə xidmət vasitəsinə çevirməyi ilə formalaşır. Beləliklə də insanın özünəməxsus sənət psixologiyası əmələ gəlir.

Əczaçılıq psixologiyasının psixologiya fənlərinin təsnifatında yerini konkret fəaliyyət sahələrinə görə bölgüyə aid etmək mümkün olsa da onun digər bölgülərdə yer alan fənlərlə (yaş psixologiyası, sosial psixologiya, təbliğatın psixologiyası, iqtisadi psixologiya və s.) də sıx əlaqəsini inkar etmək olmaz.

Əczaçılıq psixologiyası sənət psixologiyası olub, əczaçıların və onlarla qarşılıqlı əlaqədə olan əczaçılıq məhsulları alıcılarının psixoloji durumunu öyrənir.

Əczaçılıq psixologiyası elminin predmeti əczaçılıq məhsullarının alıcıları və əczaçılardır.

Əczaçılıq psixologiyası elminin öyrənilməsi metodlarına gəldikdə isə, o ümumi psixologiya, sosiologiya elmlərinin metodlarına və marketinq tədqiqatlarına əsaslana bilər. Bunlar isə aşağıdakılardır: müşahidə, anketləşdirmə, eksperiment, psixodiaqnostika, sosiometriya, ictimai rəyin öyrənilməsi, riyazi və statistik hesablamalar, testləşdirmə, sistemli yanaşma, müşahidə və sairə.

Ümumiyyətlə, əczaçılıq psixologiyası elminin başqa elm sahələri ilə əlaqəsini öyrəndikdə, ixtisas daxili və ixtisasdan kənar fənlərlə əlaqəni nəzərə almaq məqsədəuyğun olardı.

Bu baxımdan, əczaçılıq psixologiyası elminin aşağıdakı üç istiqamətdə əlaqəsinin olmasını mümkün hesab edirik:

1-ci istiqamət – psixologiya elmləri: ümumi psixologiya, sosial psixologiya, əmək psixologiyası, tibbi psixologiya, hüquq psixologiyası, ali məktəb psixologiyası, pedaqoji psixologiya, təbliğatın psixologiyası, iqtisadi psixologiya, idarəetmənin psixologiyası, etnopsixologiya, ticarət psixologiyası, psixoterapiya, psixofarmakologiya, yaş psixologiyası, differensial psixologiya və s.

2-ci istiqamət – tibb və əczaçılıq elmləri: əczaçılıq deontologiyası, əczaçılıq marketinqi, əczaçılıq menecmenti, farmakoqnoziya, əczaçılığın təşkili, farmakologiya, psixiatriya, əczaçılıq kimyası, əczaçılıq texnologiyası, əczaçılıq informasiyası, tibbi deontologiya, əczaçılığın iqtisadiyyatı, bioetika və s.

3-cü istiqamət – digər elmlər: sosiologiya, fəlsəfə, iqtisadiyyat, pedaqoqika, tarix, deontologiya, kulturologiya, riyaziyyat, təbiətşünaslıq, hüquq, biologiya, demoqrafiya, estetika, etika, etnoqrafiya, ədəbiyyatşünaslıq, sənətşünaslıq və d.

Fikrimizcə, burada tibb və əczaçılıq elmlərini istisas fənləri, psixologiya və digər elmləri isə qeyri ixtisas fənləri kimi qəbul etmək olar.

Əczaçılıq psixologiyası elminin vəzifələrinə gəldikdə isə, onun bir neçə problemin həllində rolu olacağını mümkün hesab edirik və aşağıdakılardan ibarət bu elmin təxmini vəzifələrini verməyə çalışacağıq:

1. Əczaçılıq psixologiyası sahəsində elmi tədqiqatların aparılması;
2. Ümumi psixologiyanın, marketinq tədqiqatlarının üsullarını tətbiq edərək, əczaçı və əczaçılıq məhsulları alıcılarının psixoloji durumunun öyrənilməsi;
3. Əczaçılıq psixologiyası elminin əczaçılıq praktikası ilə uzlaşdırılması;
4. Əczaçılıq xidmətinin yüksəldilməsi məqsədilə psixoloji üsulların tətbiqinin həyata keçirilməsi;
5. Əczaçılıqda deontologiyanın, bioetikanın, etik kodeksin tələblərinin yerinə yetirilməsində yardımçı rolu və s.

Əczaçı magistrlər və bakalavrlar üçün əczaçılıq psixologiyasının öyrənilməsinin zəruriliyini nəzərə alıb, əczaçı magistrantlara və tələbələrə bu fənn üzrə minimum biliklərin verilməsi məqsədilə ümumi psixologiya və ali məktəb psixologiyası ilə yanaşı tədrisini vacib hesab edirik. Bunun üçün magistrantlara aid psixologiya fənninin təqvim planının 6 saatının və bakalavr pilləsində əczaçılığın

təşkili fənninin mühazirə təqvim planının 2 saatının əczaçılıq psixologiyasına həsr etməyi məqsədəuyğun hesab edərdik. Buna görə tədris təqvim planlarına əczaçılıq psixologiyasına aid olan aşağıdakı mövzuları daxil etmək olardı:

1-ci növü - əczaçılıq psixologiyası, onun predmeti və metodları – 2s.

2-ci növü - əczaçılıq məhsullarına ehtiyacı olan və apteklərə müraciət edən şəxslərin psixoloji durumunun öyrənilməsi – 2s.

3-cü növü - əczaçılıq xidməti göstərən əczaçıların psixoloji durumunun öyrənilməsi – 2s.

1-ci, 2-ci və 3-cü mövzuları birləşdirərək, tələbələr üçün qısa da olsa əczaçılıq psixologiyasına dair əsas məlumatları çatdırmağı mümkün hesab etmək istərdik.

Ola bilər, saatların az olması problemi qarşıya çıxsın. Hətta bu mövzuların əczaçılıq psixologiyasını tam əhatə etməsini də söyləmək çətindir. Lakin bu sahədə tədqiqatların davam etdirilməsi nəticəsində yeni-yeni mövzuların öyrənilməsi, əldə olunan bilikləri daha da genişləndirəcək və bu biliklərin magistrantlara və tələbələrə çatdırılması üçün əlavə vaxt və yeni proqramın işlənilməsi tələb olunacaqdır. Hazırda tərəfimizdən əczaçılıq psixologiyası kitabı çapa hazırlanır. Bu kitabın əczaçılar üçün gərəkli olacağına ümid edirik.

ƏDƏBİYYAT

1. Bayramov Ə.S., Əlizadə Ə.Ə. Psixologiya / Ali məktəblər üçün dərslik / Bakı: Çinar-çap, 2002, 620s.

Резюме

Концепция, объект и методы фармацевтической психологии

Н.Наибов, А.Багирова

В статье были представлены основная концепция, предмет и методы фармацевтической психологии и ее связь с другими предметами. Кроме того, была затронута некоторые вопросыо о преподавании фармацевтической психологии на предмет фармация у магистров и бакалавров.

Summary

Conseption, object and methods of the pharmaceutical psychology

N.Naibov, A.Bagirova

Main conception, object and methods of the pharmaceutical psychology and its connection with other subjects has been presented in the article. Besides, has been touched upon some matters about teaching of pharmacist masters and bachelor's students from pharmaceutical psychology subject.

Daxil olub: 22.05.2013

ДИССЕРТАЦИОННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ВЫПОЛНЕННЫЕ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПРОТИВОЧУМНОЙ СЛУЖБЫ АЗЕРБАЙДЖАНА

А.Н.Талыбзаде, Е.У.Пиралиева

Республиканская противочумная станция им.С.Имамалиева,
Азербайджанская Государственная Республиканская Научно-медицинская Медицинская Библиотека, г.Баку

Açar sözlər: dissertasiyalar, taunəleyhinə xidmət, Azərbaycan
Ключевые слова: диссертация, противочумная служба, Азербайджан
Keywords: thesis, Plague Service, Azerbaijan

В этом году исполняется 80 лет с момента организациив в г. Баку Азербайджанской (а сегодня, Республиканской) противочумной станции - головного учреждения противочумной службы Республики, под руководстывом которого и сегодня в ряде городов страны работают межрайонные противочумные отделения [1].

Сегодня можно с удовлетворением констатировать тот факт, что обширная работа, проведенная сотрудниками Республиканской противочумной станции им.С.Имамалиева и ее отделений за минувшие десятилетия привела не только к доказательству эндемичности чумы для Азербайджана и выявлению на его территории 3 типов природных очагов чумы, но и смогла гарантировать эпидемиологическое благополучие Азербайджана по этой особо опасной инфекции [2].

Вместе с необходимо особо отметить, что противочумная служба оказалась и весьма плодотворной кузницей высококвалифицированных специалистов по микробиологии и эпидемиологии особо опасных инфекций. Кроме того, часть выросших здесь специалистов проявила большой интерес к научным исследованиям и в учреждениях противочумной службы началось проведение большой и многоплановая научной работы, всемерно поощряемой руководством всей службы [3]. Не удивительно, что многие из сотрудников этой службы стали кандидатами наук (с 2009 г в Азербайджане эту научную степень заменила научная степень доктора философии), а трое из них в последствие защитили и докторские диссертации.

Необхдимо также отметить и то, что на базе учреждений противочумной службы был собран материал, который лег в основу ряда диссертаций, выполненных не только сотрудниками и других научных и практических учреждений Азербайджана, но и сотрудниками других противочумных учреждений бывшего СССР, приехавшими в Азербайджан. С учетом этих обстоятельств еще в 1957 г Правительство приравняло по статусу Республиканскую противочумную станцию к научно-исследовательским учрежденниям [1].

Однако, до настоящего времени не составлен полный библиографический перечень научных работ азербайджанских ученых, посвященных проблеме чумы и других особо опасных инфекций, встречавшихся в нашей стране. Это препятствует объективной оценке вклада азербайджанских исследователей в развитие представлений об этих инфекциях и совершенствование подходов к их контролю.

Именно поэтому, в предверии Юбилея противочумной службы нашей страны, мы решили составить перечень всех диссертаций, выполненных сотрудникамим этой службы и диссертаций, выполненными другими исследователями, работавшими на базе учреждений противочумной службы Азербайджана, но и сотрудниками противочумной станции. Приводя этот перечень, мы звездочкой (*) отметили диссертации, выполненные сотрудниками других учреждений.

ДОКТОРСКИЕ ДИССЕРТАЦИИ.

1. Алиев М.Н. Возбудитель чумы и условия его существования в Восточном Закавказье. Дисс...доктора мед. наук. Баку, 1969;
2. Ахундов М.М. Эпидемиология и эпизоотология туляремии в Азербайджанской ССР. Дисс.... доктора мед. наук. Баку, 1970;
3. Эйгелис Ю.К. Эколого-географические закономерности существования грызунов Азербайджана и их роль в природной очаговости чумы. Дисс.... доктора биол. наук. Саратов, 1973;

КАНДИДАТСКИЕ ДИССЕРТАЦИИ.

1. Abdullayev R.M. Muasir saraitda Azarbaycanda kaskin bagirsaq infeksiyalarmin epidemiologiyasimn xususiyyatlari va onla- rin profilaktikasi tadbirlari. Tibb elml. nam.... dissertasiyasi, Baki, 2003;
2. Абушев Ф.А. Листериоз некоторых видов грызунов Азербайджана и его эпидемиологическое значение. Дисс... канд. мед. наук. Баку, 1964;
3. Агаев Г.М. Патогенная микрофлора грызунов Западного Азербайджана и их возможная роль в краевой патологии. Дисс...канд. мед. наук. Баку, 1996;
4. Агаева Н.С. Эколого-фаунистические особенности блох грызунов апшеронского полуострова в связи с их ролью в эпидемиологии чумы. Автореф. дисс.... канд. биол. наук. Баку, 2000;
5. Алиев М.Н. Механизм иммунизирующего действия живой противочумной вакцины. Дисс...канд.мед.наук. Саратов, 1959;
6. Алиева Ш.Б. Грызуны Нахичеванской АССР. Дисс....канд.биол. наук. Баку, 1969;
7. Ахвердов Н.И. Эколого-географический очерк песчанок Азербайджана. Дисс....канд. биол. наук. Баку, 1968;
8. Ахмедов Р.А. Кишечный иерсиниоз в Азербайджанской ССР и его роль в патологии человека. Дисс.... канд. мед. наук. Баку, 1989;
9. Ахундов М.М. Серый хомячок и его возможное значение в эпидемиологии Азербайджанской ССР. Дисс... канд. мед. наук. Баку, 1952;
10. Булах О.С. Характеристика штаммов чумного микроба, выделенных в очагах Восточного Закавказья и некоторые вопросы их идентификации. Дисс.... канд. мед. наук. Баку, 1974;

11. Гасанов Н.А. Динамика териофауны Абшерон-Гобустана и экологические особенности фоновых видов. Дисс....докт. философии по биологии. Баку, 2011;

12. Гафарова Ф.Г. Эктопаразиты мелких млекопитающих Мильской, Муганской и Карабахской равнин Азербайджана. Дисс....канд. биол. наук. Баку, 1976;

13. Гурбанов С.М. Суспензионное культивирование клеток и вирусов в среде, изготовленной на основе ферментативного гидролизата мышечных белков. Дисс....канд. биол. наук. М., 1987;

14. Джебраилов Д.Д. Особенности профилактики чумы и туляремии в связи с сопряженностью природных очагов этих инфекций в западных районах Азербайджанской ССР. Дисс... канд. мед. наук. Баку, 1971;

15. Закутинская Н.А. Характеристика вибрионов, выделенных в Азербайджане. Дисс.... канд. мед. наук. Баку, 1973;

16. Имамалиев С.А. Дерматофиты и их культуральная изменчивость. Дисс....канд. мед. наук. Баку, 1942;

17. Исаева Э.В. Блохи Азербайджана в связи с их значением в эпизоотологии чумы. Дисс....канд. мед. наук. Баку, 1964;

18. Исламов А.И. Антропогенные трансформации ландшафтов и природный очаг чумы на апшеронском полуострове. Дисс...канд. биол наук. Баку, 1992;

19. Исмаилов А.Ш. Индикация вирусов и выявление антител при экспериментальных исследованиях и изучении природных очагов арбовирусов методом реакции непрямой гемагглютинации. Дисс.... канд. биол. наук. М., 1979;

20. Исмаилова Р.И. Эпидемиологические особенности бруцеллеза в новых условиях ведения животноводства в Азербайджане. Дисс.... канд. мед. наук, Баку, 2004;

21. Кадацкая К.П. Экология блох краснохвостой песчанки южный предгорий Большого Кавказа в связи с их ролью в эпизоотологии чумы. Дисс.... канд. биол наук, Саратов, 1969;

22. Куницкий В.Н. Эколого - географический очерк блох юго-запада Азербайджана в связи с их значением в природной очаговости чумы. Дисс...канд. биол. наук. Алма-Ата, 1966;

23. Курбанов Ш.Х. Холера Эльтор в Азербайджанской ССР. Дисс... канд. мед. наук. Баку, 1989;

24. Ленчицкий А.З. Очаг чумы в Азербайджанской ССР как ландшафтный участок переднеазиатских природных очагов чумы. Дисс.... канд. мед. наук. Баку, 1964;

25. Мамедзаде У.А. Эпизоотия чумы среди грызунов на территории Апшеронского полуострова и прележащих у нему районов в 1953 г. Дисс..... канд. мед. наук. Баку, 1959;

26. Мамедзаде Ф.У. Роль серых крыс в поддержании природной очаговости и распространении лептоспирозов в Азербайджанской Республике. Дисс....канд. мед.наук. Баку, 1995;

27. Мамедов А.Л. Экологические особенности некоторых представителей семейства куньих и их хозяйственное значение в Азербайджане. Дисс....канд. биол. наук. Баку, 1972;

28. Мамедов Г.С. Лептоспирозы в Юго-Восточной части Азербайджанской ССР. Дисс....канд. мед. наук. Баку, 1975;

29. Мамедов М.К. Модифицированный энзимоиммуносорбентный метод для ускоренного обнаружения вируса гепатита А и антител к нему. Дисс.... канд. мед. наук. М., 1983;

30. Наджафов А.Ф. Эпидемиология сибирской язвы в Азербайджанской ССР. Дисс. ... канд. мед. наук. Баку, 1969 (для служебного пользования);

31. Опарин М.Л. Особенности существования краснохвостой песчанки на Мильско-Карабахской равнине в связи с природной очаговости чумы в Закавказье. Дисс....канд. биол. наук. Саратов; 1982;

32. Петросян Э.А. Сезонные и годичные изменения эколого-физиологических особенностей песчанок Азербайджана и их связь с чувствительностью грызунов к чуме. Дисс.....канд. биол. наук. Баку, 1969;

33. Расулзаде З.И. Микробиологическая и эколого-гигиеническая характеристика рекреационной зоны прибрежной полосы Апшеронского полуострова и пути ее оздоровления. Дисс....докт. философии по биологии. Баку, 2011;

34. Рябцева Н.Л. Эпидемиологическое обоснование поселковой дератизации дезинсекции в природных очагах чумы Восточного Закавказья. Дисс.... канд. мед. наук. Саратов, 1982;

35. Сафарова С.М. Противобактериальная и противовирусная активность тимозина-альфа1. Дисс....докт. философии по медицине. Баку, 2014;

36. Сеидов А.И. Прототрофные мутанты чумного микроба и их возможная роль в поддержании очаговости. Дисс....канд. мед. наук. Баку, 1993;

37. Талыбов А.Н. Блохи Нахичесванской АССР в связи с их ролью в эпизоотологии чумы в закавказском горном очаге. Дисс..... канд. биол. наук. Баку, 1969;

38. Тепляков А.Б. Холерные вибрионы не 01 группы в Азербайджанской Республике (микробиологические и эпидемиологические аспекты). Дисс...канд. мед. наук. Саратов, 1991;

39. Ткаченко В.С. Пространственная структура населения песчанок Юго-Западного Азербайджана. Дисс. канд. биол. наук. Саратов, 1982;

40. Устун Н.М. Совершенствование системы эпидемиологического надзора за зоонозными инфекциями в Азербайджане. Дисс.... доктора филасофии по медицине. Баку, 2011.

41. Шугаев Н.И. Глутаматсиназа бактерицидов Rhizobium Lupini.Дисс... канд. биол. наук. М., 1979.

Надеемся, что приведенный выше перечень диссертаций, выполненных азербайджанскими учеными в прошлом, позволит грядущим поколениям специалистов при планировании своих научных исследований, придерживаясь преемственности, продолжить изыскания поиски в наиболее перспективных направлениях и, в том числе, на основе того научно-идеологического фундамента, который был заложен их соотечественниками еще много лет назад.

ЛИТЕРАТУРА

1. Талыбзаде А.Н. Противочумная служба - 80 лет на страже эпидемиологического благополучия Азербайджана. // Биомедицина, 2011, N.3, с.34-40;

2. Мамедов М.К., Абдуллаев Р.М. Чума. Сада, 2014, 235 с.;

3. Абдуллаев Р.М., Мамедов М.К. Об организаторах и руководителях противочумной службы Азербайджана. // Современные достижения азербайджанской медицины, 2013, N.3, с.48-53

Summary

Thesis' investigations performed in institutions of anti-plague service of Azerbaijan

A.Talybzade, Y.Piraliyeva

The communication contains the list of doctor and candidate theses have prepared workers of institutions of anti-plague service of Azerbaijan and have performed staff of other research institutions.

Резюме

Диссертационные исследования, выполненные в учреждениях противочумныой службы Азербайджана

А.Н.Талыбзаде, Е.У.Пиралиева

Сообщение содержит список докторских и кандидатских диссертаций, подготовленных сотрудниками учреждений противочумныой службы Азербайджана или других научно-исследовательстких учреждений.

Daxil olub: 20.06.2013

РЕЗУЛЬТАТЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Г.И.Бабаева, Х.Ф. Багирова, У.М.Сираджлы

Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку

Açar sözlər: Hamiləlik, cift çatışmazlığı, fetometriya, plasentometriya

Ключевые слова: беременность, плацентарная недостаточность, фетометрия, плацентометрия

Keywords: pregnancy, placental insufficiency, fetometry, placentometry

Фетоплацентарная недостаточность представляет собой одно из наиболее распространенных осложнений беременности [1,2]. Несмотря на успехи современного акушерства и перинатологии, плацентарная недостаточность занимает одно из ведущих мест в структуре

перинатальной заболеваемости и смертности. Плацентарная недостаточность представляет собой результат сложной реакции плода и плаценты на различные патологические состояния материнского организма. Она проявляется в виде нарушений транспортной, эндокринной и метаболической функций плаценты [2,3]. Фетоплацентарную недостаточность следует рассматривать как динамичный процесс, патогенетические механизмы которого в настоящее время изучены еще недостаточно [1].

Целью проведения исследования явилось изучение показателей ультразвуковой фето- и плацентометрии при плацентарной недостаточности у беременных.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 113 беременных, из которых основную группу составили 76 (67,3%) женщин с плацентарной недостаточностью, у 37 (32,7%) женщин контрольной группы данная патология беременности не отмечалась. У 64 (84,2%) беременных основной группы плацентарная недостаточность носила компенсированный характер, у 12 (15,8%)- субкомпенсированный. Среди женщин с компенсированной плацентарной недостаточностью синдром задержки роста плода (СЗРП) I степени отмечался в 23 (30,3%) наблюдениях. У всех женщин с субкомпенсированной формой плацентарной недостаточности диагностировался СЗРП II степени.

Верификация диагноза проводилась по балльной шкале оценки состояния фетоплацентарного комплекса и степени выраженности хронической плацентарной недостаточности по результатам эхографического исследования. Задержку роста плода диагностировали в случае отставания фетометрических показателей на 2 и более недели по сравнению с гестационной нормой. Толщину плаценты оценивали с учетом данных о средних ультразвуковых показателях, при этом учитывали площадь плаценты.

Ультразвуковое сканирование выполняли на аппарате ALOKA – SSD 4000 (Япония) с использованием конвексного датчика мощностью от 3,5 до 7,5 МГц.

Материалы исследования обработаны при помощи компьютерной программы STATISTICA 6.0 [4]. За минимальный порог достоверности принимали критерий значимости $p \geq 95\%$.

Результаты и обсуждение. В диагностике плацентарной недостаточности важную роль играют инструментальные методы оценки состояния плода, как ультразвуковая фетометрия, плацентометрия, оценка качества и количества околоплодных вод [5]. Всем обследованным женщинам проводилось ультразвуковое исследование, включающее фетометрию, плацентометрию и оценку количества околоплодных вод (таблица 1).

В ходе проведения ультразвукового исследования было установлено, что фетометрические показатели соответствовали гестационной норме у 41 (53,9%) беременных с фетоплацентарной недостаточностью и у всех (100,0%) женщин контрольной группы ($p<0,05$).

Таблица 1

Показатели состояния фетоплацентарной системы у обследованных женщин по данным ультразвукового исследования

Показатели ультразвукового исследования	Беременные с ФПН (n=76)		Контрольная группа (n=37)	
	абс.	%	абс.	%
Фетометрия:				
- в норме	41	53,9*	37	100,0
- СЗРП I степени	23	30,3	-	-
- СЗРП II степени	12	15,8	-	-
Плацентометрия:				
- в норме	67	88,2	37	97,3
- «тонкая» плацента	7	9,2*	1	2,7
- «толстая» плацента	2	2,6	-	-
Созревание плаценты:				
- соответствует сроку беременности	64	84,2	35	94,6
- преждевременное	12	15,8*	2	5,4
Количество околоплодных вод:				
- в норме	37	48,7*	35	94,6
- маловодие	33	43,4*	2	5,4
-многоводие	6	7,9	-	-

Примечание: $p<0,05$ по отношению к контрольной группе

По данным эхоскопического исследования в группе пациенток с компенсированной плацентарной недостаточностью СЗРП I степени наблюдался в 23 (30,3%) случаях и большей частью носил асимметричную форму – 65,2%. У всех пациенток с субкомпенсированной формой плацентарной недостаточности отмечался СЗРП II степени (15,8% от общего числа наблюдений), с преобладанием симметричной формы – 75,0%. Во всех случаях отставание фетометрических данных от гестационного срока не превышало 2–3 недели по сравнению с нормативными показателями.

Анализ частоты развития СЗРП в зависимости от осложнений беременности показал следующее. Так, СЗРП наиболее часто встречался у беременных основной группы с гипертензивными нарушениями – у 24 (31,6%) женщин и при анемии беременных – у 6 (7,9%) женщин, что связано с характерными патогенетическими механизмами.

Ультразвуковая плацентометрия показала соответствие толщины плаценты гестационной норме у 67 (88,2%) женщин основной группы. У 7 (9,2%) беременных наблюдалось уменьшение этого показателя – «тонкая» плацента, а у 2 (2,6%), напротив, - увеличение, так называемая «толстая» плацента. В контрольной группе только у одной беременной (2,7%) при проведении ультразвуковой плацентометрии наблюдалось развитие «тонкой» плаценты.

Эхоструктура плаценты соответствовала сроку беременности у 64 (84,2%) пациенток основной и у 35 (94,6%) женщин контрольной группы. Преждевременное созревание плаценты отмечалось у 12 (15,8%) женщин основной группы. В контрольной группе преждевременное созревание плаценты было отмечено у 2 (5,4%) беременных ($p<0,05$). Патологические изменения в плаценте в виде гиперэхогенных включений, локального расширения межворсинчатого пространства и участков гиперплазии обнаруживались у 29 (38,2%) пациенток с плацентарной недостаточностью.

К маркерам плацентарной недостаточности относят аномалии предлежания и прикрепления плаценты. В нашем исследовании при анализе локализации плаценты по передней или задней стенки матки было отмечено следующее. Так, у 48 (63,1%) беременных основной группы расположение плаценты диагностировалось по передней стенке, у 28 женщин (36,8%) – по задней стенке. В контрольной группе расположение плаценты по задней стенке составило 56,8% (у 21 женщины), по передней – у 16 (43,2%). Так же необходимо отметить, что у 5 (6,6%) женщин основной группы отмечалась низкая плацентация, что связано с характером васкуляризации нижних отделов матки, не обеспечивающим адекватный маточно-плацентарный кровоток [6] (Рис.).

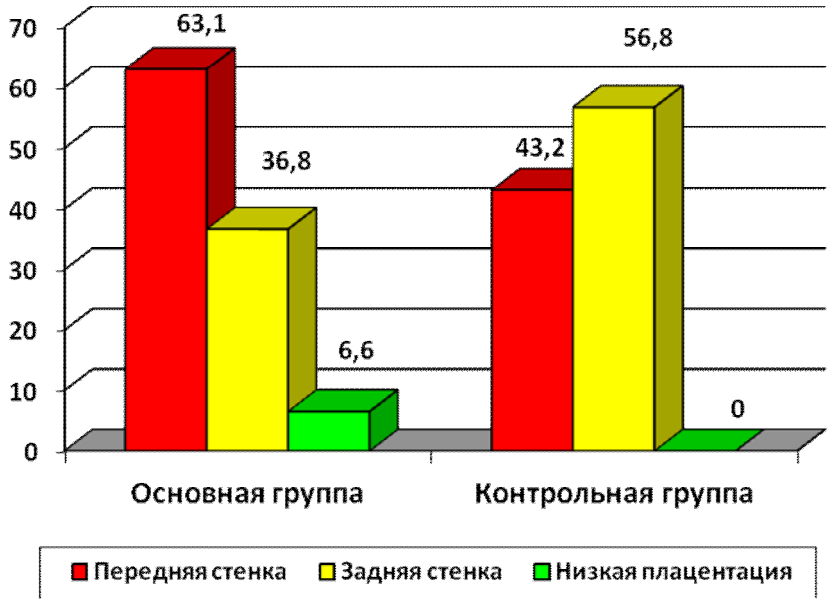


Рис. Анализ локализации плаценты у обследованных женщин

Анализ количества околоплодных вод у беременных с плацентарной недостаточностью выявил большую частоту маловодия в основной группе – в 33 (43,4%) случаях. Количество околоплодных вод у пациенток основной группы соответствовало норме в 37 (48,7%) наблюдениях, в 6 (7,9%) случаях отмечалось многоводие. При этом маловодие наиболее часто наблюдалось у пациенток, у которых беременность была осложнена гипертензией и анемией, что приводит к более выраженной гипоксии плода. Также необходимо отметить, что маловодие исходно выявлялось у 39,0% пациенток с компенсированной плацентарной недостаточностью и у 66,7% - с субкомпенсированной. В контрольной группе только у 2 (5,4%) беременных отмечалось маловодие ($p<0,05$).

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что функциональное состояние плаценты во многом обусловлено степенью ее развития в соответствии со сроком гестации и сохранностью компенсаторно-приспособительных механизмов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балданова М.Ц. Фетоплацентарная недостаточность // Вестник Бурятского государственного университета, 2010, №12, с.267-271

2. Кузьмин В.Н. Фетоплацентарная недостаточность: проблема современного акушерства // Лечащий врач, 2011, №3, с.50-54

3. Шубина Т.И. Плацентарная недостаточность и комплексный подход к ее лечению в клинике привычного невынашивания // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2009, №1, с.36-41

4. Боровиков В.П. Statistica. Искусство анализа данных на компьютере. СПб.: Питер, 2003, 688 с.

5. Рейтер К.Л. УЗИ в акушерстве и гинекологии. М.: «ГЭОТАР-МЕДИА», 2011, 304с.

6. Минкина Э.Р. Низкая плацентация как фактор риска при беременности // Вестник Российского государственного медицинского университета, 2008, №3, с.104

Xülasə

Cift çatışmazlığı olan hamilə qadınların ultrasəs müayinələrinin nəticələri

G.İ. Babayeva, H.F. Bağırova, Ü.M. Siraclı

Məqalədə cift çatışmazlığı ilə 76 hamilə qadının ultrasəs müayinələrinin nəticələrinə baxılmışdır. Ultrasəs müayinəsi zamanı fetometriya, plasentometriya, və dölyanı mayenin miqdarına baxılmışdır. Aparılmış tədqiqatın nəticələri göstərir ki ciftin funksional vəziyyəti çox hallarda hestasiya müddətindən asılı olaraq yetişməsi ilə müəyyənləşir və kompensator-uyğunlaşma mexanizmlərinin saxlanmasından asılıdır.

Summary

Results of ultrasound examination of pregnant women with placental insufficiency

G.I.Babayeva, H.F. Bagirova, U.M. Siracli

Results of ultrasound diagnostics of 76 of pregnant women with placental insufficiency are stated in article. Ultrasound examination covers fetometry, placentometry and evaluation of quantity of amniotic fluid. Results of executed examination shows that functional condition of placenta conditions the degree of development in correspondence with term of gestation and preservation of compensatory-adaptive mechanisms in several spectrums.

Daxil olub: 26.06.2013

PRAKTİK HƏKİMƏ KÖMƏK-
ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

ENDODONTİK MÜALİCƏ ZAMANI BAŞ VERƏN NEYROSENSOR POZUNTULARIN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİ

[1]Məmmədov C.C., [1]Davudov M.M., [1]Qurbanov V.A., [2]Əliyev R.R.
[1]Azərbaycan Tibb Universiteti. ağız və üz-çənə cərrahiyyəsi kafedrası;
[2]Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu. sinir xəstəlikləri kafedra.
Bakı

Açar sözlər: andometazon . aneteziya. paresteziya. neyrotoksiklik
Key words: endomethasone. anesthesia. paresthesia. neurotoxicity.
Ключевые слова: эндометазон. анестезия. парестезия. нейротоксичность.

Diş kökü kanalının müalicəsi zamanı ciddi nevroloji ağırlaşmalar baş verə bilər. Anesteziya. paresteziya. hipesteziya və disesteziya kimi xoşagəlməyən simptomatik gedişli ağırlaşmalar adətən kanal doldurucu plomb materialının mandibulyar kanala ekstruziyası nəticəsində əmələ gəlir [1-11].

Endodontik müalicə zamanı diş kanalının əllə və ya mexaniki idarə olunan fayllarla işlənməsi zamanı mandibulyar kanalın perforasiyası baş verə bilir ki. bu da kanal doldurucu plombların. antiseptik maddələrin. irriqasiya məhlullarının və müxtəlif mikroorqanızmlərin kanala keçməsinə zəmin yaradır [14].

Təcrübələr göstərir ki. paraformaldehid və evginol neyrotoksik reaksiylar yaradan əsas maddələrdir. Kanal doldurucu plomb materialları kimyəvi tərkiblərinə görə müxtəlif olması ilə seçilir. AH-26. Diaket. Endoseal. yodoform və s. kimi kanal doldurucuların mandibulyar kanala daxili ciddi neyrotoksik ağırlaşmalara səbəb olur [3.9.10.15].

Dekompressiv cərrahi müdaxilə olunmayan əksər kliniki müşahidələr zamanı anesteziya və paresteziya halları keçicı olmur [4]. Aparılan müxtəlif kanal doldurucularının cərrahi çıxarılması və dekompressiv əməliyyatlar anesteziya və paresteziya hallarının aradan qalıdırılması məqsədi ilə aparılır [1.2.3.4.16.17].

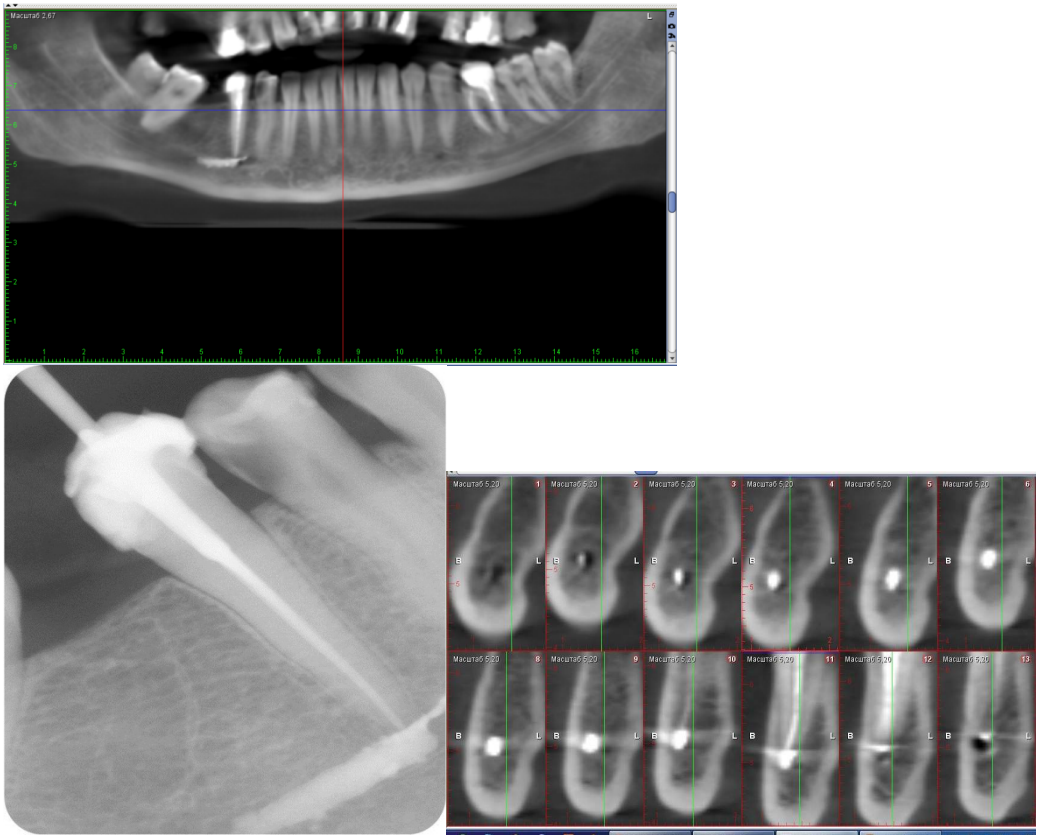
Təqdim edilən klinik müşahidə diqqətsizlik nəticəsində endodontik müalicə zamanı baş verən anesteziyanın cərrahi müalicəsidir.

Kliniki müşahidə. Stomatoloqa müraciətinə əsasən stomatolji klinikada 34 yaşlı qadın xəstənin müayinəsi zamanı 45-ci dişin endodontik müalicəsindən sonra sağ yanaq və dodağın sağ 1/3 hissəsində anesteziya aşkarlandı. Xəstənin şikayəti sağ yanaq və alt dodaq nahiyyəsində tam hissi pozuntudan ibarət olmuşdur.

Xəstə paralel olaraq nevroloqun müşahudəsində olmuşdur. Kliniki müayinə zamanı 45.44.43 dişlər nahiyyəsində vestibulyar selikli qişada və alt dodağın sağ 1/3 hissəsində anesteziya müşahidə olunur.

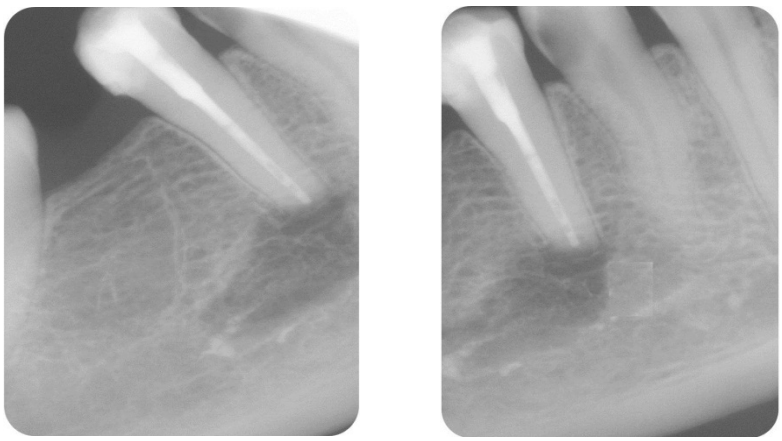
Görünən dəri və selikli qişalar adi rəngdədir. Endodontik müalicədən sonra ağrı və heç bir iltihabı göstərici müşahidə olunmamışdır.

Aparılan rentgenoloji vizioqrafik və kompüter tomoqrafik müayinə zamanı 45-ci dişin endodontik müalicəsi zamanı kanal doldurucu plomb materialının mandibulyar kanala ekstruziyası aşkarlandı (şək. 1).

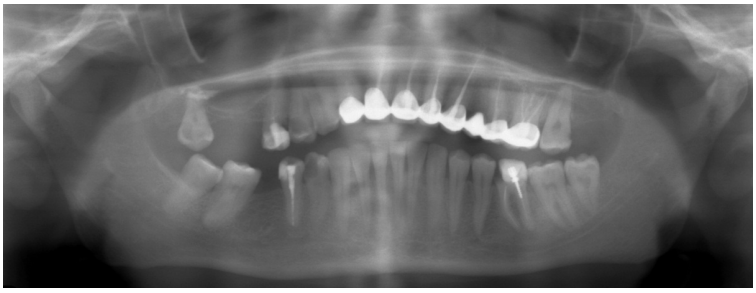


Şək. 1. Əməliyyatönü kompüter tomoqrafiya və rentgen müayinə

Anesteziyanın müalicəsi və sinirin sərbəstləşdirilməsi məqsədi ilə xəstəyə cərrahi müdaxilə təklif olundu və xəstə əməliyyat zamanı və əməliyyatdan sonra baş verə biləcək ağırlaşmalarla tanış edildi. Xəstənin razılığından sonra yerli keyləşdirmə altında 45-ci diş nahiyyəsində mandibulyar kanal trepanasiyası ilə kanal doldurucu plomb materiali – Endometazon xaric edildi. 45-ci diş kökü zirvəsi rezeksiya edildi. Əməliyyat zamanı kanal doldurucu materialın tam çıxarılması üçün sinir yüngül dispozisiya olundu. Vizual olaraq sinirin görünüşü adi. ətraf toxumalarda qranulyasiya və fibroz toxumalar müşahidə olunmurdu. Əməliyyatdan sonra xəstəyə Amoxicillin 1200mq/gün. dexomethasone 4 mq/gün. Vit B kompleks təyin edildi.



Şək. 2. Əməliyyat sonrakı rentgenoloji müayinə



Şək. 3. Əməliyyatdan 6 ay sonra panoram rentgen müayinə

Təxminən 3 ay sonra xəstədə kliniki müayinələrə əsasən anesteziya olan nahiyyələrdə hissi oyanıqlıq qeyd edildi. 6 ay sonra verilən bütün mexaniki və termiki qıcıqlara adekvat reaksiya müşahidə olundu.

Müzakirə. Endodontik müalicədən sonra anesteziya. paresteziya və oxşar ciddi nevroloji ağırlaşmalar baş verə bilər. Bu ağırlaşmalar apikal hissəsi mandibulyar kanala yaxın yerləşən dişlərin müalicəsi zamanı müşahidə olunur.

Endodontik müalicədən sonra baş verən ağırlaşmalarla əlaqəli ədəbiyyat axtarışı zamanı səbəb olaraq 3 əsas mexanizm qeyd edilir:

1. Kimyəvi neyrotoksiklik;
2.Materialın kompressiyası zamanı mexaniki sinir zədələnməsi;
3.İstifadə olunan instrumentlərlə sinirin bir başa zədələnməsi [18.19].

Endodontik müalicədən əvvəl və müalicə zamanı fayllarla aparılan dental rentgenolji vizioqrafik şəkil kanal uzunluğunun müşahidəsi ilə yanaşı baş verə biləcək perforativ halların qarşısının alınması üçün də əhəmiyyətlidir. Mandubulyar kanalın sıx hipermineral sümük toxuması ilə əhatə olunmasına baxmayaraq fayllarla ehtiyatsız işləmə zamanı perforasiya baş verir və kanal doldurucu ucluqlardan istifadə kanal doldurucu plomb materialının ekstruziyası riskini daha da artırır.

Vitro heyvanlar üzərində aparılan laborator təcrübələrə əsasən kalsium hidroksid. paraformaldehid. evginol və müxtəlif əlavəli kanal doldurucu plomb materialları sinirdə geridönməyən patoloji proseslərə səbəb olur [12.13.14]. Fenol əsaslı evginol sinirə penetrasiya zamanı aksonlar üzərində destruktiv dəyişikliklərə və zülal koaqulyasiyasına səbəb ola biləcək konsentrasiyaya malikdir [3.20].

Ədəbiyyat məlumatlarına əsasən uğursuz endodontik müalicədən sonra baş verən anesteziya və paresteziya hallarında kanal doldurucu plomb materialının cərrahi çıxarılması daha effektiv müalicə hesab edilir və normal hissiyyatın bərpası üçün zəmin yaradır [1-5]. Kanal doldurucu plomb materiallarının uzun müddət kanalda qalması sinirdə işemiya və epinevral ödemə səbəb ola bilir ki. bu da öz növbəsində birləşdirici toxuma və epinevral fibrozun əmələ gəlməsinə şərait yaradır [21]. Bu səbəbdən müəlliflər – Gatot və Tovi patoloji nəticələri önləmək məqsədi ilə kanal doldurucu maddələrin mandibulyar kanala ekstruziyası zamanı kortikosteroidlərin tətbiqini tövsiyə edirlər [21].

Kanal doldurucu plomb materialının kanalda qaldığı müddət. kimyəvi tərkibi və kanalda yerləşmə lokalizasiyası cərrahi müalicənin effektivliyinə təsir edəcək əsas faktorlardan biridir. Uzun müddətli Endometazon kimi çox toksik kanal doldurucu plomb materialının mandibulyar kanalda qalması sinirdə geridönməyən zədələrin əmələ gəlmə riskini artırır.

Russel [4]. Kothari və Cannell [1] araşdırmalarına əsasən evginol və paraformaldehid əsaslı kanal doldurucu plomb materialının mümkün olduğu qədər tez çıxarılması məsləhət olunur. Kothari və Cannel göstərirlər ki.sorulmayan fenol əsəaslı kanal doldurucu plomb materiallarının 4 günlük aşağı alveolyar sinirə təsiri daimi paresteziyaya səbəb ola bilər.

Russel müşahidələrində 2 həftəyə qədər aparılan cərrahi müdaxilələr zamanı anesteziyanın qismən. 3 günə qədər aparılan müdaxilələr zamanı isə tam bərpa ola biləcəyini göstərmişdir [4].

Bizim göstərdiyimiz kliniki müşahidə zamanı 2 gün sonra aparılan dekompressiv cərrahi müdaxilə zamanı xəstəmizdə 6 ay sonra anesteziya olmuş nahiyələrdə mexaniki və termiki qıcıqlara adekvat reaksiyalar qeyd edildi və normal hissiyatın tam bərpası müşahidə olundu.

ƏDƏBİYYAT

1. Kothari P.. Cannell H. Bilateral mandibular nerve damage following root canal therapy . // Br Dent .. 1996. v.180. p.189-90
2. Scolozzi P.. Lombardi T.. Jaques B. Successful inferior alveolarnerve decompression for dysesthesiafollowing endodontic treatment:report of 4 cases treated by mandibular sagittal osteotomy OralSurg // Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod.. 2004. v.97. p.625-31
3. Qrstravik D.. Brodin P.. Aas E. Paraesthesia following endodontic treatment: survey of the literature and a case report // IntEndod J.. 1983. v.16. p.167-72
4. Russell D.I.. Ryan W.J.. Towers J.F. Complications of automated root canal treatment // Brit Dent J.. 1982. v.153. p.393-8
5. Dempf R.. Hausemen J.E. Lesions of the inferior alveolar nerve arising from endodontic treatment // Aust Endod J.. 2000. v.26. p.67-71
6. LaBlanc J.P.. Epker B.N. Serious alveolar nerve dysesthesiaafterendodontic procedure: report of three cases //J Am Dent Assoc..1984. v.108. p.605-7
7. Neaverth E.J. Disabling complications following inadvertent overextensionof a root canal filling material //J Endod.. 1989. v.15. p.135-9
8. Allard K.U.B. Paraesthesia—a consequence of a controversialroot-filling material? //A case report. IntEndod J.. 1986. v.19. p.205-8
9. Tamse A.. Kaffe I.. Littner M.M. Paraesthesia following overextension of AH26: report of two cases and review of the literature // J Endod.. 1982. v.8. p.88-90
10.Rowe A.H.R. Damage to the inferior dental nerve during orfollowing endodontic treatment // Br Dent J.. 1983. v.153. p.306-7
11.Kaufman A.Y.. Rosenberg L. Paraesthesia caused by Endomethasone // J Endod.. 1980. v.6. p.529-31
12.Brodin P.. Roed A.. Aars H.. Orstravik D. Neurotoxic effects of root filling materials on rat phrenic nerve in vitro // J Dent Res..1982. v.61. p.1020-3
13.Brodin P. Neurotoxic and analgesic effects of root canal cements and pulp-protecting dental materials // Endod Dent Traumatol.. 1988. v.4. p.1-11
14.Serper A.. Onur R.. Etikan I. Comparative neurototxic effects of root canal materials on rat sciatic nerve // J Endod.. 1998. v.24. p.592-4
15.Morse D.R. Infection-related mental and inferior alveolar nerve paresthesia: Literature review and presentation of two cases // J Endod.. 1997. v.23. p.457-60
16.González-Martín M.. Torres-Lagares D.. Gutiérrez-Pérez J.L.. Segura-Egea J.J. Inferior alveolar nerve paresthesia after overfilling of endodontic sealer into the mandibular canal // J Endod.. 2010. v.36(8). p.1419-21
17.Köseoğlu B.G.. Tanrikulu S.. Sübay R.K.. Sencer S.Anesthesia following overfilling of a root canal sealer into the mandibular canal: a case report // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.. 2006. v.101(6). p.803-6.
18.Foreman P.C. Adverse tissue following the use of SPAD // IntEndod J.. 1982. v.15. p.184-186
19.Nitzan D.W.. Stabholz A.. Azaz B. Concepts of accidental overfilling and overistrumentation in the mandibular canal during root canal treatment // J Endod.. 1983. v.9. p.81-85
20.Pyner D.A. Paresthesia of the inferior alveolar nerve caused by Hydron: A case report // J Endod.. 1980. v.6. p.527-528
21.Gatot A..Tovi F. Prednisone treatment for injury and compression of inferior alveolar nerve: report of a case of anesthesia following endodontic overfilling // Oral surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.. 1986. v.62. p.704-6

Резюме

Хирургическое лечение нейросенсорного нарушения после неудачного эндодонтического вмешательства

Д.Д. Мамедов, М.М. Давудов, В.А. Гурбанов, Р.Р.Алийев

Хирургическое лечение анестезии при экструзии эндометазона в мандибулярный канал при эндодонтическом лечении. Эндометазон на основе парафальмальдегида и эвгенола является нейротоксическим каналнаполнителем. Основываясь на литературу экструзия эндометазона в мандибулярный канал является прямым показанием к декомпрессивному хирургическому вмешательству.В нашем клиническом случае была проведена хирургическая манипуляция декомпрессии после заполнения канала эндометазоном спустя двое суток. Мы

получили полное восстановление чувствительности в зоне анестезии спустя 6 месяцев. Наше клиническое наблюдение показывает двухдневное нейротоксическое воздействие эндометазона полностью подлежит восстановлению.

Summary

The surgical treatment of neurosensory disorders after endodontic root canal therapy

J.J. Mammadov, M.M. Davudov, V.A. Gurbanov, R.R.Aliyev

The surgical treatment of case of anesthesia that occurred with the extrusion of endomethasone root canal sealer into the mandibular canal is presented. Endomethasone is a neurotoxic root canal sealer containing paraformaldehyde and eugenol. The literature indicates immediate surgical decompression on the extrusion of Endomethasone into the mandibular canal.In our case.the decompression surgery was done 2 days after root canal trethment. We get complete resolution of anesthesia after 6 months. It shows that 2 days neurotoxic effects of endomethason is reversible.

Daxil olub: 18.07.2013

GENETİK PRİMORDİAL NANİZM

İ.V. Bəhməni. R.M. Cavadova

6 saylı Uşaq Klinik Xəstəxanası. Respublika Endokrinoloji Mərkəzi

Açar sözlər: genetika. nanizm. displaziyalar. uşaqlar

Ключевые словая: генетика. нанизм. дисплазии

Key words genetic. nanizm. dysplasiya children

Skelet displaziyaları sümüyün və ya qığırdağın ilkin pozumaları nəticəsində əmələ gəlir.Sümüyün əmələ gəlməsinə. böyüməsinə. morfologiyasına təsir edən bu pozulmalar çox dəyişik klinik və rentgenoloji əlamətlərlə özünü büruzə verir. Bu günə qədər 200 yaxın sümük displaziyası tanınmışdır. Bunların çoxu nadir xəstəliklər olmaqla bərabər. 1:4000 rastgəlmə tezliyinə malikdir. Qohum nikahların tez-tez rast gəldiyi ailələrdə isə belə xəstəliklərin rastgəlmə tezliyi 1:500-dir [1].

Skelet displaziyalarının böyük hissəsi genetik mənşəlidir. Autosom-dominant yolla irsi ötürülən tanatoforik displaziya və osteogenez imperfekta kimi perinatal dönəmdə ölümlə nəticələnən tiplərdə yeni mutasiyalar əsas səbəblərdən biridir [1.2].

Bu qrup xəstəliklərin təsnifatı dəfələrlə dəyişdirilmişdir. 1977-ci ildə qəbul edilən təsnifata görə displaziyalar etiopatogenezi bilinən və bilinməyən olmaqla 2 qrupa bölünmüşdür. 1983-cü ildə qəbul olunmuş təsnifata görə

1) perinatal ölümcül skelet displaziyaları (axondrogenez I və II tip. tanotoforik displazi).
2) yenidoğanda özünü büruzə verən və ölümlə nəticələnən.
3) yenidoğanda özünü büruzə verən və ölümlə nəticələnməyən.
4) yenidoğum dövründən sonra müşahidə olunan skelet displaziyaları müəyyən edildi.

1992-ci ildə qəbul edilən yeni təsnifata görə isə skelet displaziyaları 3 qrupa bölündü:

1) uzun. yastı sümüklərin və onurğanın inkişaf qüsurları .
2) qığırdaq və ya bağ toxumasının inkişaf qüsuru ilə.
3) idiopatik osteoliz ilə müşahidə olunanlar.

Hal-hazırda skelet displaziyalarının əksəriyyətinin genetik səbəbi aydınlaşdırılmışdır. Belə ki. əvvəllər psevdoxondrodisplazi və multi epifizar displaziyalar bir-biri ilə əlaqəsi olmayan xəstəliklər hesab edilirdisə. indi bunların eyni genetik kökə. allel pozulmalara məxsus olduğu aydınlaşdırılmşdır. Bu səbəbdən son illər genetik özəlliyi əsas tutularaq biri-birinə oxşar sindromların da yaxın olma ehtimalını nəzərə alaraq skelet displaziyaları yenidən təsnifatlandırılmışdır [1.3.4].

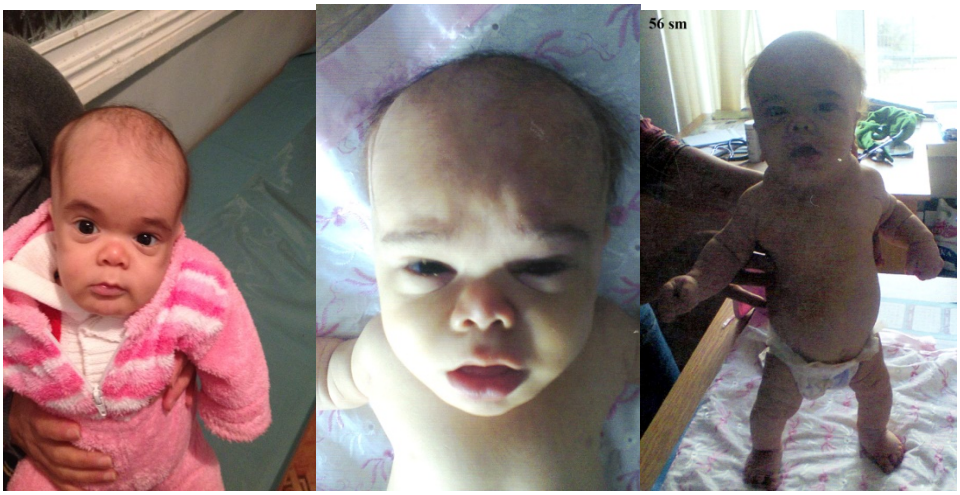
Mutant genlər qığırdaq matriks proteinləri. transmembran reseptorları. ion daşıyıcıları və transkripsion faktorlar kimi bir çox protein növlərini kodlaşdırır. Aparılan tədqiqatlarda aşkarlanan gen lokuslarının klinik fenotiplərə görə az sayda olduğu müəyyənləşdirilmişdir. Araşdırmalardan aydın oldu ki. iki lokusa ilişkin olan (COL2A1 və FGFR3) mutasiyalar klinik sindromların əksəriyyətinin əmələ gəlməsində iştirak edir. Lakin bu iki lokusdakı mutasiyaların da genetik fərqli olduğu da sübut olunmuşdur. COL2A1 mutasiyaları bütün geni əhatə edir və qohum nikah olmayan ailələrdə belə mutasiyaların rastgəlmə tezliyi çox azdır.FGFR3 mutasiyası isə gen icində aydın olan lokuslara təsir edir. bu cür yeni mutasiyaların qohum nikah olmayan valideynlərdə olması qanundur [3.4].

Skelet displaziyalarının əksəriyyətində əsas əlamətlərdən biri boy qısalığıdır. lakin bədənin hissələri arasında disproporsiya həmişə müşahidə olunmur. Bəzi skelet displaziyaları qısa ətraflar. bəziləri isə qısa gövdə ilə səciyyələnir. Ətraflarda qısalıq bir seqmentdə daha çox müşahidə olunur. Proksimal seqmentdə qısalıq (rizomelik) axondroplaziyalarda daha çox müşahidə olunur. Orta seqment qısalığı mezomelik əl və ayaqlardakı qısalıq akromelik qısalıq adlanır.

Skelet displaziyalarında boy qısalığından əlavə eklem hərəkətlərində anormallıq. eklemlərdə ya da eklelemlərin ətrafındakı toxumalarda şişkinlik müşahidə olunur. Bu əlamətlər simmetrikdir. Kamptomelik displazide cinsiyyyet deyişikliyi. Ellis van Creveld sindromunda anadangəlmə ürək qüsurları. qığırdaq-saç hipoplaziyasında immun pozulmalar skelet pozulmaları ilə birgə müşahidə olunur [1.4].

Bu qrup xəstəliklərdən biri də primordial nanizmdir.

Kiniki müşahidə: Xəstə F.Ş. 5 yaş 21.11.2013-cü il tarixdə xəstəxanaya daxil olmuşdur. Anamnezə görə ananın 3-cü hamiləliyi 3-cü doğuşundandır. Bu uşağa hamiləlik və doğuş normal keçmişdir. Uşağın doğulanda çəkisi- 2kq 500q. boyu 48 sm-dir. Ananın 1-ci uşağı 8 aylığında inkişaf eməməsi səbəbindən vəfat etmişdir. 2-ci uşaq sağlamdır. Valideynlər qohum nikahında deyillər.



Şək.1. Xəstə F.Ş. 6 yaş müalicədən əvvəl və 1 ay sonra

Obyektiv müayinədə: boyu 56 sm. çəkisi 6 kq-r: 3 persentildən aşağı. -3.sds.

Baxış zamanı bədəni proporsional deyil. gövdə uzun bazu və bud qısadır. alnı iri. həm kicik. həm də böyük əmgək açıqdır. Xarici görünüşündə bəzi stiqmlər nəzərə çarpır: boynu qısa. makroqlosssiya. saçları seyrək. qulaqları kiçik. göz səviyyəsindən aşağı. burun yəhəri batıqdır. gözlərində nistaqm vardır. Rəngi solğundur. dərialtı piy təbəqəsi zəif inkişaf etmişdir. Boy və çəki 6 aya uyğundur.

Tənəffüsü sakitdir. ağ ciyərlərin auskultasiya və perkussiyası patalogiyasızıdır. Ürək tonları karlaşmışdır. nəbzi ritmikdir.1 -100.

Qarnı yumşaqdır. qaraciyər qabırğa kənarından +1sm əllənir.kənarları yumşaqdır. dalaq böyüməyib.

Sidik. nəcis ifrazı normaldır. Psixi inkişafı yaşına uyğun deyil. Sərbəst oturmur. durmur. yerimir.danışmır.

Müayinələr: Qanın ümumi müayinəsində: Hb-96q/l. erit.-3.44x10 12q/l. r/ğ-0.81. leyk.5.6x10 9q/l. EÇS-3 mm/saat.

Sidiyin. nəcisin ümümi analizində nəzərə çarpan patoloji dəyişiklik yoxdur.

Hormonlar: T3-2.4nq/ml. T4- 6.0nq/ml. TTH-30nq/ml (norma 0.4-6.5). İFR- 38.9 nq/ml. Somatotrop hormon- 10 nq/ml.

Biləyin rentqenoqrammasında sümük yaşı formalaşmayıb.

Rast gəldiyimiz bu hadisə praktik maraqlı və ilk hadisədir. Xəstədə eyni vaxtda həm qalxanvari vəzin. hipofizdə boy hormonunun fəaliyyətinin aşağı olması ilə yanaşı aşağı ətrafların ölçülərinin qısa olması nəzərə çarpır.

Xəstəyə eutiroks 25 mq ¼ 1 dəfə. D vitamini. Ca preparatı. təyin olundu. 1 ay sonra ambulator müraciət zamanı boyu 64sm. 2 dişi. dilin kiçilməsi. ətrafa reaksiyanın artması müşahidə olundu.

Xəstəliyin axonroplaziyaların bir növü və ya genetik primordial nanizm adlanır. Xəstə üzərində nəzarət endokrinoloq və nevropatoloq tərəfindən aparılır.

ƏDƏBİYYAT

1. Hülya Günüz. Gönül Öcal Pediatrik endokrinoloji. Ankara. 2003. s.92-95
2. Olcay Neyzi. Türkan Ertuğrul Pediatri. İstanbul. 2002. s.1455-1471
3. Osman Ratib El kemik yaşı. İstanbul. 2007
4. Бочков Н.П. Клиническая генетика: Учебник. 2-е изд.. перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-МЕД. 2002. 448 с

Резюме

Генетический промордиальный нанизм

И.В.Бахмани. Р.М.Джавадова

В статье описан крайне редкий случай по поводу дисплазий скелета. В нашей впервые был ребенок 6 летнего возраста параметры. которого соответствует 3 месячному ребенку. Наряду с нанизмом у этого ребенка был выявлен низкий уровень тиреотропных гормонов

Summary

Genetic primordial dwarfism

I.V.Bahmani. R.M. Javadova

The article is devoted to the rare meeting skeleton dysplasia disease. For the first time in our practice we meet with the patient whose chronologic age is 6 but patient looks like 3 years old. Nanism also founded together with TTH in the patient

Daxil olub: 29.07.2013

ОСОБЕННОСТИ ГЕНЕТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

С.М.Мамедова

Женская консультация №1, г.Сумгаит

Açar sözlər: hamiləlik düçükləri, genetika, müayinələr

Ключевые слова: невынашивание беременности, генетика, анализы

Keywords: miscarriage, genetics, analyzes

Репродуктивное состояние и деторождение - наиболее значимые показатели здоровья, как индивидуума, так и в целом популяции. В условиях неблагоприятной демографической ситуации, когда каждые пять лет на 20% уменьшается число женщин, способных родить ребенка, особенно актуально сохранение и развитие беременности у супружеских пар, желающих иметь детей.

Несмотря на стремительный прогресс современных медицинских технологий, проблема невынашивания беременности (НБ) сохраняет свою актуальность, поскольку влечет за собой не только нарушения репродуктивной функции женщины, но и оказывает отрицательное влияние на рождаемость, за счет повышения перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных [1,2].

Причины самопроизвольного прерывания беременности настолько разнообразны, что до сих пор затрудняет создание единой классификации. За последние 50 лет список причин постоянно расширяется и дополняется. Вопрос о начале и объеме обследования супругов широко дискутируется в литературе. За рубежом общепринята точка зрения, что детальное обследование необходимо начинать после трёх повторных выкидышей, в отечественном акушерстве — рекомендуется после двух, в настоящее время некоторые ученые отмечают, возможность обследования супругов по их желанию уже после одного выкидыша [2,4]. Однако ряд авторов до сих пор считают первый самопроизвольный выкидыш эволюционным механизмом элиминации неполноценного потомства [5].

При этом, известно, что риск потери беременности после первого выкидыша составляет 13-17%, после двух самопроизвольных выкидышей риск возрастает в 2 раза и составляет 24%, после трех доходит до 30%, а после 4-х достигает 50% [6].

Отсутствие реабилитационных мероприятий после перенесенного случая невынашивания беременности в 50% случаев приводит к выкидышу при повторной беременности [7].

В зависимости от особенностей акушерского анамнеза в последние годы выделяют две формы НБ: первичное - когда все беременности заканчивались самопроизвольными выкидышами и вторичное - когда в анамнезе наряду с выкидышами, были и\или медицинские аборты, роды, внематочная беременность [8,9].

Одной из ведущих причин НБ ранних сроков принято считать генетический фактор. На протяжении последних 50 лет, понятие «генетические причины ЕЕ» включало в себя только наличие хромосомных аберраций (количественных и/или структурных нарушений в хромосомном наборе) как у супругов, свыкидышами в анамнезе, так и у абортусов [10]. На современном этапе широко применяются новые высокотехнологичные молекулярные методы диагностики, и понятие «генетика невынашивания беременности» расширило свои границы. НБ может быть обусловлено хромосомнымианомалиями, генными мутациями и наличием наследственной предрасположенностью [12,12]

Невынашивание беременности — это мультифакториальное заболевание в результате действия функционально ослабленных вариантов (аллелей) множества генов на фоне неблагоприятных внешних и внутренних факторов [13]. Генетический анализ мультифакториальной патологии, основанный на изучении полиморфизма генов, пока ещё остается трудной задачей. При этом тестирование аллелей генов «предрасположенности» имеет большое значение для профилактики, лечения и прогноза течения различных заболеваний [14,15].

Открытые за последние 7-10 лет важнейшие генетические факторы (генные сети) многих мультифакториальных состояний таких как, тромбофилия, нарушения системы детоксикации, дефектов фолатного обмена, также как и известные ранее гормональная недостаточность, иммунологическая несостоятельность и т.д., могут выступать в качестве ведущих причин тяжелой акушерской патологии, в том числе, и невынашивания беременности. В мире в настоящее время изучен аллельный полиморфизм более 40 генов, относящихся к генной сети НБ.

Сочетание неполноценных функционально ослабленных аллелей на фоне действия неблагоприятных (провоцирующих) факторов внешней и внутренней среды, может приводить к патологии беременности и нарушению эмбрионального развития плода. Учитывая сложность метаболических систем, определяющих гармоничное взаимодействие матери и плода, функциональная ослаб-ленность многих генов начинает реализоваться только во время беременности [].

При наличии в анамнезе прерывания беременности в ранние сроки, мертворождений неясного генеза, пороков развития плода целесообразно генетическое обследование супружеской пары в условиях медико-генетической консультации или специализированной лаборатории.

Согласно современным представлениям, проблему невынашивания нельзя решить только во время беременности. Для выявления и понимания причин выкидышей, а также для оценки состояния репродуктивной системы супругов необходимо комплексное обследование (женщин и мужчин) вне беременности. Особую важность приобретают разработки новых высокотехнологических диагностических подходов, направленных на раннее, досимптоматическое выявление супружеских пар высокого риска по невынашиванию беременности, т.е. прогнозирование течения и исхода беременностей (получение генетических паспортов репродуктивного здоровья супружеских пар) [40].

Несмотря на достигнутые в последние годы успехи в профилактике и лечении невынашивания беременности, частота данной патологии остается стабильной и достаточно высокой. Так, по данным литературы, она составляет от 2 до 55 %, достигая в первом триместре 80 % [16]. Различные виды самопроизвольных абортов (от неразвивающейся беременности до привычного невынашивания беременности) рассматриваются в качестве мультифакториальных заболеваний [17].

Аллельный полиморфизм генов системы репарации и контроля клеточного цикла подробно рассмотрен при изучении этиологии и патогенеза различных раковых заболеваний, в то же время вовлеченность полиморфизмов данных генов в развитие патологии беременности

практически не исследована [18]. Имеются данные о связи между мутациями С-концевого мотива и участка, ответственного за его хеликазную активность XPD, и развитием плацентарной недостаточности и риском возникновения других осложнений беременности (таких как преэклампсия, синдром HELLP, повышенный уровень ХГЧ в сыворотке крови матери). Это связано с изменением связывания XPD с cdk-активирующей киназой и p44 субъединицей транскрипционного фактора (TF) IIH, что приводит к ослаблению функциональной активности последнего. CDK7 субъединица данного транскрипционного фактора фосфорилирует ядерные рецепторы, что приводит к лиганд-зависимому контролю активации генов гормонального ответа, необходимому для нормального развития плаценты. При наличии мутаций в гене XPD происходит нарушение белок-белковых взаимодействий с TFIIH и его мишенями, необходимых для функционирования плаценты [19].

Генеалогическое обследование супружеской пары проводят по инструкции Министерства Здравоохранения. У супружеских пар с невынашиванием беременности нередко выявляют отягощенную родословную с указанием в анамнезе ближайших родственников на самопроизвольные выкидыши, бесплодие, рождение детей с аномалиями развития [20].

Еще совсем недавно одним из информативных методов исследования в генетике считалась дерматоглифика. Выяснение особенностей дерматоглифики позволяет определить наиболее информативный комплекс отклонений в структуре кожного рисунка пальцев и ладоней человека. Формирование каждого рисунка ладоней происходит на 3-4 месяце внутриутробного развития в соответствии с хромосомными влияниями. Особенности узоров обусловлены влиянием генов родителей или хромосомными аберрациями у плода. При ряде заболеваний имеются однотипные особенности дерматоглифики, которые могут быть использованы с диагностической целью. Проводят анализ рисунка кожи концевых фаланг пальцев, пальцевых и осевых трирадиусов, пальцевого гребешкового счета, окончания главных ладонных линий, четырех-пальцевой борозды с ее вариантами.

На пальцах кисти по классификации Генри различают три типа узоров: дуги (простые и шатровые), петли (радиальные, ульнарные), завитки. Для людей с ненарушенной репродуктивной функцией характерно разнообразие папилярного рисунка. Точки соприкосновения трех потоков папиллярных линей, идущих под углом 120 град. другк другу, образуют три радиусы. Ладони характеризуются наличием четырех подпальцевых трирадиусов, пятый (проксимальный) расположен около складок запястья. С помощью трирадиуса удается различить типы кожных узоров и сосчитать количество гребешков от трирадиуса до центра узора или между двумя три радиусами, т.е. провести гребешковый счет [7,19].

Диагностическое значение так же имеет угол (АТД), образованный в результате соединения прямыми линиями проксимального трирадиуса и двух подпальцевых (под II и IV пальцами). В норме он равен или меньше 45°. При дерматоглифическом анализе рекомендуется проводить исследования на обеих руках. Используют несколько методов количественной оценки дерматоглифических признаков. Количественная характеристика дерматоглифических данных включает следующие показатели: дуги, ульнарные петли, радиальные петли, завитки, гребневой ладонный и пальцевый счет, угол АТД.

При невынашивании беременности выявлены некоторые особенности дерматоглифики: радиальные петли встречаются на пальцах кисти чаще, чем в контроле. Мономорф ные руки по ульнарным петлям наблюдаются в два раза чаще, чем в контроле. На ладонях чаще отмечается осевой трирадиус и угол АТД больше 60°, при невынашивании в 10 раз чаще встречается межпальцевый дополнительный трирадиус. Часто находят укорочение главной ладонной линии. Чаще, чем в контроле, выявляются «чистые» формы и варианты четырехпальцевой борозды.

В связи с совершенствованием методов цитогенетического анализа появились возможности более точного анализа генетических проблем, как у эмбриона/плода, так и у родителей. Дерматоглифический анализ в этом плане представляет скорее исторический интерес и может быть использован там, где нет возможности цитогенетического анализа.

Почти у половины женщин непосредственной причиной выкидыша является хромосомная аномалия эмбриона. Выкидыши со структурными аберрациями встречаются относительно редко, более половины из них наследуется от родителей, а не возникают de novo.

В процессе мейоза чаще происходит нарушение в распределении хромосом, а не их структурной целостности. Диагностическими признаками выкидышей хромосомной этиологии являются выкидыши раннего срока беременности, абортусы с аномальным кариотипом, рождение ребенка с хромосомной патологией (болезнь Дауна, олигофрения, лицевая дисплазия), мертворождения, которые могут быть обусловлены аномальным набором хромосом.

Хромосомные аномалии у плода могут быть у супругов с нормальным кариотипом. Зачатие плода с аномальным кариотипом происходит в результате мутации в процессе мейоза или в процессе нарушений митоза. Хромосомные аномалии могут быть от родителей гетерозигот по транслокации, инверсии, мозаики. Носители аберрантных хромосом фенотипически нормальны, за исключением сниженной репродуктивной функции. Нередко выявляя у родителей инверсию, транслокацию хромосом, «мозаику», генетик пишет заключение - вариант нормы. Для данного человека это может быть вариантом нормы, и пока геном человека полностью не разгадан, очень трудно сказать, что означают дополнительные доли хромосом или укорочение каких-то плеч и т.д., но в процессе мейоза - процессе деления родительских хромосом на две части и последующего слияния двух половинок хромосом в одну, эти «мозаики» и инверсии могут создать аномальный набор хромосом. Поэтому выявления патологии кариотипа, который сегодня относят не к норме, а к «вариантам» нормы, представляется важным особенно, если причину привычного невынашивания ранних сроков выявить не удается [20].

В связи с этим мы полагаем, что цитогенетическое исследование супругов с привычным невынашиванием беременности I триместра является важной составной частью обследования. Все пациенты с особенностями кариотипа должны быть информированы, что в случае наступления беременности необходима пренатальная диагностика. Особенно это актуально для родителей в возрасте старше 35 лет.

Важной составной частью медико-генетического консультирования является оценка системы HLA супругов.

В настоящее время известно, что каждая клетка человека содержит 5-6 млн генов и каждый ген представляет собой уникальную последовательность приблизительно 1000 нуклеатидных пар. Природа транскрипции, репликации и сохранения генома человека каждой клеткой очень сложна. И чтобы природа геномане нарушилась, в организме есть в каждой клетке гены - антигены отслеживающие «свое» от «чужого» - главный комплекс гистосовместимости, один из наиболее изученных областей генома человека, с которым связывают генетический контроль иммунного ответа человека.

Главный комплекс гистосовместимости кодирует систему HLA Антигены системы HLA могут быть определены серологическими методами исследования (класс I HLA-A-B-C) и генетическими на основе ДНК-методом полимеразной цепной реакции (II класс DR,DQ DP).

На сегодняшний день в клиническую практику входит анализ потенциальных факторов риска выкидыша: отцовские хромосомные аномалии, материнские тромбофлебические, анатомические, эндокринные и иммунологические заболевания [4,5,12]. На данный момент исследован аллельный полиморфизм более 90 генов, относящихся к генной сети патологии беременности. В последнее время внимание сфокусировано на изучении генов, специфичных для функционирования плаценты (PAPPA, IGF-2, STAT3). Однако все накопленные на сегодняшний день данные о генетической составляющей генеза патологии беременности весьма противоречивы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кириллова Е.А. Цитогенетические особенности хориона при неразвивающейся беременности // Акуш. и гин., 2006, №2, с.22-24.
2. Актуальные проблемы невынашивания беременности: Цикл клинических лекций / Под ред. Сидельниковой В.М. М., 2000, 136 с.
3. Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А. Ранние сроки беременности. М., 2005.
4. Радзинский В.Е., Милованов А.П. Экстраэмбриональные и околоплодные структуры при нормальной и осложненной беременности. М., 2004
5. Мисник В.В. Генетические и иммунологические причины привычного невынашивания беременности: Автореф. дисс. ... канд.мед. наук. М., 2004.

6. Макацария А.Д., Бицадзе В.О. Тромбофилические состояния в акушерской практике. — М., 2002.
7. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. М., 2005.
8. Aldrich C.L., Stephenson M.D., Karrison T. et al. HLA - enotypes and pre- nancy outcome in couples with unexplained recurrent miscarria- e // Mol. Hum. Reprod., 2001, v.7. N 12, p. 1167-1172.
9. Bricker L., Farquharson R. Types of pre- nancy loss in recurrent miscarria- e: implications for research and clinical practice // Hum. Reprod., 2002, v. 17, N 5, p. 1345–1350.
10.Гусякова О.А., Спиридонова Н.В., Буданова М.В.,Метаболические аспекты невынашивания беременности, взаимосвязь с групповой принадлежностью крови по системе АВО // Практическая Медицина, 2011, Т. 6, N 54, с. 45 - 49.
11.Щербаков В.И. Апоптоз в трофобласте и его роль при патологии беременности // Успехи современной биологии, 2011, Т. 131, № 2, с. 145 - 158.
12.Branch D.W., Gibson M., Silver, R. M. Clinical practice. Recurrent miscarriage // N Engl J Med., 2010, v. 363, p. 1740-1747.
13.Christiansen O.B., Steffensen R., Nielsen H.S., Varming K. Multifactorial etiology of recurrent miscarriage and its scientific and clinical implications // Gynecol. Obstet., 2008, N. 66, p. 257-267.
14.Hemminki K., Xu G., Angelini S. et al XPD exon 10 and 23 polymorphisms and DNA repair in human skin in // Carcinogenesis., 2001, v. 22, p.1185-1188.
15.Jackson S.P. The DNA-damage response in human biology and disease // Nature, 2009, v 461, p. 1071-1078.
16.Kasahara M., Osawa K., Yoshida K. et al Association of MUTYH Gln324His and APEX1 Asp148Glu with colorectal cancer and smoking in a Japanese population // J Exp Clin Cancer Res., 2008, v.27, N 1, p.1-49.
17.Moslehi R., Kumar A., Mills J.L. et al Phenotype-Specific adverse effects of XPD mutations on human prenatal development implicate impairment of TFIIH-mediated functions in placenta // Evr J Hum. Gen., 2012, v.20, p. 626 - 631.
18.Rull K., Nagirnaja L., Laan M. Genetics of recurrent miscarriage: challenges, current knowledge, future directions // Frontiers in Genetics, 2012, v. 3, N 34
19.Tamura D., Khan S.G., Merideth M. et al Effects of mutations in XPD (ERCC2) on pregnancy and prenatal development in mothers of patients with trichothiodystrophy or xerodermapigmentosum// Evr J Hum Gen., 2012., v. 20, p. 1308 - 1310.
20.Tang, A.W., Quenby S. Recent thoughts on management and prevention of recurrent early pregnancy loss // Curr Opin Obstet Gynecol., 2010, v.22, p. 446-451.

Xülasə

Hamiləlik düşükləri zamanı genetik müayinələri xüsusiyyətləri

S.M.Məmmədova

Reproduktiv vəziyyət və doğuş həm fərdin, həm də ümumi populyasiyanın ən əhəmiyyətli göstəricilərindən biri hesab olunur. Anamnezdə erkən mərhələlərdə naməlum genezli hamiləlik düşükləri olduqda tibbi-genetik konsultasiya müəssisələrində və ya ixtisaslaşmış laboratoriyalarda ailə cütlüyünün genetik müayinələrinin aparılması məqsədəuyğundur. Həmin məqalədə hamiləlik düşükləri zamanı tibbi-genetik müayinələrin xüsusiyyətləri təsvir olunmuşdur.

Summary

Characteristics of genetic tests during pregnancy dusukləri

S.M.Mamedova

Reproductive condition and childbirth both the individual and the general population is considered to be one of the most important gostəriciləridən. Dusukləri early stages of pregnancy, when an unknown genezli previous history of medical institutions or specialized laboratories and genetic counseling of the family farm, it is advisable to carry out genetic tests. This article describes the characteristics of pregnancy dusukləri was in the medical-genetic examinations.

Daxil olub: 14.08.2013

«Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri» jurnalına qəbul olunan əlyazmaların tərtib edilməsi haqqında qaydalar

«Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri» jurnalında klinik təbabət məsələrinə həsr olunmuş Azərbaycan. rus və ingilis dillərində məqalələr "icmalar", «orijinal məqalələr». «praktik həkimə kömək» və «qısa məlumatlar» rubrikalarında dərc olunur. Bundan başqa jurnalda tibbin müxtəlif məsələlərinə dair elmi icmallar (əsasən redaksiya heyətinin sifarişi ilə) dərc olunur. Bütün məqalələrin məzmununa məsuliyyəti bütövlükdə müəllif özü daşıyır.

Jurnal ildə 4 nömrə olmuqla buraxılır. Jurnalda nəşr olunmaq üçün məqalələri tərtib edərkən aşağıdakı qaydaları nəzərə almaq lazımdır.

1.Məqalələrin və qısa məlumatların əlyazmaları A4 formatlı vərəqdə 1 nüsxədə və diskdə aşağıdakı şərtlər daxilində çap olunmalıdır: sətirlər arasında interval- 1.5. vərəqin sol tərəfində 3.2 sm, sağ tərəfində- 1.8 sm, aşağı tərəfində-2.8 sm, yuxarı tərəfində- 2.3 sm boş sahə saxlanılır. Məqalələr kompüterdə Windows sistemində Word proqramında azərbaycan, rus və ingilis dili Times New Roman şrifti ilə yığılmalıdır. Şriftlərin ölçüsü məqalə üçün 14, ədəbiyyat siyahısı üçün 12 olmalıdır. Əlyazmaların həcmi ədəbiyyat siyahısı ilə birgə belədir: orijinal məqalələr- 8-11 səhifə, qısa məlumatlar- 3-4 səhifə, redaktora məktub- 40 sətirdən artıq olmamaq şərti ilə. Ayrı vərəqdə məqalə haqqında qısa məlumat verilir. Bu qısa məlumatlar məqalə Azərbaycan dilində olduqda rus və ingilis dilinə (резюме. summary) və rus dillərində olduqda azərbaycanvə ingilis dilində (xülasə summary). məqalə ingilis dilində olduqda isə Azərbaycan və rus dillərində (xülasə. резюме) olmalıdır. Redaksiya heyətinə göndərillən əlyazma bütün müəlliflər tərəfindən imzalanmalıdır.

Məqalənin birinci səhifəsində məqalənin adı (böyük hərflərlə), müəlliflərin insialı və soyadı. müəssisə və şəhər göstərilməlidir.

2. İfadə dəqiq, uzun girişlərsiz və təkrarlarsız olmalıdır. Mətni giriş və işin məqsədi. material və metodlar, nəticələrə və müzakirələr, məqalə haqqında qısa məlumat (summary, xülasə, резюме) və ədəbiyyat siyahısı rubrikalarına bölmək məsləhətdir. Bütün istinad və şərhlər mətndə mötərizədə verilir. Ədəbiyyata istinadlar isə mətndə ədəbiyyat siyahısındakı verilən rəqəmlərə uyğun ərəb rəqəmləri ilə kvadrat mötərizədə verilir. Ədəbiyyat siyahısı mənbələrin istinad olunma ardıcıllığı ilə düzülməlidir, ixtisar və abreviaturalar mətndə ən azı bir dəfə açıqlanmalıdr.

İstənilən rəqəm materialını kiçik cədvəl şəklində vermək olar. Cədvəllərdə sütunların sayı 6-dan artıq olmamalıdır. İllüstrasiyaların (qrafik, diaqramm, foto və şəkil) ümumi həcmi 160X160 sm ölçülü kvadrat sahədən artıq olmamalıdır.

3. Ədəbiyyat siyahısı məqalənin mətnindən dərhal sonra verilir. Ədəbiyyat birinci müəllifin soyadına əsasən əlifba sırası ilə düzülür. Müəlliflərin sayı 3-dən çox olduğu halda 3 müəllifin adı yazılır sonra «və b», «i dr.», «et al» işarələri qoyulur. Jurnalda dərc olunan məqalələrin adı tam göstərilir. Sonra mənbələrin adı verilir. Mənbə kitab və ya topludan ibarət olduqda mənbənin qarşısında bir yan xətt (/), jurnaldan ibarət olduqda iki yan xətt (//) qoyulur. Mənbənin adından sonra ili. Nömrəsi, məqalənin dərc olunduğu birinci və sonuncu səhifələr verilir. Dissertarsiyalara istinadlar vermək düzgün deyil. Məqalələrdə istinadların maksimal sayı aşağıdakı kimi olmalıdır: icmallarda-50 istiand, orijinal məqalələrdə- 20 istinad. qısa məlumatlarda- 10 istinad, redaktora məktubda -2 istinad.

4. Redaksiya heyətinin çap olunan materialı onun həcmindən asılı olmayaraq qısaltmağa və onun üzərində düzəlişlər aparmağa səlahiyyəti var. Jurnalda qəbul olunmayan əlyazmalar müəllifə ancaq onun xahişi ilə qaytarıla bilər.

Əlyazmalar AZ 1122. Azərbaycan Respublikası. Bakı ş.. Şərif-zadə küçəsi. 196 «Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri» jurnalının redaksiyasına təqdim edilməlidir.

Jurnal ilə bağlı məsələlərlə əlaqdar olaraq qeyd olunan ünvana müraciət və (99412) 4346210 telefonuna zəng etmək olar.

2013-cü ildə "Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri" jurnalında dərc olunan məqalələrin əlifba-müəllif göstəricisi

Алфавитно-авторский указатель статей, опубликованных в журнале «Современные достижения азербайджанской медицины» за 2013 год

İCMALLAR- ОБЗОРЫ

Ağayev B.A., Musayev X.N., Mustafayeva M.F., Məmmədov N.İ. Kəskin paraproktitin klinikası, diaqnostikası və cərrahi müalicəsinin müasir durumu, №2, s.30

Bağırova H.F., Rüstəmli Ü.G.Boru faktorlu sonsuzluğun etiologiya, diaqnostika və korreksiyasi, №2, s.36

Əliyeva S.A.Yarımçıq doğulmuş və ekstremal az çəkili uşaqları qidalandırma xüsusiyyətləri və qida rasionun tərkibi, №1, s.6

Hüseynov N.M., Quliyev M.D. Burun udlaq badamciğının (adenoid) hipertrofiyası zamanı cərrahi müalicənin həllinə müasir baxış, №1, s.34

Xanməmmədova S.Q., İsayev İ.İ. Uşaqlarda metabolik sindromun klinik, metabolik aspektləri, №1, s.31

Mahalov Ş.İ., İsayeva N.C., Mehdiyeva Ş,N.Katamenial epilepsiyanən neyroendokrin aspektləri, №4, s.16

Məmmədova N.A., Həsənov C.Ə., Cəfərli R.E. Kəskin pankreatitin müalicəsində qastrointenstinal ağırlaşmaların profilaktikası və müalicəsi, №3, s.15

Mohammed Reza Massahi Khosrowshahi A comparative study of the fracture strength of dental porcelelains, №4, c.11

Kamilova N.M., İsgəndərova V.E. Uşaqlıq boynu patologiyalarının etiologiya və patogenezinə müasir yanaşma, №2, s.21

Qulamova S.RDərin yarımçıq doğulmuş və az çəkili uşaqlara qulluğun əsas prinsipləri, №1, s.23

Quliyev C.N., Yargıç İ.L.Madde bağımlılığı tedavisinde başarıyı öngören faktörler, №3, s.27

Quliyev C.N., Yargıç İ.L. Opiyat bağımlılığında yerine koyma (sürdürüm)tedavileri, №2, s.26

Rəcəbova F.O.Atrial natrium-uretik peptidin bioloji təsir xüsusiyyətləri, №2, s.8

Sədiyeva N.A.Yardımçı reproduktiv texnologiya ilə assosiasiya olunmuş perinatal risklər, №1, s.3

Алиев А.Н., Джафарова Ш.Д. Применение ультразвука в эндодонтии, №3, с.32

Алиева С.М. Актуальность проблемы диабетических микроангиопатий, №1, с.27

Ахундова Н.Н. Хронический эндометрит. современные представления об этиологии и патогенезе хронического эндометрита, №2, с.14

Ахундова Н.Н.Диагностика и лечение трубно-перитонеального бесплодия, №1, с.11

Бахшиев Б.Э., Байрамов Г.М.Использование ультразвуковых методов исследований в пренатальной диагностике врожденных пороков центральной нервной системы и пороков развития сердечно-сосудистой системы плода, №4, с.6

Ватанха С.С., Фархадзаде К.Б.Некоторые современные методы диагностики рака молочной железы – маммография и УЗИ, №3, с.21

Мамедов М.К.К 40-летию визуализации и идентификации вируса гепатита А, №3, с.3

Мамедов М.К. Об оккультном вирусном гепатите В, №4, с. 3

Мамедов М.К.К 100-летию открытия бактериофагов, №2, с.3

Саидова Ф.Х., Ахмедова Л.М. Аутоиммунные заболевания и апоптоз, с.19

ORİJİNAL MƏQALƏLƏR-ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Abdullayev İ.Ə., Tarverdiyev M.N. Yayılmış peritonitlərin kompleks müalicəsi zamanı immun status və sitokin profili göstəriciləri pozğunluqlarının ozonlaşmış perftoran və immunomodulyator qlutoksimlə tənzimlənməsi, №3, s.204

Abdullayev R.M., İsmayılova R.İ. Azərbaycan ərazisində yerləşmiş taunun təbii ocaqlarının landşaft və ekoloji-epizootoloji xüsusiyyətləri, №2, s.89

Abdullayev R.M., İsmayılova R.İ.Azərbaycan Respublikasi ərazisində yerləşən təbii ocaqlardakı taun törədicilərinin biologiyasının və sirkulyasiya şəraitinin xüsusiyyətləri, №3, s.37

Abuşov B.M., Səmədov Ə.Ə., Əskərov F.B., Səfərov M.İ. Paradoksal yuxu deprivasiyası dayandırıldıqdan sonra hippokampin SA1 sahəsində aksodendritik sinapsların ultrastrukturunun bərpası , №3, s.39

Alkişiyev K.S., Məmmədov F.Y., Musayev C.S., Səlimov R.İ. Bioloji neytral preparatlarin reperativ proseslərə təsirinin eksperimental öyrənilməsi, №3, s.148

Бабаханов И.С.ДИН щцгуг-мцщафизя органларынын щяйат кейфиййятинин юйрянилмяси, №1, s.41

Baghirzade M.M.Ovulasyon ındüksıyonunda kullanılan klomıfen sıtrat ve gonadotropınlerın uterusun epıtel, endometrıyum ve tüm organın duvar kalınlığına olan etkısının araştırılması ve ıstatıstıksel olarak karşılaştırılması, №1, s.109

Baghirzade M.M. Ovulasyon indüksiyonu için kullanılan klomifen sitrat ve gonadotropinlerin kullanımı sonrasında uterusta c-fos protoonkogenin immunohistokimyasal yöntemle belirlinmesi, №3, s.82

Bağırov Ə.Ə.Subtropik rayon əhalisi arasında diş sırası defektlərinin topoqrafiyası və diş protezləməsinə ehtiyacı, №1, s.148

Bağırov İ.Ə., Vəlizadə B.B.Azərbaycanda yeniyetmələr və gənclər arasında kəskin limfoblast leykozun müqayisəli xarakteristikası, №2, s.77

Bağırova A.B., Naibov N.N.Apteklərdə əczaçı-magistrin məsləhətçi kimi rolunun zəruriliyi, №4, s.132

Bağırova H.F., Qədimova Ş.Q. Böyrək patologiyali hamilələrdə doğuş yollarının mikrobiosenozunun xarakteristikası, №3, s.88

Bağırova H.F., Həmzəyeva S.E.Arterial hipertenziyası olan hamilə qadinlarda ciftin koaqulyasiya hemostazının vəziyyəti, №4, s.62

Cavadzadə V.N., Muxtarov M.M. Bağırsaq disbiozunun kompleks müalicəsində simbiotiklərin tətbiqi, №1, s.75

Cavadzadə V.N. Bağırsaq disbiozlu xəstələrin mikrobioloji və immunoloji aspektləri, №2, s.114

Əhmədov F.Ə. Sidik qaçırması olan xəstələrdə yaşlanmanın sidik kisəsi həcminə təsirinin öyrənilməsi, №3, s.192

Əliyev T.Y., Muradov H.K.Hamiləliyin fizioloji gedişatında parodontitlərin kliniki-morfoloji xüsusiyyətləri, №1, s.205

Əliyev R.R., Şirəliyeva R.K.Insult və onun risk amillərinin yayılmasının cinsə görə fərqləri, №3, s.121

Əliyeva G.B.Yüksək texnoloji stomatoloji yardım zamanı fəsadlaşmalar haqqında, №4, s.141

Əliyeva T.R. Anafilaktik şok, Artyus fenomeni zamanı qanda və limfada bəzi immun göstəricilərinin, litium mikroelementinin miqdarının dəyişikliklərinin və allergik mediatorların qatılığının müqayisəli təhlili, №3, s.102

Əliyeva L.F.Yenidoğulanlarda hemolitik xəstəliyin inkişafinda risk faktorlarının rolu, №3, s.58

Əliyeva Ş.N. B və C viruslu hepatitli hamilə qadınlarda əsas epidemioloji və immunoloji göstəricilərin xüsusiyyətləri, №2, s.152

Əliyev Ş.H., Baxşəliyev Z.F.Kriptoqlandulyar fistullarda diaqnostik alqoritm, №4, s. 67

Əmrahov İ.Ə., Mahmudov F.M.QİÇS-in „kazuistik" müalicəsinə dair, №4, s. 64

Əmrahova L.Q.Ürək-qan-damar xəstəliklərinin bəzi yeni risk faktorları haqqında, №3, s.214

Gasanova M., Bakhtiyarova L.The possibility of using of local radiation by light of helium-neon laser in complex treatment of chronic kidney diseases proceeding against hyperurikemia, №4, p.125

Gülməmmədova Ç.V.Sonsuzluğun forma və səbəblərindən asılı servikal mayenin mikrobiosenozunun xüsusiyyətləri, №3, 164

Ibrahimova G.H., Əliyeva A.C.Reanimasiyadan sonrakı bərpa dövründə limfada bəzi fermentlərin aktivliyinin və qaraciyərin histo-kimyəvi göstəricilərinin öyrənilməsi, №1, s.54

İmanova S.S.Qadınlarda çanaq dibinin sallanmasının kliniki əlamətləri, korreksiya metodları, №1, s.133

İsayev İ.İ., Muradova G.Ə., Fətəliyeva M.M., Mustafayeva A.İ. Diferensə olunmayan birləşdirici toxuma displaziyası sindromu olan uşaqlarda ürək ritminin variabelliyinin dövrü parametrləri, №1, s.96

İsayev H.B., Manafov S.S., Əliyeva N.Z.Xroniki kolostazın klinikasının və diaqnostikasının xüsusiyyətləri, №2, s.44

İsayev H.B., Əliyeva A.M. Qeyri-spesifik xorali kolitin H.pylory-nin invaziya səviyyəsinə təsiri, №4, s. 135

İsayev C.İ., İsmayılova N.N., Məmmədova N.H. Azərbaycanda becərilən çin aktinidiyasinin (*actinidia chinensis* l.) meyvələrinin polisaxarid tərkibinin tədqiqi, №2, s.109

İsayev C.İ., İsmayılova N.N.Azərbaycanda becərilən Çin aktinidiyasi (*actinidia chinensis* l.) bitkisinin farmakoqnostik tədqiqi, №3, s.68

İsayev İ.İ., Xanməmmədova S.Q., Mustafayeva A.İ.Uşaqlarda ürəyin kiçik anomaliyaları, №1, s.45

İsayev İ.İ., Mustafayeva A.İ., Musayev S.N., Fətəliyeva M.M. Birləşdirici toxumanın displaziyası sindromu olan uşaqlarda aritmiyanın növündən asılı ürək ritminin variabelliyinin dövrü parametrlərinin dəyişməsi, №4, s.160

İskəndərov E.A. Qaraciyərin rezeksiya və transplantasiyası zamanı reperfuzion sindromun eksperimental-kliniki əsaslandırılmış profilaktika və müalicəsi üsulları, №4, s.31

İsgəndərov F.İ., İsgəndərov N.Ə. Babasilin müalicəsində müxtəlif əməliyyat üsullarının yaxın və uzaq nəticələrinin müqayisəli təhlili, №4, s. 74

Hacıyeva A.S., Qaradağı İ.D.Perinatal asfiksiya keçirmiş yenidoğulanlarda poliorqan zədələnmələri zamanı osteogenez markerlərinin klinik əhəmiyyəti, №3, s.116

Hacıyev Y.V., Qurbanov A.İ. *Trichomonas Vaginalis* ştammlarının bəzi antiparazitar preparatlara *in-vitro* həssaslığı, №3, s.196

Həsənova M.K., Hüseynzadə V.O., Təhmazi X.M., Əmirova A.F., Heydərova K.A. Hamiləliyin hipertenziv vəziyyətlərinin profilaktikası və erkən diaqnostikasının immunoloji aspektləri, №1, s.60

Hüseynova T.H., Əliyev T.Y., Bağırova H.F. Erkən toksikozu olan hamilələrdə kariyesin yayılma intensivliyinin xüsusiyyətləri, №4, s.84

Hüseynzadə R.T. Qax rayon əhalisi üzrə sidik daşlarının mineral tərkibləri və onların yaş qrupları arasında təhlili, №1, s.64

Hüseynov B.O. Siçanlarda bakterial lipopolisakkarit və Esçeriya coli ilə əmələ gətirilən prostatit üzərində melatoninin təsiri, №1, s.169

Hüseynova G.A. Postnatal ontogenezin müxtəlif yaş dövrlərində sidik kisəsi vəziləri və limfoid törəmələrinin mikrotopoqrafik xüsusiyyətləri, №1, s.100

Hüseynova N.M., Əzizov N.V. Uşaqlarda mikrobiosenoz pozulmaları zamani rotabiotikin tədbiqinin kliniki effektliyi, №2, s.125

Xəlil- zadə R.S., Etibarlı S.A., Hepgül K.T. Kiari anomaliyasının cərrahi müalicəsinin nəticələri, №4, c.188

Xudiyeva G.Z., Əliyeva E.M. Böyrək və sidik yollarının iltihabi xəstəlikləri olan qadınlarda patogenetik müalicə fonunda hamiləliyin gedişatı, №4, s.97

Kamilova N.M., İsmayılova S.M. Kiçik çanaq orqanlarinin papillomavirusu olan qadınlarda hamiləliyin və doğuşun aparılmasna müasir yanaşma, №2, s.149

Kamilova N., Əliyeva Y.Uşaqlıq mioması olan xəstələrin əsas klinik- laborator göstəricilərinin təhlili, №3, s.225

Kərimova R.C., Hacıyeva G.Y. Xlorid (HCl) turşusu buxari ilə xroniki zəhərlənmə zamanı qanda lipid peroksidləşməsinin vəziyyəti, №1, s.90

Qasımzadə İ.T. Doğuş yollarının yumşaq toxumalarının mamalıq travmatiminin yaxın və uzaq ağırlaşmaları, №1, s.190

Qəniyeva G.M. Toksik zob zamani qalxanabənzər vəzin parenximasının morfo-funksional xüsusiyyətləri, №4, s. 38

Quliyev M.D.Endoskopik adenoidektomiya və "standart" adenotomiyanın effektivliyinin müqayisəli təhlili, №3, s.173

Mahmudov R.M., Məmmədov V.Ş., Əliyev E.R. Ürəyin işemik xəstəliyinin risk amillərinin qanda iltihabi mediatorların səviyyəsinə təsiri, №2, s.119

Mahmudov R.M., Məmmədov V.Ş., Əliyev E.R. Müxtəlif yaş qruplarında olan sabit stenokardiyalı xəstələrdə qanda iltihabi mediatorların bazal səviyyəsi, №1, s.126

Mahmudov R.M. Qanda iltihabi mediatorların səviyyəsi ilə xəstəxanada qalma müddəti arasında olan qarşılıqlı əlaqə, №4, s. 52

Manafov S.S., Qasımzadə G.Ş., Məmmədov P.S.Спленектомийадан сонра аьырлашмаларын профилактика yolları, №1, s.128

Məlikov A.Ə., Abdullayev R.F., Hüseynova R.R., Səfərova N.F., Qaraməmmədli S.Y. Sabit gərginlik stenokardiyası olan xəstələrdə EKQ-nin holter monitorlanması zamanı l-argininin antiişemik əsirinin öyrənilməsinin nəticələri, №2, s.53

Məmmədov Ə.M., Vəliyev N.Ə., İsmayılov V.F.Intraabdominal infeksiyaların kompleks müalicəsində 1,5 % reamberin məhlulunun tətbiqi, №2, s. 85

Mehralıyeva S.C., Yarba İ., Əmirəliyeva T.Ə. Vərəmum əsasında yeni dərman vasitələrinin hazırlanması və antimikrob fəallığının tədqiqi, №2, s.56

Musayeva M.N. Submukoz miomaların uşaqlıq faktorlu sonsuzluğun strukturunda rolu, №2, s.162

Mustafayev İ.İ., Mustafayeva R.M. Hipotireozu olan xəstələrdə antioksidant və intoksikasiya göstəricilərinin dinamikasına N-asetilsisteinin təsiri, №2, s.106

Mustafayev İ.İ., Mustafayeva R.M. Hipotireozu olan xəstələrin müalicəsində lipidlərin peroksidləşməsi və antioksidant müdafiəsinin bir sıra göstəricilərinə n-asetilsisteinin təsiri, №3, s.132

Mustafayeva N.A.Göz yuvasıüstü və göz yuvasıaltı dəliklərin topoqrafik və ölçü göstəricilərinin yaş xüsusiyyətləri, №4, s.87

Mürsəlova Z.Ş. Südəmər yaşlı uşaqlarda bronx-ağciyər displaziyası zamanı matriks metalloproteinazaların və apoptoz parametrlərinin səviyyəsi, №4, s.153

Namazov N.C. Respublikanın fiziki coğrafi bölgələrində qansoran ağcaqanadların (diptera, culicidae) gecə-gündüz və mövsüm ərzində fəal hücumunun öyrənilməsi, №4, s.175

Nəsrullayeva G.M., Sultanova N.H., Axundova D.K., Mircavadli R.M. Düyünlü periarteriitin klinik və immunoloji xüsusiyətləri, №1, s.48

Nəsrullayeva G.M., Məmmədova V.R., Şahsuvarova S.H. Talassemiya daşıyıcısı olan xəstələrdə birincili immun çatışmazlıq vəziyyətinin aşkarlanması, №3, s.97

Nəsrullayeva G.M., Quliyeva N.M., Fərəməzov A.A., Məmmədova V.R.Di-Corci sindromu, №4, s.41

Orucova L.A., Tağızadə R.K., Rüstəmov R.Ş. Talasemiyalı xəstələrdə posttransfuzion B və C virusu hepatiti, №1, s.145

Orucov Z.V., Səfərov A.M., Məmmədov F.Y. İstehsalat faktorlarının əsas stomatoloji xəstəliklərin yayılması və intensivliyinə təsiri, №1, s.162

Orucov Ə.V., Məmmədov F.Y., Əliyeva Ü.R. Müxtəlif istehsalat şəraitində çalışan insanlar arasında parodont xəstəliklərinin yayılması, №2, s. 91

Rasulzade Z.I., Malakmadze N., Ismayilova R.I., Asadova S.T., Maes Ed, Thomas Rush Epidemiological features of brucellosis among human in Azerbaijan, №4, p.101

Rəhmanov Z.K., Xəlilova B.M., Qədimova E.V., Qafarlı G.A.Ürəyin mikroanomaliyaları olan uşaqlarda miokardın və kardiohemodinamikanın xüsusiyyətləri, №1, s.106

Rustamli U.G. Salpingit zamanı lazer terapiyasının tətbiqi, №1, s.87

Rüstəmova H.M. Qulaq, burun, boğaz xəstəlikləri ilə əlaqədar əhalinin ambulator-poliklinika müəssisələrində otorinolarinqoloqa müraciətlərin səviyyəsi, №1, s.79

Rüstəmova, X.R. Əfəndiyev A.M., Həsənov R.Ə. β-qlükuronidaza fermentini inhibisiya edən şiff əsasli tiazol birləşmələrinin skrininqi və ic_{50}-sinin öyrənilməsi, №2, s.115

Rzaquliyeva L.M., Gülməmmədova Ç.V.Azərbaycan populyasiyasında urogenital infeksiyaların qadın sonsuzluğunun risk amili kimi rolu barədə, №2, s.81

Rubinchik S.M., Karlyshev A.V.Study of the campylobacter jejuni's gene involved in bacterial cell morphology determination, №1, p.38

Rubinchik S.M., Seddon A.M., Karlyshev A.V.Interaction of glycoprotein producted by campylobacter jejuni with an analogue of host cell receptor, №4, p.24

Rzayev R.S.Müalicə prosesində xronik prostatit ilə xəstələrdə immunoloji göstəricilərin dinamikası, №3,, s.113

Sadıqov R.V.Klinik-diaqnostik laboratoriyalarda beynəlxalq menecment sistemində keyfiyyətə nəzarətin tətbiqində problemlər, №4, s.106

Сяфяров А.М., Оружов Я.В., Исмайылов Д.И. Мцхтялиф истещсалат мцяссисяляриндя чалышан щейятин пародонт тохумаларынын вязиййятинин гиймятляндирилмяси, №3, s.94

Səfərov A.M., Babayev E.E., Hacıyev C.Q. İdmançılarda ağız boşluğu selikli qişasının və dişlərin sərt toxumalarının vəziyyətinin qiymətləndirilməsi, №4, s.121

Səfərov A.M., Şahmuradov R.R., Məmmədov F.Y., Alkişiyev K.S. Bioloji neytral preparatların ağız boşluğunun immunoloji göstəricilərinə təsirinin qiymətləndirilməsi, №4, s.58

Səhrətov N.X.Ahıl və qoca yaşli xəstələrdə qasıq yırtığının cərrahi müalicəsinin müasir aspektləri, №3, s.154

Şahmuradov R.R., Məmmədov A.M. T.transcavcazicus bitkisinin protez istifadə edən şəxslərin ağız boşluğunun mikrobiosenozuna təsiri, №3, s.159

Şirəliyeva R.K., Бабаханов И.С.Дахили ишляр органларынын ямякдашларында бел-бцздцм радикулопатийасынын бязи
мясяляриня даир, №2, s.47

Talışinskaya M.B. Reanimasiyadan sonrakı dövrdə limfadrenajın pozulmasında immun mexanizmlərin rolu, №4, s. 71

Tağı-zadə R.K., İbrahimova G.V., Əzimova A.A., Quliyeva N.Ə. KIR genlərin virus hepatit B və C ilə həssaslığının assosiativ qarşılıqlı əlaqəsi, №2, s.50

Vahabova Ş.B., Əliyeva E.M.Istmik-servikal çatışmazlığın risk amillərinin tezliyi və cərrahi korreksiyanın effektivliyi, №2, s.61

Vəliyeva M.N., Ağayeva M.H.Biyanın əsasinda sedativ təsirli müalicəvi kompozisiyalarının işlənməsi, №1, s.136

Verdiyev F.V., Гулийев Я.М., Verdiyev V.Q. Sümük kistalarinin cərrahi mualicəsində keramik hidrooksiapatitin tədbiqinin nəticələri və perspektivləri, №3, s.188

Yusif-zadə K.R. Müxtəlif yaş qruplarında öd yollarının əməliyyat müddətlərinin statistik araşdırılması, №2, s.127

Yusif-zadə K.R. Yaş və cinsə görə öd yolları patologiyalarının yayılmasının xüsusiyyətləri, №3, s.91

Yusif-zadə K.R. Müxtəlif öd yolları patologiyalarının yaşa görə rast gəlinməsi xüsusiyyətləri, №4, s.55

Yusubov A.M. Xroniki duodenal keçməməzliyin diaqnostikasında təkmilləşdirilmiş manometriyanin tətbiqi, №1, s.57

Аббасова З.В., Багирова Х.Ф. Применение нафталановой нефти для коррекции гормональных нарушений у больных с недостаточностью функции яичников. №1, с.187

Абдуллаев Р.М., Исмайлова Р.И.Заслуженные врачи противочумной службы Азербайджана, №4, с.27

Абдуллаев Р.М., Исмайлова Р.И., Шихалиева Ш.Т. Современное состояние эпидемиологического надзора за чумой, №4, с.138

Абдуллаев Р.М., Мамедов М.К. Об организаторах и руководителях противочумной службы Азербайджана, №3, с.48

Абдурагимов А.Р.Заболеваемость и смертность раком пищевода в южном регионе Азербайджанской Республики, №1, с.115

Агаева Р.Б.Обеспеченность населения Азербайджанской Республики офтальмологическими койками, №4, с. 94

Алиева Г.З. Факторы риска заражения гепатитом в среди населения Азербайджана, №1, с.93

Алиев Д.А., Мадатова В.М.Эпидемиология рака тела матки в Губа-Хачмазском экономическом регионе Азербайджанской Республики, №3, s.125

Алиева Н.Ш., Мирбагирова Д.Д. Распространенность ожирения -у пациенток с гиперандрогенией, №3, с.128

Алиев Д.А., Мараднлы Ф.А., Зейналова У.А.Эпидемиология рака шейки матки в Гянджа-Газахском экономическом регионе Азербайджанской Республики, №3, с.66

Аскеров Н.А., Марданлы Ф.А., Абдуллаев А.А. Динамика заболеваемости опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны в Азербайджанской Республике, №3, с.44

Ахундова Н.Н. Роль гистероскопии в сочетании применения лапароскопической техники у женщин с различными формами бесплодия, №3, с.78

Бабабейли Э.Ю. Лапароскопическая спленэктомия кисты селезенки, №4, с.45

Бабабейли Э.Ю., Мустафаева И.Р., Джифтчи Э., Бабабейли Н.Э.Успешное лечение эхинококка органов брюшной полости малоинвазивными методами под УЗИ, №3, с.209

Багирова С.К., Шамсадинская Н.М.Материнская смертность при эмболии околоплодными водами за 10 лет по г.Баку, №1, с.195

Багирова Х.Ф., Мамедова М.Н.Изменения в иммунной системе женщин-работниц Гянджинского авиаремонтного предприятия, №4, с. 48

Багирова С.К., Шамсадинская Н.М. Ятрогения как причина материнской смертности по г. Баку за 10 лет, №4, с.148

Гаджиева Н.А. Современные аспекты патогенеза бронхиальной астмы у детей, №1, с.83

Гаджиев Н.Дж. Лимфогенные методы детоксикации в лечении эндогенной интоксикации при распространённом перитоните, №1, с. 140

Гамзаев М.А. Влияние семейно-брачного статуса и частоты репродуктивной обращаемости женщин на эффективность планирования семьи, №1, с.121

Гулиева Г.А., Сулейманова И.Дж., Берна Кошар Распространение E coli O 157:H7 в сточных водах и совершенствование методов их индикации, №1, с.193

Гусейнов Э.Ф.Использование комбинированного медикаментозного лечения больных мужчин с хроническими воспалительными заболеваниями мочеполовой системы, №4, с.169

Деговцов Е.Н., Возлюбленный С.И.Значение троакарной лапароскопической фиброхолангиоскопии и литоэкстракции в хирургии холецистохолангиолитиаза, №4, с.79

Джафарова Р.Э., Полухова, Ханум Айдын кызы Моделирование аллоксаном скрытой формы сахарного диабета, №2, с.135

Ибрагимова С.М. К характеристике общих биологических (культурно-морфологических и биохимических) свойств штаммов B. anthracis, выделенных из почв Азербайджана, №4, с.157

Искендеров Э.А. Информативность лазерной допплеросонографии при оценке эффективности предварительной ишемической подготовки печени для профилактики и лечения реперфузионного повреждения, №1, с.199

Исаев Г.Б., Алиева Э.А., Мамедов А.А., Рахмани С.А., Идрисов Ф.С.Особенности диагностическо-лечебного алгоритма при механической желтухе сопровождающейся поражением поджелудочной железы, №2, с.144

Кабулов Г.Г. Факторы, влияющие на распространенность аллергического ринита у детей в различных странах мира, №1, с.117

Камилова Н.М., Абдуллаева Н.Я.Состояние процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы защиты у беременных с угрозой развития преждевременных родов, №4, с.184

Кафаров К.К. Особенности распространённости и интенсивности поражения зубов и пародонта у работников министерства внутренних дел, №1, с.183

Лятифова Л.В. Профилактика острого панкреатита после радикальных операций по поводу рака желудка, №1, с.176

Мамедова М.Н. Оценка показателей сексуального здоровья работниц авиаремонтного предприятия, №3, с.141

Манак Т.Н. Современные подходы к эндодонтическому лечению, №1, с.151

Манак Т.Н., Чернышёва Т.В., Сушкевич А.В., Кузьменков М.И. Анализ свойств материала на основе минерал триоксид агрегата «Рутсил», №3, с.135

Меджидов З.А. Колоректальные анастомозы при лечении ранних форм рака прямой кишки, №1, с.71

Микаилов У.С., Бунятов М.О.Диагностика асфиксии от обтурации дыхательных путей твердыми инородными телами, №2, с.103

Мусаева Н.М. Дооперационная подготовка и гистерорезектоскопия у женщин с субмукозной миомой матки, страдающих бесплодием, №4, с.144

Мустафаев И.А., Аллахвердиева Л.И., Богданова А.В. Сравнительная характеристика состояния эндогенной интоксикации и процессов перекисного окисления липидов при болезнях мелких бронхов у детей, №2,с.40

Мустафаев И.А.Преимущества компьютерной томографии в диагностике болезней мелких бронхов у детей, №3, с.200

Мустафаев И.А., Искендерова А.Н., Аллахвердиева Л.И., Богданова А.В. Клинические и функциональные особенности течения бронхообструктивного синдрома при хронической бронхолегочной патологии у детей, №4, с.90

Нагиева Н.М., Мамедов М.К. Применение лекарственных препаратов на основе ингибиторов вирусных ферментов, как возможность совершенствования этиотропной терапии больных вирусным гепатитом С, №1, с.52

Наджафов Р.А., Овденко А.Г., Богданов А.Н. Нерешенные вопросы лечения пронационных переломов области голеностопного сустава, №1, с.165

Наджафов Р.А., Овденко А.Г., Богданов А.Н. Интерпозиция связок межберцового синдесмоза при переломе дюпюитрена, №2, с.130

Намазова А.А., Мамедова Ф.М.Нарушения ритма и проводимости у детей при соединительнотканной дисплазии сердца, №3, с.74

Новрузова М.С., Гурбанов Я.З., Мирзазаде В.А.Коррекция метаболических нарушений и оценка состояния гемодинамики по данным суточного мониторирования артериального давления у больных артериальной гипертонией и сахарным диабетом типа 2 в сочетании с метаболическим синдромом на фоне терапии моксонидином, №4, с.115

Рагимова Н.Д., Ализаде С.Э. Клинико-эхографическая характеристика состояния органов мочевыводящей системы у новорожденных с перинатальной инфекцией, №2, с.71

Рахманов З.К., Халилова Б.М., Гадимова Э.В., Гафарлы Г.А. Характеристика некоторых параметров биоэлектрической стабильности миокарда у детей с малыми аномалиями сердца, №2, с.94

Рзаева А.Д. Общая заболеваемость по обращаемости железнодорожников различных профессиональных группах, №4, с.165

Сабадош Р.В. Частота и особенности тромбоза глубоких вен при остром варикотромбофлебите нижних конечностей, №4, с.178

Саидова Ф.Х., Мамедбекова Г.М. Морфологическая характеристика папиллярной микрокарциномы щитовидной железы, №3, с.109

Самедова С.А. Влияние изменений функции надпочечников на свертываемость крови и лимфы при экстремальных состояниях, №2, с.138

Сафарова Н.Г. Результаты исследований влияния ядерных веществ на здоровья детей некоторых районов Семипалатинской области, №3, с.220

Сафарова Н.Г. Влияние ядерных испытаний на состояние здоровья детей некоторых районов семипалатинской области, №2, с.159

Устун Н.М. Эпидемиологическая обстановка по бруцеллезу в Азербайджане за 2010-2012 годы, №3, 145

Чернозуб А.А. Влияние режимов физических нагрузок на организм нетренированных и подготовленных юношей занимающихся атлетизмом, №1, с.156

Чернозуб А.А. Морфофункциональные реакции организма культуристов в условиях разных режимов физической нагрузки, №2, с.65

Чернозуб А.А. Особенности функционального состояния организма нетренированных юношей в условиях острой силовой нагрузки, №4, с.110

Шамсадинская Т.А. Патофизиология хронических заболеваний вен, №1, с.203

Шамхалова И.А. Характерные морфофункциональные признаки плаценты при фетоплацентарной недостаточности, №3, с.61

Шахвердиев А.К., Антонив В.Ф., Пушкарь И.С. Значение снижения слуха в диагностике заболеваний глотки, №2, с.99

Эфендиева М.Э. Дифференциальная диагностика нормотензивной глаукомы, №3, с.53

PRAKTİK HƏKİMƏ KÖMƏK – ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Гурбанова Э.В. Комплексный подход к терапии муковисцидоза, №4,

Quliyeva K.D., Qurbanova C.F., Hüseynova L.Ə., Aslanova Ü.K., Hüseynova V.A. Elip 12 kompleks göstəricilərinin dəyişikliklərinin boru peritoneal faktorlu sonsuzluğu olan qadınlardadiaqnostik əhəmiyyəti, №4, s.195

XRONİKA- ХРОНИКА

Mir-Qasımov Mir Abdulla Mir Ələskər oğlu, №4, s.204
Şirəliyeva R.K. Zəhra xanım Salayeva, №1, s.209
Исмайлов А.Ш., Абдуллаев Р.М., Мамедов М.К. Памяти Сала Джамиль оглы Мамедова-эпидемиолога и организатора эпидемиологической службы Азербайджана

MÜNDƏRICAT

İcmallar- обзоры

О проблеме глобальной эрадикации антропонозных вирусных инфекций и обозримые перспективы ее решения в отношение полиомиелита
М.К.Мамедов, А.Э.Дадашева, А.А.Кадырова
Растения Азербайджана – новые источники биологически активных веществ и лекарственных препаратов
Д.Ю. Юсифова, И.С. Мовсумов
Современные аспекты подхода к нарушенияя родовой деятельности
И.А. Шамхалова, С.Ч.Кулиева
Cavan qadınlarda ürəyin işemik xəstəliyinin risk amilləri və diaqnostikasının müasir aspektləri
M.C.Sultanova

Orijinal məqalələr-Оригинальные статьи

Qaraciyərin qisa müddətli işemiyası zamanı zülal mübadiləsində baş vermiş dəyişikliklərin patogenezində antioksidant müdafiə sisteminin rolu
R.C.Kərimova
Зависимость риска смертности от температуры воздуха в условиях города Баку
А.К.Мамедбейли

Aorta-koronar şuntlama əməliyyatından sonrakı ağirlaşmalar ilə qanda iltihabi mediatorların səviyyəsi arasında olan qarşılıqlı əlaqə

R.M.Mahmudov

Qaraciyərin xoş- və bədxassəli yeni törəmələrinin kompüter tomoqrafiya üsulu ilə diaqnostikası

Ə.S.Əsədov

Результаты исследования по выявлению уронефрологических заболеваний у детей раннего возраста

С.Т. Валиева, А.И. Гасанов, М.С.Караханова

Влияние неблагоприятных факторов производственной среды на течение и распространенность гинекологических заболеваний среди женщин-работниц авиаремонтного предприятия

М.Н.Мамедова

Влияние трансплантации мезенхимальных стволовых клеток на регенераторную активность печени при цирротическом ее поражении (экспериментальное исследование)

Р.Э.Джафарли

Изучение влияния условий климатоэкологических зон Азербайджана на токсиногенную активность продуцентов афлатоксинов в зерновых и бобовых культурах, выращенных на территории Азербайджана в период с 2009 - 2011 гг.

Г.М.Сеидова

Острые нейроинфекции с позиций невролога и инфекциониста

Т.Ш.Мамедова

Криодеструкция с локальной СВЧ – гипертермией в комплексном лечении злокачественных эпителиальных опухолей полости рта

В.Х. Самедов, В.Д. Захарычев, О.А. Мосин, Д.Н. Руденко

Hemodializ müalicəsi alan xəstələrdə ağız suyunun kimyəvi tərkibində baş verən dəyişikliklər və onların praktik sağlam insanlarla müqayisəsi

O.S.Seyidbəyov, İ.M.Həmidov, C.Ə.Babayev, S.Z.Əliyev, F.M.Şirinov

Aybaşı ləngiməsi zamanı və erkən hamiləlikdə ultrasəs müayinəsinin xüsusiyyətləri

S.Ş. Məmmədova, A.H. Məmmədova, E.M. Əliyeva, N.Ş.Əliyeva

Yayılmış irinli peritonit zamanı lipidlərin peroksid oksidləşməsinin və antioksidant sisteminin bəzi göstəricilərinin dinamikası

Ə.M. Məmmədov, Ş.X. Əliyev, C.N. Ramazanov, M.M.Abdullayev

Bətndaxili inkişaf ləngiməsi olan yenidoğulmuşlarda adheziya molekulları və böyrək funksiyasının qiymətləndirilməsi

P.Ə. Orucova, A.A. Axundova, S.Ş. Həsənov, S.A. Hüseynova, S.M. Ələsgərova, S.N. Muxtarova, H.Ü.Dünyamalıyeva

Tibbi ekspertiza sənədlərinin standartlaşdırılması barədə

S.R.Orucova

Клинические особенности фолликулита грибковой этиологии

С.Д.Ахмедова

Синдром «эндогенной» метаболической интоксикации во внутренних органах при экспериментальной ожоговой болезни

Л.Г.Нетюхайло, В.В.Бондаренко, Т.А.Сухомлин, Я.А.Басараб

Hamilə qadınlarda urogenital xlamidioz və ureaplazmozun mikst və mono infeksiyaları zamanı ciftdə gedən patomorfoloji dəyişikliklər

H.K. Muradov, S.R. Cəfərova

Müxtəlif polimerlərdən hazırlanmiş ortodontik protezlərin tətbiqi zamanı ağiz boşluğunda müşahidə olunan patologiyalar

İ.H.Mehmani

«Diabetik pəncə» sindromu olan xəstələrin cərrahi müalicəcində ozonoterapiya və maqnit-infraqirmizi lazer terapiyasının rolu

H.B.İsayev, S.F.Şxəliyeva

Vitaminləşdirici "urvacros" dərman vasitəsinin texnologiyasinin işlənib hazirlanmasi

S.C. Mehralıyeva , E.A. Quliyeva, A.F. Quliyeva, M.İ. Sarıyılmaz

Bakı tikiş sənayesi işçilərinin əmək fəaliyyəti zamanı yorulmanın səbəbləri (tibbi-sosial müayinə)

R.H.Əliyeva, R.A.Orucov, S.A.Gürzəliyev, M.Y.Nəbiyeva, C.Y.Salihova

Müxtəlif preparatların parodontitlərin müalicəsi zamanı ağiz boşluğunun biokimyəvi göstəricilərinə təsiri

N.S. Məmmədova, A.R. Əlizadə,Ə.A. Əliyev

İdmançılarda parodont toxumalarında müxtəlif dərəcəli iltihabi proseslərin yayılmasınıin qiymətləndirilməsi

E.E.Babayev

Lor patoloqiyaları fonunda parodont toxumalarının vəziyyətinin qiymətləndirilməsi

N.A.Qurskaya

Qarın boşluğunun əməliyyatdan sonraki abseslər zamanı azinvaziv müdaxilələr

E.Y. Bababəyli
Pankreatitlə ağırlaşmış daşli xolesistitli xəstələrdə xolesistektomiyadan sonrakı nəticələrə fermentəvəzləyici terapiyanın təsiri
R.Z.Eminov, E.A.İskəndərov
Müxtəlif etiologiyalı peritonitli xəstələrin reabilitasiyası tibbi, iqtisadi və sosial problem kimi
L.B.Haxverdiyeva
Tez-tez xəstələnən uşaqlarda respirator xəstəliklərin gedişinə təsir edən əsas patogenetik mexanizmlər və onların korreksiyası
M.K.Kərimova
Поражение костно-суставной системы у больных сахарным диабетом
Ш.Р.Мамедова
Xora mənşəli kəskin qastroduodenal qanaxmalar zamanı kompleks konservativ terapiya fonunda immunitetin T- və B- həlqəsində baş verən dəyişikliklər
V.A. Allahverdiyev
Оптимизация средств и методов лечения воспалительных заболеваний пародонта
A.M.Мамедов
Yeniyetmə qızlarda yumurtalıqların polikistoz sindromunun kompleks müalicəsinin klinik- patogenetik əsası
E.A.Məstiyeva
Periferik ağciyər xərçənginin diaqnostikasında kompüter tomoqrafiya müayinəsinin rolu
B.Ə. Baxşıyev, V.A.Dadaşova
Профилактика осложнений при лечении заболеваний желчевыводящей системы
K.P.Юсиф-заде
Müxtəlif materiallardan hazırlanmış çıxan protezlərin istifadəsi zamanı baş verən ağırlaşmalar
R.R.Şahmuradov
Anadangəlmə anomaliyaların risk amilləri və prediktorlarının proqnostik əhəmiyyəti
P.M.Əliyeva
Əczaçılıq psixologiyasının anlayışii, predmeti və metodları
N.M.Naibov, A.B.Bağırova
Диссертационные исследования, выполненные в учреждениях противочумной службы Азербайджана
A.H.Талыбзаде, E.У.Пиралиева
Результаты ультразвукового исследования беременных женщин с плацентарной недостаточностью
Г.И.Бабаева, Х.Ф. Багирова, У.М.Сираджлы

PRAKTİK HƏKİMƏ KÖMƏK- ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Endodontik müalicə zamanı baş verən neyrosensor pozuntuların cərrahi müalicəsi
Məmmədov C.C., Davudov M.M., Qurbanov V.A., Əliyev R.R.
Genetik primordial nanizm
İ.V. Bəhməni. R.M. Cavadova
Особенности генетического анализа при невынашивании беременности
C.M.Мамедова
«Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri» jurnalına qəbul olunan əlyazmaların tərtib edilməsi haqqında qaydalar
2013-cü ildə “Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri” jurnalında dərc olunan məqalələrin əlifba-müəllif göstəricisi

Çapa imzalanıb: 26.03.2013
Sayı:250. Həcmi 20.5 çap vərəqi
Formatı 60X841/8. əla növ kağız