İCMALLAR- ОБЗОРЫ

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ТОКСИЧЕСКОМ ДЕЙСТВИИ БЕНЗОЛА НА ОРГАНИЗМЕ

Р.А.Оруджов
Азербайджанский медицинский университет, кафедра гигиена детей подростков и гигиена труда, г. Баку

Açar sözlər: benzol, zəhərlənmə, toksiki təsir, diaqnostika
Ключевые слова: бензол, отравление, токсическое действие, диагностика
Keywords: benzene poisoning, toxic effects, diagnosis

Бензол более 100 лет известен как сильный яд поражающий костный мозг. Первое достоверное сообщение об отравлении бензолом относится к 1883 году. В специальной литературе обращает на себе внимание монография М.Л.Мгеброва (1931), диссиртация С.М.Гусмана (1970) [1,2].

М.Л.Мгебров в 1931 году в своей диссертации, посвященной экспериментальному исследованию отравлений продуктами переработки нефти, на основании обширной литературы, привел 82 случая смерти от острого и хронического отравления бензолом. Анализируя этот материал, автор пришел к выводу, что смерть вследствие отравления парами бензола происходит двояким путем: либо она наступает внезапно при почти первых же вдыханиях паров бензола (мозговой инсульт) либо она является результатом тяжелых, прогрессирующих изменений со стороны крови и кроветворных органов [1].

Большинство ранних работ, посвященных изучения бензола на рабочих, связанных с ним по условиям своей работы, базировалось на выраженных случаях с явными проявлениями бензольной интоксикации. Так например, М.П.Любимова (1936) провела обследование 458 рабочих из различных предприятий г. Санкт- Петербурга, имевших постоянный контакт с бензолом и параллельно для сравнения 80 рабочих из тех же предприятий, но не соприкасавшихся с бензолом. На основании полученных данных М.П.Любимова пришла к выводу, что в зависимости от концентраций и времени воздействия отравление бензолом сопровождается лейкопенией, анемией и, в большинстве случаев, сдвигом лейкоцитарной формулы в сторону относительного нейтрофилоза с появлением большого количества палочкоядерных форм [3].

В исследованиях, выполненных И.С. Александровым (1953), А.К.Навроцким (1963) подчеркивается, что для диагностики бензольного отравления большое значение следует придавать исследованиям функционального состояния вегетативной нервной системы. Особое внимание следует обратить на исследование медиаторов парасимпатической нервной системы [4,5].

Л.М. Омельяненко и Н.А.Сенкевич (1957) считают, что ранним клиническим проявлением хронического воздействия бензола на организм является функциональное нарушение центральной нервной системы- неврастенический синдром с вегетативной дисфункцией. Этот синдром может предшествовать изменениям крови, и только в дальнейшем с развитием заболевания появляются типичные изменения крови. Интересно отметить, что авторы указывают на возможность более глубоких изменений системы крови при остром и хроническом отравлении бензолом. В зависимости от стадии действия бензола на организм, по мнению авторов могут наблюдаться такие нарушения, как изменения белковых фракций крови в сторону увеличения количества грубодисперсных белков, существенные изменения витаминного обмена и, в частности, обмена витамина «С», снижения активности окислительно-восстановительных процессов и т.д. Авторы рекомендуют дифференцированно подходить к терапии бензольных отравлений, учитывая при этом как стадии отравления, так и фактические нарушения тех или иных функций [6,7].

Согласно исследованиям В.А.Каяновича, З.И.Кожевниковой, И.Л.Миропольской и соавт. (1958) при обследовании работниц, имеющих контакт с бензолом в 41,6% случаев дети находились на искусственном вскармливании из-за отказа ребенка от груди

матери, что находилось, по видимому, в связи с наличием бензола в молоке матери [7,8].

В работе Д.И.Хорошанской (1988), Benech (1980), выявлено, что пары бензола в концентрациях, близких к предельно допустимым на производстве. Оказывают отрицательное влияние на функцию молочной железы, на биологические свойства молока, а следовательно, и на развитие потомства у экспериментальных животных (морские свинки, белые крысы) [8,9].

А.Л.Коровин (1961), В.Н.Фраш (1990), отмечают, что бензол несомненно, следует рассматривать как промышленный яд политропного действия с преимущественным поражением системы кровотворения. Причем, появление бензольного отравления, по мнению автора, в определенной степени зависит от функции печени, пищеварения, нервной и эндокринной системы и т.д. Автор высказывает пожелание о расширении и углублении исследований в области патогенеза интоксикации бензолом, главным образом в направлении изучения функции других органов и систем и их роли в этом патологическом процессе. А.Л.Коровин (1961) отмечает, что в бензольном отравлении наблюдается последовательность возникновения изменений: сначала затрагивается нервная система, затем система кроветворения и наряду с этим наблюдается нарушение и в ферментативной системе [10,11]

Л.А.Зорина и др. (1970) на основании проведенных клинических испытаний рекомендуют витамин «B_{12}», витамин «PP» в сочетании с аскорбиновой кислотой и витамином «B_6» для лечения больных с хронической интоксикацией бензолом.

В более поздних работах выявлено, что при хронической бензольной интоксикации развиваются также характерные изменения в центральной и периферической нервной системе при действии значительно меньших концентраций [12,13].

А.И.Корбакова, С.К.Кремнева, И.П.Уланова (1960) нашли, что изменения в морфологическом составе периферической крови наступали значительно позже сдвигов в нервной системе [13].

И.П.Кулинская (1966) предлагает для изучения состояния нервной системы при действии промышленных ядов исследовать систему ацетилхолин-ацетилхолинэстеразу крови. Реактивность данной системы при действии малых концентраций бензола по ее данным понижалась [14].

По данным И.С.Гусева (1967), бензол в концентрации 15мг/м^3 вызывает отчетливые сдвиги в функциональном состоянии центральной нервной системы.

Однако, наиболее характерные и специфичные сдвиги при хронической бензольной интоксикации возникает в крови [15].

Отравление даже сравнительно небольшими дозами бензола не проходило бесследно, вызывая изменения как в кроветворной ткани миелоидного костного мозга, так и лимфоидной ткани селезенки и лимфатических узлов. При длительном повторном отравлении бензолом в дозах 0,5мл/кг у кроликов в кроветворной системе возникают изменения, носящие индивидуальный характер и проявляющиеся либо в виде аплазии, либо гиперплазии кроветворной ткани костного мозга, селезенки и лимфатических узлов.

При изучении условий труда и состояния здоровья работающих в производстве бензола на нефтеперерабатывающем заводе В.И.Бойко (1979) найдены функциональные расстройства в виде неврастенического, астено-вегетативного синдромов и вегетативно-сосудистой дисфункции [17].

Точкой приложения действия бензола-ароматического углеводорода является центральная нервная система [13].

Изменения в нервной системе, наблюдавшиеся у обследованных Э.А.Дрогичной, Л.А.Зориной и И.А Грибовой (1971) больных, позволили им считать, что нервная система вовлекается в процесс к непосредственно под влиянием бензола, подчиняясь общим закономерностям ее реакции на повреждающее воздействие токсического фактора, так и опосредовано при наличии значительного вовлечения в процесс системы кроветворения. Материалы динамических многолетних наблюдений позволили выявить своеобразие реабилитационных процессов после прекращения контакта с бензолом. Восстановительные процессы в системе кроветворения обычно опережают восстановление неврологической симптоматики [18].

Изучая тонус мозговых сосудов А.М.Монаенкова, Г.В.Снегова (1973) нашли, что при хронической интоксикации бензолом ведущей по частоте патологией оказалась гипотония мозговых сосудов, особенно вен. Большое значение в регуляции функций здорового и больного организма придается симпато-адреналовой системе (САС). Выявлено, что хроническое действие

небольших концентраций бензола вызывает определенные сдвиги в симпато-адреналовой системе [19].

В клинической картине острых интоксикаций амидо- и нитропроизводными бензола, И.Т.Фосенко с соавт. (1982) отмечают поражение нервной системы, красной крови, гематологическое и нефтротоксическое действие их [20].

Г.В.Чернега (1963) при хронической бензольной интоксикации (в клинике и эксперименте) выявил нарушение баланса витамина B_{12}. Содержание последнего в крови снижалось по мере прогрессирования процесса и достигало наибольшего дефицита при более выраженных отравлениях. Сравнительный анализ данных гематологических сдвигов и содержания витамина B_{12}, произведенный автором, показал наличие отчетливого параллелизма между степенью лейкопении и дефицитом витамина B_{12}. Нарушение баланса витамина B_{12} автор рассматривает как один из патогенетических факторов развития хронической интоксикации бензолом. Таким образом, наиболее характерным и опасным при хроническом действии бензола является его влияние на кроветворение. При хроническом отравлении у людей, наряду с общими симптомами (головная боль, повышенная утомляемость, резкая слабость, головокружение, потеря аппетита, тошнота, иногда рвота, бессонница, нервозность и пр.) могут начаться частые и обильные кровотечения (из носа, десен, матки, кожные и слизистые геморрагии, кровоизлияния в сетчатку). Могут возникать септические осложнения и развиваться резкая апластическая анемия. При объективном обследовании наиболее демонстративные данные обнаруживаются со стороны крови и нервной системы. Вначале иногда отмечается лабильность лейкопоэза. В выраженных случаях отравления наиболее типично резкое уменьшение числа лейкоцитов. Позже присоединяется тромбоцитопения. Поражение эритробластической функции отмечается еще позже. Возможен анизоцитоз, пойкилоцитоз, базофильная зернистость эритроцитов, ретикулоцитоз и увеличение объема эритроцитов [21] при интоксикации бензолом параллельно изменению морфологической картины крови у рабочих изменяется и фагоцитарная активность лейкоцитов. Причем, это зависит от концентрации бензола в воздухе производственных помещений, так и от стажа работающих. Однако, при снижении концентрации бензола нормализация морфологического состава крови происходила тем быстрее, чем с меньшими концентрациями бензола в прошлом имел контакт рабочий. Медленне всего наблюдалось восстановление количества тромбоцитов и фагоцитарной активности лейкоцитов.

А.М.Рашевская, Л.А.Зорина (1968) наблюдали у больных с различной степенью интоксикации бензолом, когда количество лейкоцитов колебалось от 0,8 до $10{,}4\cdot10^9$ в л, причем в 74% случаев имелась лейкопения (от $4\cdot10^9$ до $0{,}8\cdot10^9$ в л). Лейкопения обусловливалась в основном абсолютным снижением нейтрофилов (до $0{,}3\cdot10^9$ в л). Среди больных с лейкопенией в 60% случаев отмечалось снижение процентного содержания нейтрофилов (от 48 до 6). Лимфоцитоз, который у многих больных достигал 60-75% в большинстве случаев был относительным, так как абсолютное число лимфоцитов при выраженной лейкопении было сниженным, достигая у отдельных больных $0{,}5\text{-}0{,}6\cdot10^9$ в л [22].

Патогенез изменений эритропоэза при действии бензола во многом остается неясным. Изучая этот вопрос В.Н.Фраш (1976) выявил, что введение бензола влияет на деление и созревание эритроидных клеток, на величину плацдарма кроветворения, на процесс миелоидной гиперплазии, на угнетение выработки эритропоэтина. В другой работе В.Н.Фраш, Б.Г.Юшков, А.В.Караулов (1976) нашли, что при экспериментальной подострой бензольной интоксикации происходило снижение количества гемопоэтических стволовых клеток [11].

По данным И.П.Улановой, Е.А.Карпухиной (1985) наиболее чувствительной и поражаемой системой при ингаляционном воздействии бензола является лимфопоэз [23].

Т.А.Козлова (1959) провела специальные изучения совместного действия на организм бензола и высокой температуры воздуха. Изучение осуществлялось как в условиях дермантинового производства (фабрика им.Ногина), так и в эксперименте на животных. В результате автором установлено усиление токсического эффекта бензола при высоких температурах воздуха (свыше 30^0). Это проявлялось в более раннем наступлении признаков бензольной интоксикации и в более тяжелом его клиническом течении. Усиление токсического эффекта бензола автором объясняет изменением

функционального состояния ЦНС, наблюдаемом при гипертермии, а также изменением условий поступления, распределения и обезвре- живания бензола в организме при высокой температуре. Наряду с этим наблюдалось также понижение устойчивости организма к температурным воздействиям при бензольной интоксикации [16].

Аналогичные данные получены Т.А.Козловой (1959), основываясь на результатах экспериментальных исследований, отмечает необходимость дифференцированного подхода к установлению предельно допустимой концентрации бензола в зависимости от температурных условий производственных помещений. В 1959 году, Т.А.Козлова отметила повышение заболеваемости рабочих, имеющих контакт с бензолом в условиях высокой температуры воздуха. Особенно высокой была заболеваемость гриппом, болезнями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта и т.д. [16]

Комбинированное действие ряда других производственных факторов совместно с бензолом, характеризующиеся, в основном, эффектом взаимного отягощения изучали ряд авторов. В частности, такие данные имеются в отношении бензола и ацетона [24], бензола и инфракрасного облучения [25], бензола и ацетофенона [26], бензола, циклогексана и дивинила [27], бензола, вибрации и щума [28].

Токсическое действие бензола и его гомологов на кроветворную систему отражается на количественных и качественных изменениях клеток крови. Нейтрофилия является частным гематологическим признаком, который выяв- ляется у людей, подвергающихся воздейст- вию этих соединений и у лабораторных животных, затравляемых бензолом и его гомологам. У рабочих, имеющих контакт с бензолом на нефтепереработывающем заводе,гематологические сдвиги характеризовались в основном изменением общего количества лейкоцитов и их функциональных способностей. В частности, у лиц с больщим стажем работы увеличивалось количество работающих с лейкопенией, отмечалось понижение фагоцитарной активности лейкоцитов, снижение их осмотической стойкости,уменщение содержания в нейтрофилах гликогена, пероксидазы, увеличение липидов. В отдельных случаях была выявлена умеренная тромбоцитопения [17]. Лейкопения с лимфоцитопенией была выявлена у рабочих, подвергающихся продолжительному воздействию бензола. На низких уровнях воздействия бензол оказывал влияния на репродуктивную функцию как взрослых,так и молодых животных. По данным Г.Г.Авиловой, Е.М.Малыниной, Н.М.Мальцевой, Е.А.Карпухиной (1985) бензол на уровне 3000мг/м3 вызвал у белых крыс достоверные изменения содержания лейкоцитов и нервной системы.Проведенные исследования позволили им установить порог вредного действия бензола на уровне 2000 мг/м3. И.П.Уанова, Г.Г.Авилова, Е.А. Карпухина (1990) обосновали биологический ПДК бензола. Рядом исследователей приводятся данные о неблагоприятном влиянии бензола на наследственность. Так, у потомства от животных, подвергающихся ингаляционному воздействию бензолом М.В. Малышева (1980) наблюдала отставание в массе тела ,угнетение фагоцитоза и снижение жизнеспособности. Н.Н.Литвинов, В.И.Казачков, Л.Ф. Астахова (1991) выявили эмбриотоксический эффект бензола. Таким образом, если к вышеприведенному, далеко не полному, перечню работ добавить и сообщения каузистического порядка, то видно, что круг вопросов, связанных с изучением токсикологии бензола достаточно широк. Однако многие из этих вопросов, встречая противоречивые толкования различных исследователей, остались неразрешенными по настоящее время.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мгебров М.Л. Отравление продуктами переработки нефти (бензол, толуол) / Труды Бакинского медицинского института. Изд. Бакинского ин-та профзаболеваний, 1931, вып.3, 362с.

2. Гусман С.М. Хроническая профессиональная интоксикация бензолом. Баку: Елм, 1970, 180с.

3. Любимова М.П. Действие бензола в зависимости от дозы,ее распределения во времени и присутствие других ароматических углеводородов / Эксперим. Исследования по промыщленным ядам. Ленинград, 1936, 208 с.

4. Александров Н.П. Видовая чувствительность млекопитающих к острому воздействию паров бензола // Гиг. Труда, 1979, № 12, с.50-51

5. Навроцкий В.К. Состояние общей иммунологической реактивности организма и заболеваний рабочих литейных цехов // Вест.АМН СССР, 1963, №3, с.46-48
6. Омеляненко Л.М., Сенкевич Н.А. Что нужно знать работающему с бензином, бензолом, ацетоном и другими органическими растворителями. М.:Медгиз, 1957, с.9
7. Каянович В.А., Кожевников З.И., Миропольская И.Л. и др. Гигиена труда и состояния здоровья женщин, работающих с бензолом // Гиг.труда и профзаб., 1958, №1, с.34-36
8. Хорошанская Д.И. Данные о влиянии бензола на лактации самок и организм новорожденных животных. Одесса, 1988, с.12-14
9. Benech Sur laction physiologique de la benzene // Comptes rendus des séances et memories de la societe de Biologie, 1980, №5, p.115-117
10.Коровин А.Л. Некоторые итоги изучения патогенеза,клиники и терапии хронической бензольной интоксикации / Труды выездной сессии АМН СССР в Баку. М.:Медгиз, 1961, с.61
11.Фраш В.Н., Юшков Б.Г., Караулов А.В. О действии бензола на стволовую клетку кроветворения // Гигиена труда, 1976, № 12, с. 44-46
12.Зорина Л.А., Лядова Е.В., Доскин В.А. Наблюдения за динамикой интоксикации у рабочих, подвергавщихся комплексному воздействию бензола и других углеводородов // Гигиена труда, 1970, № 8, с.14-18
13.Корбакова А.И., Кремнева С.Н., Кулагина Н.К., Уланова И.П. Нарушение функции нервной системы при хронической интоксикации бензолом / Промышленная токсикология.Ин-тут Гиг.труда и профзабол. АМН СССР. М.,1960,с.232-238
14.Кулинская И.П. Изменения системы ацетилхолина в крови кроликов при хроническом воздействии бензола и инфракрасного облучения //Гигиена труда, 1966, №10, с.60-63
15.Гусев И.С. Сравнительная оценка действия малых концентраций бензола олуола и ксилола // Гигиена и санитария, 1967, №2, с.3-7
16.Козлова Т.А. К вопросу о совместном действии на организм бензола и высокой температуры воздуха //Гигиена и санитария, 1959, № 4, с. 18-20
17.Бойко Б.И. Гигиена труда при получении ароматических углеводородов из нефтяного сырья: Автореф.дисс. …. докут.мед.наук. Киев, 1979, 38 с.
18.Драгигана Э.А., Зорина Л.А., Грибова И.А. Клиника и прогноза изменений нервной системы при хронической интоксикации бензолом // Гигиена труда, 1971, № 5, с. 18-21
19.Монаенкова А.М., Снегова Г.В. Состояние мозгового кровообращения при некоторых профессиональных, интоксикациях // Гиг.труда, 1973, № 4, с. 33-37
20.Фосенко И.Т., Чаплин О.В., Омельченко Н.И. Об острых отравлениях амидо-и нитропроизводными бензола // Врач.дело, 1982, № 7, с. 112-113.
21.Чернега Г.В. К вопросу о роли витамина В12 при некоторых профинтоксикациях. Определение бензола методом хроматографическом профазного анализа: Автореф. дисс. …. канд.мед.наук. М., 1963, 212
22.Рашевская А.М., Зорина Л.А. Профессиональные заболевания системы крови химической этологии. М., 1968, с. 304-306
23.Уланова И.П., Карпухина Е.А. Материалы к обосновании среднесменной и максимально-разовой ПДК бензола // Гигиена труда, 1985, № 8, с. 23-27
24.Жилова Н.А. К вопросу о совместном действии на организм паров бензола и ацетона: Автореф. дисс. …. кан.мед.наук. М., 1960, с. 22
25.Кулинская И.П. Изменение системы ацетилхолина в крови кроликов при хроническом воздействии бензола и инфракрасного обучения // Гигиена труда, 1966, №10, с. 60-63
26.Цулая В.Р. Санитарно-токсикологическая характеристика комбинированного действия смеси паров бензола и ацетофона в атмосферном воздухе // Гигиена и санитария, 1967, № 4, с. 6-10
27.Зорина Л.А., Лядова Е.В., Доскин В.А. Наблюдения за динамикой интоксикации у рабочих, подвергавшихся комплексному воздействию бензола и других углеводородов // Гигиена труда, 1970, № 8, с. 14-18
28.Верзилова О.В., Родников А.В., Никитина Л.А. и др. Сочетанное действие на организм бензола, вибрации, шума // Гигиена и санитария, 1978, № 8, с. 20-2
29.Aksey M. Hemototoxicity and carcinogenicyti of benzene // Envirom, Health perspect 1971, v. 2, p.193-197
30.Beauvieux G., Mare Y. Sul probleme delle mielopatic aplastiche, pseudoaplastiche e leucemivhe da benzole // Bordeux med. 1973, v. 6, p. 17-19

31.Coshen H.S., Freedman M.L., Goldstein M.D. The problem of benene in our enviromenti: clinical and molecular consideration // Amer J. med. Sciences, 1979, v. 275, p. 124-136
32.Hilt M., Pacuraru D. Conciderati asurpta hemopatiei benzeice // lgiena, 1974, v. 5, p. 257-263

Xülasə

Benzolun orqanizmə toksiki təsiri haqq꞉nda müasir məlumatlar

R.A.Orucov

Məqalədə istehsalat şəraitində və eksperiment üzərində benzolun orqanizmə təsirini öyrənən mütəxəssislərin çoxlu sayda elmi əsərləri göstərilir. Belə ki, benzol ilə xroniki zəhərlənmə zamanı qanın morfoloji dəyişikliyi, həmçinin orqanizmin müxtəlif orqan və sistemlərində gedən dəyişikliklər öyrənilmişdir. Bir çox müəlliflər benzol ilə əlaqədar müxtəlif növ istehsalı öyrənməklə benzol ilə xroniki zəhərlənmənin ilkin əlamətlərini aydınlaşdırmaga çalışmışlar. Benzolun toksiki təsiri onun orqanizmə yeridilməsindən asılı olaraq öyrənilmiş, həmçinin benzolun orqanizmdə dəyişiklik dinamikasını öyrənməyə və orqanizmə toksiki təsir göstərən son məhsulun kimyəvi təbiətini aydınlaşdırmağa çalışmışlar. Benzol ilə zəhərlənmə zamanı patanatomik dəyişikliklərdə öyrənilmişdir. Göstərilən işlərdən aydın olur ki, benzolun toksiki xassəsini öyrənərkən 2 cəhət ön plana çıxır: benzolun sinir sisteminə təsiri və qan və qanyaradıcı sistemə təsiri. Ədəbiyyat məlumatlarına görə benzol ilə zəhərlənmə yalnız yaxın deyil, həm də nəslin həyat qabiliyyətinin və funksianal vəziyyətinin pozulmasına səbəb olan uzaq nəticə ilə nəticələnir. Dövri tibbi müayinə zamanı orqanizmə benzol təsirinin erkən aşkarlanması, benzol ilə təmasın vaxtında kəsilməsi və müvafiq istehsalat sahəsində əməyin sağlamlaşdırılması müstəsna profilaktik əhəmiyyətə malikdir.

Summary

Modem ideas of toxuc actuon of benzene on human organism

R.A.Orujov

This paper presents information about rather great number of researches conducted by specialists who had studied the influence of benzene on human organism in conditions of its production and in experiment. So, morphological shift of blond as well as changes in various organs and systems of human body during chronic benzene poisoning were studied some authors made investigations of biochemical composition of blood. A lot of researchers had tried to find out symptoms of early chronic benzene poisoning on the basis of studying different types of industrial processes which are associated with the use of benzene. Toxic action of benzene had also been investigated depending on the way of its introduction in human organism and, eventually, attempts were made to reveal chemical nature of that final product which is cspansible for causing toxic action on organs, after having disclosed dynamics of changes of benzene inside human organism. Also have been published prospers dealing with the investigation into pathologic anatomic changes in case of benzene poisoning. As seen from the papers presented by us. Two factors come to the foreground when toxic properties of benzene are studied: the action of benzene on nervous system and its action on hematopoietic system. According to information contained in medical literature, benzene poisonings have not only nearest but also remote consequences expressing in disturbance of vitality and functional state of posterity. Of exceptional importance is early detection of initial stages of benzene action in the aim of timely cessation of contact and sanitation of lab our at related production areas

Daxil olub: 10.11.2014

YENİYETMƏ-QIZLARDA REPRODUKTİV SAĞLAMLIĞIN POTENSİALI HAQQINDA MÜASİR TƏSƏVVÜRLƏR

N.M.Kamilova, Ş.M.Xəlilova
Azərbaycan Tİbb Universiteti, mamalıq-ginekologiya kafedrası, Bakı

Açar sözlər: yeniyetmə qızlar, reproduktiv sağlamlıq, cinsi yetkinlik, səhiyyənini təşkili
Ключевые слова: девочки-подростки, репродуктивное здоровье, половое созревание, организация медицины
Keywords: adolescent girls, reproductive health, sexual maturation, the organization of Medicine

ÜST göstəricilərinə əsasən insanın həyatının 49-53%-i onun həyat tərzi, 17-20%-i təbbi-ekoloji faktorlar və yalnız 8-10%-i əldə olunan tibbi yardımın keyfiyyəti ilə bağlıdır. ÜST eksertlərinin "Yeniyetmələrin sağlamlığının mühafizəsi problemi" adlı Komitə məruzəsində (texniki məruzələr seriyası, N709) qeyd olunur ki, "....yeniyetməliyin ilkin mərhələsi bioloji, psixoloji və sosial baxımından ən böhranlı dövrdür". Onun mahiyyəti şərtlənir: "...bu illərdə sağlamlıq ilə bağlı olan rəftar sərištəsi və vərdişləri ilə" [29].

Yeniyetmə-qızların reproduktiv salğamlığı əsas etibarilə yaxın gələcəkdə əhalinin artma prosesini təyin edir və iqtisadi inkişaf və ölkənin təhlükəsizliyinin əsas faktoru kimi çıxış edir [3,17].

Dünyada tibbi-demoqrafik tənəzzül və yeniyetmə-qızların reproduktiv potensialı populyasının azalması fonunda onların sağlamlıq və reproduktiv vəziyyətləri son dərəcə kəskin bir məsələ kimi qarşıda durur. Bununla əlaqədar olaraq yeniyetmə- qızların reproduktiv-demoqrafik göstəricilərinin monitorinqinin təşkil olunması hazırki dövrdə ən zəruri məsələlərdən biridir. Bu monitorinqin məqsədi yeniyetmə-qızlarda reproduktiv sağlamlığın vəziyyəti və dinamikasının təhlilinin dərinləşdirilməsi, eləcə də yeniyetmə əhalinin sağlamlığının mühafizəsi və möhkəmləndirilməsi üzrə uyğun kompleks regional və bələdiyyə tədbirlərinin işlənib hazırlanmasından ibarət olmuşdur [2,20].

Yeniyetməlik dövrü insan həyatında ən vacib bir dövrdür. Bu zaman artıq uşaq deyil, lakin hələ böyük də hesab olunmur. Bu dövrdə yeniyetmə özünü axtarır, öz xarici görünüşü ilə maraqlanır, özünə bənzər insanlar ilə yaxınlaşır və böyüklərdən, valideynlərdən uzaqlaşmağa başlayır. Bu dövrdə yeniyetmə psixikası davamlı olmur, o hər bir yolla özünü təsdiq etməyə çalışır. Yeniyetməlik dövrü insan həyatında daha məsuliyyətli dövr hesab olunur, bəzən həmin dövr insanın bütün ömrünü təyin edir. Bu dövrdə cinsi yetkinləşmənin davamı olaraq qızlarda aybaşı başlayır və oğlanlarda ilk pollüsiyalar baş verir. Yeniyetməlik dövründə xüsusi reaksiyalar, emansipasiya, seksual meyilliyin formalaşmsı, hər hansı bir əyləncənin arxasınca qaçma, üsyankarlıq reaksiyası qeydə alınır [5,17,25].

ÜST-ün təyinatına əsasən reproduktiv sağlamlıq təkcə reproduktiv sistemə, onun funksiya və proseslərinə aid olan bütün sferalarda xəstəlik və nasazlıqların olmaması deyil, həm də tam olaraq fiziki, əqli və sosial əmin-amanlıq vəziyyəti deməkdir. Yeniyetmələrin reproduktiv sağlamlığının mühafizəsi, onların mənəvi tərbiyələndirilməsi və onlarda sağlam həyat tərzi vərdişlərinin formalaşması problemi xüsusi diqqət tələb edir [2,7,10,23].

Hazırda yeniyetmə-qızların reproduktiv sağlamlığı ümumdövlət bir məsələyə çevrilmiş, strateji əhəmiyyət almışdır. Hər bir yeniyetmənin reproduktiv potensialının qorunması dövlət miqyasında zəruri bir məsələyə çevrilmişdir [3,6,8].

Yeniyetmələr həm ümumi bioloji, həm də sosial-iqtisadi xarakterli kompleks faktorların təsirinə məruz qalır: əhalinin böyük hissəsinin maddi vəziyyətinin kəskin pisləşməsi, bununla əlaqədar olan əhalinin təbəqələşməsi, "pubertat böhran", narkomaniyanın artması, cinsi yolla keçən xəstəliyin geniş vüsət alması [13,18,25].

Müasir mərhələdə tibbi-sosial və rəftar faktorlarına daha çox dəqqət yetirilir. Çünki onlar yeniyetmələrdə reproduktiv sağlamlığın formalaşmsına təsir göstərən həlledici amillərdir. Patoloji proseslərin xronik forma alması tendensiya və uşaqların əlilləşməsi prosesin artması faktları əhalinin reproduktv sağlamlığının aşağı düşməsinə təsir göstərən əsas amillərdir. Bunlar da gələcəkdə ölkənin həm əmək, həm də reproduktiv potensialını şərtləndirir [14,22,29].

Yeniyetmə-qızların 70,0%-in xronik xəstəlikdən əziyyət çəkməsi nəzərə alınaraq

ölkənin reproduktiv potensialı "aşağı" dərəcə ilə qiymətləndirilir. Onların hər birinin payına 3 xəstəlik düşür. Qızlar arasında ginekoloji xəstəliklər hər 1000,0 nəfərə 3000,0 təşkil edir. Reproduktiv potensialın mühafizəsi problemi bir çox ölkələrin sosial-iqtisadi inkişaf strategiyasının əsas istiqamətlərindən biri olmalıdır [4,11,15,18].

Yeniyetmələrin sağlamlığı tibbi-bioloji, iqtisadi, sosial-mədəni və ekoloji-coğrafi faktorlardan asılıdır. Bu faktorlar gənclərin fərdi inkişaf prosesinə və sosial vəziyyətinə təsir göstərir. Bununla yanaşı hər bir fərdin sağlamlığının vəziyyətini təyin edən amillərdən biri ailədir. Bir sıra müəlliflərin fikrincə, uşağın tərbiyə aldığı ailənin şəraiti və həyat tərzi onun ahəngdar inkişafını, onda mənəvi keyfiyyətlərin, gigiyenik vərdişlərin və bacarıqların formalaşması, tibbi aktivliyi və reproduktiv sağlamlığını şərtləndirən əsas sosial-gigiyenik faktorlardır. Lakin əlverişsiz ailə mühitində yeniyetmələrin reproduktiv sağlamlığının formalaşması xüsusiyyətləri az öyrənilmişdir. Qızların reproduktiv sağlamlığının formalaşmasına valideynlərin və ailənin vəziyyəti və həyat tərzinin tərsirinə həsr olunan nəşrlər bir o qədər çox deyildir [22,26,30].

Yeniyetmə-qızlarda reproduktiv sistemin pozulmasına səbəb olan mərkəzi faktorlar arasında əlverişsiz sosial-iqtisadi və ekoloji-coğrafi şərait durur. Qeyri-qənaətbəxş sosial-gigiyenik şərait qızların fiziki və cinsi inkişafının formalaşmasına ətraf mühitin ekoloji faktorlarının mənfi təsirinin şiddətlənməsi səbəb olur. Müəlliflər tərəfindən yeniyetmələrin xəstəlik dərəcəsi və fiziki vəziyyəti, onların yaşı, cinsi, sosial statusu, iqlim-coğrafi xüsusiyyətlər sosial-iqtisadi şəraitindən asılı olaraq tədqiq olunmuşdur. Son illər qarşıda ana olacağı nəzərə alınan yeniyetmə- qızların reproduktiv sağlamlığına həsr olunan bir sıra çoxcəhətli tədqiqat işləri yerinə yetirilmişdir. Burada qızların reproduktiv sağlamlığına təsir göstərən əlverişsiz tendensiyalar göstərilmişdir: fiziki, cinsi və psixoseksual inkişafda pozulmaların yüksək faizi, somatik, ginekoloji və zöhrəvi xəstəliklərin yüksək səviyyəsi, qeyri-adekvat reproduktiv və ailə münasibətlərinin olması, cinsi tərbiyənin və kontraseptiv aktivliyin aşağı səviyyədə olması, yeniyetməlik hamiləliklərinin yüksək səviyyəsi [19,26,30,31].

Klinik antropometriya, və cinsi inkişafın qiymətləndirilməsi yeniyetmələrin sağlamlıqlarının vəziyyətinin qiymətləndirilməsi üçün informativ test hesab olunur. Bundan profilaktik baxışlar aparıldıqda skrininq müayinə metodu kimi geniş istifadə olunur. Bütün müəlliflər yeniyetmələrin fiziki inkişafı ilə onların sosial-iqtisadi həyat şəraitinin və yaşadıqları ekoloji-coğrafi mühit ilə sıx əlaqədə olması fikrində yekdildirlər. Onların dinamikası orqanizmin bütün dünyada baş verənlərə bioloji adaptasiyasından ibarət olub (urbanizasiya, informasiya partlayışı, həyat keyfiyyətinin dəyişməsi), ekoloji həyat şəraitini pisləşdirir [15,34].

Keçən əsrin ikinci yarısında əksər ölkələrdə cinsi yetişmənin başladığı yaşının azaldığını, böyümə və fiziki inkişaf tempinin qeyd etdikləri halda, XXI əsrin əvvəllərində retardasiya və disharmoniyanın baş verdiyi haqda fikirlər söylənilir. Bu da əsas etibarilə əlverişsiz sosial və coğrafi şəraiti olan yüksək texnogen çirklənməyə məruz qalan ölkələrdə özünü daha qabarıq göstərir [17,18,29].

Moskva şəhərində 1960-2004-cü illər arasında aparılan müxtəlif tədris müəssisələrində məktəblilərin müşahidəsi (10 mindən çox nəfər) 1960-cı ildə inkişafda olan nəslin böyümə və inkişafının akselerasiyasının fiksə edilməsinə imkan vermişdir. Pik nöqtə 1970-ci illərin ortalarında olmuş, 1980-ci illərdə sona yetmiş və 1990-cı illərdən əks proses (deseleraiya) başlanmışdır. Bu da sosial və ekoloji şəraitin mənfi təsirlərini özündə əks etdirir və qida disbalansının pozulması ilə şərtlənir. Yeniyetmə qızların müasir populyasiyasında bioloji böyümə baxımından geri qalan qızların sayı üstünlük təşkil edir. Bu da onların gələcək reproduktiv sağlamlığının və inkişafının pisləşməsinə səbəb olur [22,24,27,29].

Fiziki inkişaf cinsi inkişaf prosesləri ilə sıx şəkildə bağlı olur və onun vaxtını və ahəngdar baş verməsini şərtləndirir. Son illər yeniyemtə-qızların cinsi inkişafında mənfi tendensiyaları əks etdirən nəşrlər meydana gəlmişdir. Bu tendensiyalara hipoestrogeniya hallarının klinik təzahürləri, andoregenləşmə, cinsi inkişafın tempindən geriqalma və ya ardıcıllığın pozulması, aybaşı siklinin bərqərar olması ilə müşayiət olunur. Xarici müəlliflərin əsərlərinin təhlilindən məlum olur ki, belə xüsusiyyətlər daha çox inkişaf etmiş ölkələr üçün xarakterikdir [30].

Yeniyetmə-qızların reproduktiv sağlamlığının vəziyyətinin qiymətləndirilməsi üçün "reproduktiv potensial" terminindən istifadə olunur. Bu termin qızın dünyaya sağlam nəsil gətirməsi üçün reproduktiv dövrə qədəm qoyduğunu göstərir. Reproduktiv potensialın vəziyyəti yeniyetmə-qızların sağlamlıq indeksi, cinsi yetkinləşmə dövrünün sonuna yaxın cinsi və fiziki inkişaf dərəcəsi, seksoloji partnyorluğa və məsuliyyətli analığa hazır olmasını özündə

birləşdirən kompleks- tibbi-sosial faktorların summar təsiri ilə müəyyən olunur [8,13, 15,16,31].

Sağlamlıq və onun formalaşması prosesləri haqqında müasir təsəvvürlərə uyğun olaraq müxtəlif orqan və orqanizm sisteminin pozulmasında və xəstəliklərin inkişafında həyat şərait və tərzi böyük əhəmiyyət kəsb etdiyi heç bir şübhə doğurmur. Qızların və yeniyetmə-qızların reproduktiv sağlamlığının mühafizəsinin əsas vəzifələri hazırki mərhələdə bunlardan ibarətdir: qızlar, valideynlər və pedaqoqlar arasında geniş sanitar-maarifləndirici tədbirlərin aparılması; uşaq və yeniyetmələrin profilaktik baxışlarının aparılması; reproduktiv sistemin bərqərar olması və fəaliyyətinin pozuntuları, ginekoloji xəstəliklərin inkişafı üzrə risk qrupuna daxil olan qızların və yeniyetmə-qızların ilkin aşkar olunması və dispanser nəzarətinin aparılmasI; patologiyaların erkən diaqnostikası və vaxtında müalicəsinin aparılması; kadrların hazırlanması. Eyni zamanda onların yeniyetmələrin reproduktiv sistem xəstəliklərinə təsiri az öyrənilmişdir. Bununla yanaşı ayrı-ayrı nəşrlərə əsaslanaraq bu istiqamətdə tədqiqatlara tələbatın olduğu qənaətinə gəlmək olar [15,19,20].

Müasir ədəbiyyatda əhalinin reproduktiv potensialının formalaşmasının sosial mexanizminin markeri sayılan yeniyetmə-qızların reproduktiv davranışının xüsusiyyətləri geniş işıqlandırılmışdır. Bu da istənilən yaşda olan qadının reproduktiv səviyyəsini təyin edir. Bütün dünyada müasir yeniyetmələr üçün erkən seksual debüt, yüksək seksual aktivlik xarakterikdir ki, bu da onların analarına nisbətən üstünlük təşkil edir. Nəticədə qeyri-adekvat seksual davranış və kontrasepsiyalar haqqında az informsiyaya malikolma arzuolunmaz hamiləliyə gətirir ki, bu da çox zaman abort ilə sona yetir, yeniyetmələrə böyüklər tərəfindən təklif olunan postulatlara etibar etməmək, riskli hərəkətlərə meyillilik, deviant formalar vasitəsilə özünü təsdiqləmək xüsusiyyətləri xasdır ki, bu da psixiaktiv vasitələrə meyilli olan qızlar üçün daha xarakterikdir. Yeniyetmə-qızlar qeyri-adekvat özünüqiymətləndirmə, yüksək edmosionallıq, məhəbbətə böyük ehtiyac, əks cinsə xoş gəlmək arzusu ilə fərqlənir ki, bu da cinsi partnyorların tez-tez dəyişməsinə səbəb olur [32].

90-cı illərin əvvəllərində MDB ölkələrində ana və uşaqların mühafizəsi xidməti daxilində uşaq və yeniyetmələrdə ginekoloji xəstəliklərin profilaktika və müalicəsinin üçpilləli sistemi təşkil olunmuşdur:

I pillə- körpələr evi, uşaq baxçaları, məktəblər, orta peşə məktəbləri, uşaq sanatoriyalarında aparılan işlər;

II pillə- uşaq və yeniyetmələrin rayon ginekoloji kabineti;

III pillə- ixtisaslaşmış ginekoloji stasionarlar və onların tərkibində məsləhət kabinetləri [16,19].

Lakin 1990-cı illərin sonlarında uşaq və yeniyetmələrin tibbi xidmətlə təminatı sistemi təşkil olunduqda onların 15 yaşından sonra böyüklərin poliklinik şəbəkəsinə verilməsi mənfi xarakterli tibbi-təşkilatı bir faktor kimi özünü göstərmişdir. Bu ölkənin reproduktiv potensialının gələcəkdə aşağı düşməsinə səbəb olmuşdur. Bir sıra ərazilərin təcrübəsindən məlum olmuşdur ki, yeniyetmələrin doğulduğu andan uşaq poliklinikası şəraitində 18 yaşa çatana qədər uzun müddətli nəzarəti, müalicəsi və sağlamlaşdırılması xüsusi olaraq ailələr ilə sıx əlaqədə olaraq profilaktik və dispanser nəzarətin effektivliyinin artırılmasına imkan verir [29,34].

Müasir nərhələdə ana və uşağın sağlamlığının mühafizəsinin vahid təşkilatı sisteminin yaradılması 6 bir-biri ilə bağlı olan mərhələdə dölün antenatal mühafizəsindən başlayaraq ardıcıl tibbi tədbirin aparılmasına şərait yaratmışdır:

I mərhələ- qadına hamiləlikdənkənar yardımın göstərilməsi, onun analığa hazırlanması;

II mərhələ- dölün antenatal mühafizəsi üzrə kompleks tədbirlərin həyata keçirilməsi;

III mərhələ- dölün intranatal mühafizəsi;

IV mərhələ- yenidoğulanların sağlamlığının mühafizə olunması (düzgün qidalandırma, fiziki inkişfa nəzarət, qulluq);

V mərhələ- məktəbəqədər dövrdə uşağın sağlamlığının mühafizəsi, məktəbə hazırlıq;

VI mərhələ- məktəb yaşında uşağın sağlamlığının mühafizəsi, onun böyüklər şəbəkəsinə ötürülməsi [17,29].

Yeniyetmı-qızların reproduktiv sağlamlığının mühafizəsi ilə bağlı olaraq I mərhələdə əsas iş ərazi qadın məsləhətxanaları, ailə planlaşdırılması mərkəzləri, eləcə də uşaq və yeniyetmə ginekologiyası kabinetləri və ixtisaslaşmış stasionarların üzərinə düşür [13,19].

II mərhələdə əsas rol qadın məsləhətxanaları, mamalıq stasionarlarında hamiləlik patologiyası şöbələri, terapevtik şöbə, hamilələr üçün sanatoriyalar, sənaye müəssisələrinin tibbi-sanitar bölmələrinin nəzdində profilaktoriyalara aiddir. Bu mərhələdə yeniyetmələrin reproduktiv sağlamlığının qorunmasının əsas vəzifələri sanitar-maarifləndirici işlərin davam etdirilməsi, hamiləliyin rasional aparılması, sağlamlaşdırma

tədbirlərinin aparılması, gələcək anaların döşlə əmizdirməyə hazırlanmasından ibarətdir [25,28].

III mərhələ tədbirlərini gənc qadınlar üçün xarakterik olan hamiləliyin rasional olaraq aparılması təşkil edir [26,29,30].

IV mərhələdə ayrı-ayrı doğum evlərində və uşaq xəstəxanalarının yenidoğulan uşaqların patologiyası şöbələrində, uşaq poliklinikalarının ərazi sahələrində yenidoğulanlara yeniyetmə-anadan doğulan uşaqların aparılması xüsusiyyətləri nəzərə alınmaqla tibbi yardım göstərilir, yeniyetmə analara düzgün qidalandırma, uşağa qulluq qaydaları öyrədilir [2,6,10,17].

Ana və uşağın sağlamlığının mühafizəsi sistemində tibbi yardımın göstərilməsinin I və IV mərhələlərində uşaq poliklinikalarının ərazi sahələrində, uşaq və yeniyetmə ginekologiyası kabinetlərində və ixitisaslaşdırılmış müalicə müəssisələrində tədbirlərin aparılması təmin olunur [18,24].

Son illər yeniyetmə-qızların reproduktiv sağlamlığının öyrənilməsi üzrə ədəbiyyat mənbələri kifayət qədər çoxdur. Yeniyetməlik dövründə reproduktiv funksiyasının yerinə yetirilməsini xarakterizə edən nəticələrin müxtəlif olmasına, göstəriclərin tezliyinin zidiyyətli və bir-biriniə əks olmasına baxmayaraq, onların ərazi xüsusiyyətlərinə malik olması, yeniyetmə-qızların yaşadıqları mühitin onların reproduktiv funksiyasına ekoloji-coğrafi, tibbi-sosial və sosial-mədəni faktorların müəyyən rol oynaması haqqında qənaətə gəlmək mümkündür [28].

Qızların cinsi yetkinlik dövrü fərdi inkişafın ən məsuliyyətli mərhələlərindən biridir. Bu zaman cinsi hipotalamik mərkəz aktivləşir, hipofizin honadotropin aktivliyi artır, yumurtalıqların hormonları produksiya etmək funksiyası bərqərar olur. Yumurtalıqların hormonal aktivləşməsi həm indalominlərin, həm də katexolaminlərin mübadiləsi ilə əlaqədardır ki, bunlar da qanda hipotalamik relizinq-faktorların və hipofizar honadotropinlərin tərkibinə təsir göstərir. Bunlar hipotalamus-hipofiz-yumurtalıq sistemində mənfi və müsbət əks əlaqələrin formalaşmasına, sonra isə onun fəliayyətinin ardıcıllığına imkan verirlər [23].

Cinsi yetişmənin yekun mərhələsində siklin ortasında qanda LH-ın səviyyəsi serotonin minimal səviyyəsi və noradrenalinin yüksək sekkresiyası ilə üst-üstə düşür ki, bu da ovulyasiyanı təmin edir. Endometriyanın kifayət qədər inkişaf etdiyi dövrdə adətən LH pikindən sonra ilk aybaşı (menarxe) baş verir [15].

Menarxedən sonra qız cinsi yetişmənin ikinci fazasına daxil olur. Bu dövr ərzində ovulyasiya prosesində iştirak edən sinir və endokrin sistemin müxtəlif halqalarının birləşməsi baş verir. Qızlarda menarxedən sonra bir il ərzində 80% halda anovulyator sikllər müşahidə oluna bilər [16].

Hipotalamus-hipofiz sisteminə zədələyici faktorlar təsir göstərdikdə aybaşının siklliyi pozulur ki, bu da uzun müddət ərzində anovulyasiyanın persistensiyasına səbəb olur. Uzun müddətli anovulyasiyalar aybaşı ritminin disfunksional uşaqlıq qanxmalarından başlamış amenoroyaya qədər pozuntularına səbəb olur. Bunlar uşaqlıq hipoplaziyası ilə yanaşı baş verə bilər. Nəticədə multifollikulyar yumurtalıqlar formalaşır, bəzi hallarda isə endometriyada hiperplastik proseslər baş verir [18].

Yeniyetməlik ginekologiyası sahəsində menarxe başlandıqdan 1 il çox davam edən aybaşı ritmi pozuntusuna pubertat dövrün əsas ağırlaşması kimi yanaşılır. Bu hal müəyyən hipotalamik disfunksiyanın baş veridiyini göstərir [4,18]. Bir sıra tədqiqat işlərində göstərilmişdir ki, ağırlaşmış pubertat dövrü olan qızlar sonralar sonsuzluqdan, vərdişi düşüklərdən, eləcə də hormonalasılı ginekoloji xəstəliklərdən əziyyət çəkirlər [26].

Bir çox müəlliflər qeyd edirlər ki, patoloji pubertatı olan qadınlarda hamiləlik və doğuşlar populyasiyaya nisbətən daha ağır keçir. Onlar pubertatda aybaşı funksiyasının pozulmasına reproduktiv itkilər risk faktoru kimi yanaşırlar [2,27,34].

Uşaq və yeniyetmələrin orqanizmlərinin əsas fərqləndirici cəhəti kimi hipotalamus-hipofiz-vəzilər-hədəflər sisteminin yetkin olmaması və endokrin vəzilərin sinir tənzimlənməsi sisteminin inkişafının başa çatmamasındn ibarətdir [16].

Postnatal ontogenez prosesində endokrin vəzilərin, onların sinir tənzimlənməsinin təkamülü və toxuma reseptorlarının toxuma hormonlarına qarşı həssaslığının dəyişməsi baş verir. Pubertatda sitoreseptorların səviyyəsi artır. Hormonlara qarşı yaş refrakterloğu spesifik həssaslıq ilə əvəz olunur. Steroid hormonların sekresiyasında iştirak edən ferment sistemlərin aktivliyinin genetik defisiti nəticəsində yumurtalıqların və böyrəküstü vəzinin hipotalamus-hipofiz tənzimlənməsi pozulur ki, bu da qızlarda pubertatın gedişatının ağırlaşmasına səbəb olur [14,19,25].

Pubertat ağırlaşmaları olan qızlar ilə fizioloji gedişatlı pubertatda olan qızlar arasında yumuratlıq və endometriya reseptor aparatının vəziyyəti baxımından fərqlər müşahidə olunur ki, bu da pubertatın gedişat xüsusiyyətləri ilə aybaşı funksiyasının pozuntularının formalaşması arasında əlaqənin olduğunu göstərir.

ƏDƏBİYYAT

1. Юрьев В.К. Медико-социальные проблемы формирования репродуктивного потенциала девочек и девушек // Сборник докладов, 2000, Ч.1, с.365-368.
2. Fathalla M.F.Reproduktive helth:a global overview // EarlyHum. Dev., 1999, v.29(l-3), p.65-42.
3. Golde I.W., Cline M. J. Hormonal interactions with hematopoietic cell in vitro // Transplant, 1999, v.10, p.95-97.
4. Аккузина О.Г1., Смирнова Н.Н., Борисова Н.В. Просвещение молодежи- решающий фактор сохранения репродуктивного здоровья населения / Матер. X Всерос. науч. форума «Мать и дитя». М., 2009, с.484-485.
5. Баранов А.А., Игнатьева Р.К. Научно-теоретическое обоснование выбора приоритетов при формировании современной политики в области защиты жизни и здоровья матери, ребенка и семьи // Педиатрия, 1994, № 1, с.6-8.
6. Fisher J.W., Busuttil R.W. Sites of production of erythropoietin //Kidney hormones, 2000, v.2, p. 165-186.
7. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании // Вестник РАМН, 2009, №5, с.6-11.
8. Fried W., Barone-Varelas J., Barone T. The influence og age and sex o erythropoietin titers in renal extracts of hypocsic rats // Exp. Hemat., 2001, v.34, p.23-24
9. Баранов А.А., Санников А.Б. Половое воспитание и сексуальное образование необходимы // Врач, 2002, № 3, с.40-41.
10. Безнощенко Г.Б. Особенности полового развития и становления менструальной функции у девочек-подростков Западно-Сибирского региона / II Всероссийская конф. по гинекологии детей и подростков: тез. докл. Барнаул-Белокуриха, 1996, с.50-51.
11. Артюкова О.В., КоколинаВ.Ф. Гипоталамический синдром пубертатного периода // Вестник Российской ассоциации акушеров и гинекологов, 1997, №2, с.45-49.
12. Белокриницкая Т.Е., Лобачева Л.Л., Жамсаранов З.Б. Репродуктивное и контрацептивное поведение женщин Забайкалья // Планирование семьи, 2002, № 2, с.8-10.
13. Ильин А.Г., Звездина И.В. Современные тенденции динамики состояния здоровья подростков // Гигиена и санитария, 2000, №1. с.61.
14. Бехало В.А., Лосева О.К., Сысолятина Е.В. Репродуктивное здоровье и сексуальное поведение подростков // Репродуктивное здоровье детей и подростков, 2007, №5, с.73-79.
15. Ананьева Н.А., Ямпольская Г.А. О необходимости особого контроля за здоровьем и физическим развитием девочек-школьниц // Школа здоровья, 1995, № 4, с.15-18.
16. Богданова Е.А. Организация медицинской помощи девочкам с гинекологической патологией // Росс, педиатр, журн., 2002, № 4, с.4-6.
17. Быстрицкая Т.С., Целуйко С.С. Беременность и гинекологическое здоровье у подростков. Ростов-на-Дону: Феникс, 2006, 256 с.
18. Васильков А.А. Функциональное развитие воспитанников домов детства // Гигиена и санитария, 2000, №5, с.54-56.I
19. Дзаразова М.А., Омаров С.-М.А. Репродуктивный потенциал у девушек с йоддефицитными состояниями в республике Ингушетия. Махачкала, 2008, 91с.
20. Жидко Л.Б. Гормональный статус и репродуктивная функция девочек-подростков и девушек с нефротическим синдромом // Охрана репродуктив. здоровья подростков, 2000, №2, с.98-100.
21. Styne D.M. New aspects in the diagnosis and treatment of pubertal disorders //Pediart. Clin. North Am., 2005, v.44.N2, p.505-539.
22. Блакстейн Д.Т., Кунгли И.М. Ановуляция: Новый подход к оценке и лечению // Сандоз ревю., 1992, № 1, с.11-14.
23. Захарова Т.Г. Прогноз репродуктивного здоровья девушек-подростков и пути его укрепления // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья, 2002, Т.5, №2, с.34-37.
24. Peschle C.E., Rappaport I.A., Magli M.C.Fetal role of the hypophysis in erythropoietin production during hypoxia // Blood, 1998, v.51, p.1117-1124.
25. Йоффе Л.А. Гигиеническая характеристика факторов влияющих на половое развитие и репродуктивное здоровье городских и сельских девочек- подростко:. Автореф. дис…. докт.мед.наук. М., 2004, 42с.

26. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков. М.: МИА, 2000, 332 с.
27. Камаев И.А. Медико-социальные аспекты репродуктивного потенциала девушек подростков сельской местности // Гигиена и санитария, 2005, №4, с.50-51.
28. Саидова Р.А. Нарушения менструального цикла в период полового созревания // Российский медицинский журнал, 2002, №18, с.886-889.
29. Dryfoos J., Fabbri R. School-based health clinics: A new approach to preventing adolescent pregnancy // Fam.Plan.Persp., 2001, v.17, p.70-75.
30. Fenster L., Waller K., Chen J. et al Psychological stress in the workplace and menstrual function / Am. J. Epidemiol., 1999, v.149, p.686.
31. Белокриницкая Т.Е., Мочалова М.Н., Некрасова Н.Е. Безопасный аборт: вопросы политики и практики: пособие для врачей. Чита, 2008, 24 с.
32. Fishbane M.S. Safety in iron management // Am.J. Kidney Dis., 2003, v.41, N5, p.18-26.
33. Golde D.W. Hormonal modulation of erythropoiesis: in vitro / In vitro aspects of erythropoiesis. Ed. MJ. Murpfy, 1998, p.81-85.
34. Johnson M.H., Everitt B.J. Essential reproduction. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 2002, p.352.
35. Nagae Y., Miyamoto H., Suzuki Y., Shimizu H. Effect of estrogen on induction of micronuclei by mutagens in male mice // Mutat. Res., 2001, v.2, p.21-26

Резюме

Современное представление о потенциале репродуктивного здоровья девушек подростков

Н.М.Камилова, Ш.М.Халилова

По данным ВОЗ, здоровье человека на 49-53% определяется образом жизни, на 17-20% - природно-экологическими факторами и лишь на 8-10% - качеством и доступностью медицинской помощи. В процессе постнатального онтогенеза происходит эволюция эндокринных желез, их нервной регуляции и изменение чувствительности тканевых рецепторов к тканевым гормонам. В пубертате уровень циторецепторов возрастает. Возрастная рефрактерность к гормонам сменяется появлением специфической чувствительности. В результате генетического дефицита активности ферментных систем, участвующих в секреции стероидных гормонов, происходит нарушение гипоталамо-гипофизарной регуляции функции яичников и надпочечников, что приводит к осложненному течению пубертата у девочек. У девушек с осложненным пубертатом наблюдаются различия с девушками с физиологическим течением пубертата в состоянии рецепторного аппарата яичников и эндометрия, что указывает на взаимосвязь между особенностями течения пубертата и формированием нарушений менструальной функции.

Summary

The modern idea of the potential reproductive health of adolescent girls

N.M. Kamilova, Sh.M. Halilova

According to WHO, health is determined by 49-53% a way of life, 17-20% - natural and environmental factors, and only 8-10% - the quality and accessibility of health care. In the course of postnatal ontogenesis the evolution of the endocrine glands and their nervous regulation and changes in the sensitivity of tissue receptors to tissue hormones. In puberty tsitoretseptorov level increases. Age refractoriness to hormones replaced the appearance of specific sensitivity. As a result of a genetic deficiency of the activity of enzyme systems involved in the secretion of steroid hormones, is a violation of the hypothalamic-pituitary regulation of ovarian function and the adrenal glands, which leads to a complicated course of puberty in girls. The girls with complications of puberty, there are differences with the girls with physiological puberty in a state of the receptor apparatus of ovarian and endometrial cancer, which indicates that the relationship between the features of the flow and the formation of puberty, menstrual dysfunction.

Daxil olub: 29.09.2014

POLİKİSTOZ YUMURTALIQ SİNDROMU. REALLIQ VƏ PERSPEKTİVLƏR

Н.Н.Ахундова
Azərbaycan Tibb Universiteti, mamalıq-ginekologiya kafedrası, Bakı

Açar sözlər: polikistoz yumurtalıq, endokrin xəstəliklər, etiologiya, patogenez, diaqnostika, müalicə
Ключевые слова: поликистозные яичники, эндокринные болезни, этиология, патогенез, диагностика, лечение
Key words: polycystic ovaries, endocrine disease, etiology, pathogenesis, diagnosis, treatment

İlkin polikistoz yumurtalıqlar (PKY) və ya polikistoz yumurtalıq xəstəliyi (PKYX) dünya ədəbiyyatında Şteyn-Levantel sindromu adı altında məlumdur. ÜST təsnifatına görə polikistoz yumurtalıq sindromu adı altında işarə olunur [1,2,5].

Polikistoz yumurtalıq xəstəliyi endokrin pozuntular və oliqomenoreya, anovulyator sonsuzluq, hirsutizm, piylənmə, eləcə də yumurtalıqların poliksitoz dəyişiklikləri, onların ölçüsünün dəyişməsi fonunda inkişaf edən klinik simptomkompleksdir.

Oliqoamenoreya, anovulyator sonsuzluq (çox zaman ilkin) və yumurtalıqların polikistoz dəyişiklikləri praktik olaraq xəstəliyin bütün hallarında aşkar olunur, lakin hirsutizm, piylənmə, yumurtalıqların ölçülərinin böyüməsi dəyişkən ola bilər və ya ümumiyyətlə olmur [3.8.11].

Polikstoz yumurtalıq xəstəliyi- nevroloji-mübadilə pozuntuları fonunda yumurtalıqların struktur və funksiyasının patologiyasıdır. Xəstəlik etiologiyasına görə bölünür: ilkin polikistoz (syn. Şteyn- Levantal sindromu; polikistoz yumurtalıq xəstəliyi). Onun ginekoloji xəstəliklər arasında tezliyi 1,4-2,8% təşkil edir. PKYX çox zaman pubertat dövründə debüt edir. İlkin polikistoz yumurtalıqlar- səbəbi hipotalamus- hipofiz- yumurtalıq sistemində hamiləlik və ya doğuş patologiyası və ya bu sistemin anadangəlmə qüsuru nəticəsində ilkin pozuntular olan xəstəlikdir.

İkincili polikistoz yumurtalıq- (syn. Polikistoz yumurtalıqlar sindromu)- artıq mövcud olan endokrin patologiya fonunda inkişaf edən (məsələn, İsenko- Kuşinq sindromu, adre-nogenital sindromun pubertat formaları zamanı, hipotalamik sindrom, hiperpro- laktinemiya zamanı və başqa vəziyyətlərdə) xəstəlikdir [4,7,10].

Yumurtalıqların ölçülərinin artması xarakterik olsa da, xəstəliyin obliqat əlaməti deyi-l dir. Bu faktdan çıxış edərək ayrılır: yumurtalıqların ölçülərinin böyüməsi ilə müşayiət olunan birinci tipli polikistoz xəstəliyi. İkinci tipli PKYX yumuralqıların ölçüsünün böyüməsi ilə müşayiət olunmur. Bu təsnifata əsasən xarici ədəbiyyatda rast gəlinir [4.6.7.9].

PKYX- multifaktorlu patologiyadır. Çoxsaylı etioloji faktorlar arasında xəstənin anasının hamiləliyinin və ya doğuşlarının gedişatı əhəmiyyət kəsb edir. 55% qızların anaları polikistoz yumurtalıq sindromundan əziyyət çəkmişdir. Həyat anamnezində hamiləlik və doğuşun bu və ya digər patologiyaları aşkar olunmuşdur. Daha çox ananın hamiləliyinin müxtəlif dövrlərində düşük təhlükəsi, hestoz ilə müşayiət olunan doğuşları, dölyanı mayenin vaxtından əvvəl açılması, susuz dövrün uzun müddətli olması, dölün kəskin asfiksiyası və başqa vəziyyətli olan, dölün kəskin və xronik hipoksiyası. Bu etioloji faktorlar xəstəliyin mərkəzi sinir formasının inkişafında müəyyən əhəmiyyət kəsb edir.

Qızın yenidoğulmuş olduğu müddətdə, erkən uşaqlıqda, prepubertat dövrdə keçirdiyi xəstəliklər, xüsusilə, pubertat kəskin və xronik infeksiyaları əhəmiyyət kəsb edir, onların arasında birinci yeri ağız boşluğu və burun-udlaq infeksiyaları, neyroinfeksiyalar, eləcə də intoksikasiya tutur [6,7,9]

Xüsusilə qeyd etmək lazımdır ki, son illərin ədəbiyyat mənbələrində daha çox residivləşən ağız boşluğu və burun- udlaq infeksiyalarının olması haqda məlumatlar vardır ki, onlar infeksion mənşəli olduğu üçün çox müxtəlif ginekoloji xəstəliklərə gətirib çıxardığını göstərir.

Son illər qızların daxili cinsiyyət orqanlarının xronik residivləşən xronik infeksi- yaları və onların PKYX- salpinhooforitlərin inkişafına səbəb olması haqda məlumatlar yazılır. Bu fakt onunla izah olunur ki, xronik ilthabi xəstəliklər yumurtalıq toxumalarının distorfik dəyişik-liklərinə gətirib çıxarır, hədəf- orqanlarının reseptor aparat səviyyəsində hormonal təsirə qarşı həssaslığını pozur, yumurtalıq toxumasının fibrozu və sklerasının inkişafına səbəb olur. Etioloji faktor rolunda xüsusilə uşaqlıq və pubertat dövründə baş verən kəllə-beyin travmaları çıxış edə bilər. Baş beyin silkələnmələri, kontuziyalar, zədələnmələr PKYX-in mərkəzi formlarının genezində böyük

rol oynayır. Psixoloji- emosional gərginlik, psixi travmalar, stresslər xəstəliyin səbəbləri arasında birinci yerlərdən birini tutur, müasir dövrdə isə uşaq orqanizminə olan yük artdıqca ön plana keçir. Son illər ədəbiyyatda bu faktorlara daha çox diqqət ayrılır [7.10.12.13].

PKYX-in səbəbi yumurtalıq sisteminin anadangəlmə fermentativ genetik determinə olunmuş qüsurları ola bilər. Daha çox 19-hidroksilaza və 3-beta-oldegidrogenaza sistemi çatışmzalığına rast gəlinir. 19-hidroksilazanın köməkliyi ilə yumurtalıqlarda androgenlərin (testosteron) estrogenlərə çevrilməsi baş verir. Qüsurlar nəticəsində sonuncuların androgen-testosteronun sintezi aktiv baş verir. Androstendionun estradiola çevrilməsinə cavab- deh olan 3-beta-oldehidrogenazanın çatışmazlığı zamanı qan plazmasında androstendionun və dehidroepiandrosteronun çox yüksək səviyyəsi aşkar olunmuşdur. Beləliklə, bu fermentativ sistemlərin anadangəlmə çatışmazlıqları zamanı ovarial mənşəli hiperandrogeniya inkişaf edir [30].

İrsi faktor xəstəliyin genezində müəyyən rol oynayır. Tədqiqatın müəlliflərinin fikrincə, PKYX X- birləşən dominant tip üzrə irsən qazanılan xəstəlik şəklində təzahür edə bilər. Bir sıra xəstələrdə müayinələrin gediatında X-xromosomun bu çiyninin olmaması və ya mozaysizm aşkar olunmuşdur. Buna baxmayaraq, PKYX olan xəstələrin əksəriyyəti normal 46XX kariotiina malikdirlər.

Ayrıca olaraq yumurtalıqlarda polikistoz dəyişikliklərə və klinik simpomtkompleks xəstəliklərin yaranmasına səbəb olan bir sıra halları, daha doğrusu endokrin xəstəliklər qrupunu ayırmaq lazımdır

Beləliklə, polikstoz yumurtalıqlar sindromu çox zaman bu hallarda inkişaf edir:

-İseko- Kuşinq xəstəliyi və sindromu;

-Hamiləlik;

-Hipotalamik sindrom;

-Pubertat formalı adrenogenital sindrom (16);

-Həm üzvi, həm də funksional təbiətli hiperprolaktinemiya;

-Piylənmə.

Müasir təsəvvürlərə görə polikistoz yumurtalıqlar zamanı etioloji faktorların təsiri altında RH LH sekresiyasının sirxoral ritmi pozulur. Patogen faktor ya hipotalamusüstü ya da hipotalamus səviyyəsində təsir göstərə bilər. Bununla yanaşı hipotalamusüstü sahəni dominergik təsir zəifləyə bilər və ya serotonik təsirlər güclənə bilər, bununla eyni zaman endogen opiatların konsentrasiyası arta bilər. Onların nəzarəti altında hipotalamusun hipofizar şöbəsi fəaliyyət göstərir. Hipotalamusun hipofizotrop zonasına onun arkuat nüvəsi aid edilir, burada LH hormonun rilizinq sekresiyası baş verir. Bununla əlaqədar olaraq mediobazal hipotalamusun arkuat nüvəsi arkuat ossilyator adını daşıyır [14,15,17].

Son illər təyin olunmuşdur ki, PKYX zamanı arkuat ossilyarın qeyri-stabil fəaliyyəti əlavə olaraq müntəzəm RH LH atımı ilə bağlı olur [15]. Qeyd etmək lazımdır ki, RH-LH atımı bu xəstəlik zamanı tezliyini artması və amplitudun azalması ilə bağlıdır. Klinik tədqi- qatların göstəricilərinə əsasən PKYX zamanı RH-LH sekresiya pikləri arasında interval orta hesabla 32 dəqiqə təşkil etmişdir, yəni bir saata iki atım baş verir.

RH-LH- ın sirxoral ritminin pozulması təbii olaraq honadotropinlərin sekresiyasının, xüsusilə FSH və LH-ın pozulmasına gətirib şıxarır.

FSH-ın normal və ya aşağı səviyyəsi fonunda polikistoz yumurtalıqların patoqnomik əlamətləri LH-ın sekresiyasının artmasından ibarətdir. Bununla yanaşı LH-ın sekresiyası monoton tonik xarakter daşıyır və erovulyator pik yox olur [15,16,17,18,19].

LH/FSH nisbətinin artması yumurtalıqların qeyri-adekvat stimulyasiyasına gətirib çıxarır. Bunun nəticəsi olaraq onlarda steroidogenezin pozulması baş verir. Bu pozuntular xəstəliyin patogenezində vacib rol oynayır, klinik təzahürlərin kəskinlik dərəcəsi təyin olunur, ona görə də onlara xüsusi diqqət yetirmək lazımdır [20].

LH-ə qraşı reseptorları olan theca intema follikul hüceyrələri sonuncunun yüksək sekresiyası şəraitində sintezi androgenlər normasından daha çox olur. FSH reseptorlarına malik olan qranulyoz hüceyrələri isə sonuncunun təsirinin defisitinə məruz qalır. FSH qranulyozin stimulyasiya çatışmazlığının nəticəsində FSH-asılı hüceyrədaxili aromatazların aktivliyi artır. Qranulyoz hüceyrələri çoxlu miqdarda androgenlərin estrogenlərə metobolizə olmaq qabiliyyətində olmur, PKYX üçün davamlı hiperandrogeniya yaranır. Bu xəstəlik zamanı estrogenlərin aşağı səviyyəsi uşaqlığın azalmasına səbəb olur (hipoplaziya). Uşaqlığın hipoplaziyası hiperandrogeniya zamanı baş verir. Bu əlamət xəstəliyin bu səbəblərində baş vermir və obliqat olmur [7,17,22[.

Digər tərəfdən FS.19.H çatışmazlığı follikulların yaranmasını və yetişməsini təmin edir ki, bunlar mərhələli inkişafdan keçmir, ya birinci mərhələdə "ilişirlər", ya da ikinci

mərhələdə az qeyd olunurlar. Follikulogenez və androgenləri ləngidirlər ki, onların səviyyəsi artıq yuxarıda qeyd olunduğu kimi kifayət qədər yüksək rəqəmlərə çatır. FSH çatışmazlığı və androgenlərin həddindən artıq olması şəraitində follikullar uzun müddət qalırlar, sonra atreziyaya uğrayırlar. Follikulogenezin qeyd olunan pozuntuları kistoz atreziya adlanır. Yumurtalıqardakı kistoz- atretik dəyişikliklər PKYX- in oibliqat əlaməti hesab olunur və demək olar ki, 100% halda aşkar olunur [7,14,23,24[.

Kistoz- atrofik follikullar androgenlərin yüksək sekresiyası üçün zəmin yaradır ki, bunlar da öz növbəsində kistoz atreziyalara səbəb olur və ovulaysiyanı blokadaya alır (xronik anovulaysiya təyin olunur). Dairə qapanır, bu mərhələdə patoloji proseslərin patogenezi öz-özünü dəstəkləmək qabiliyyəti alır [22.23.25]. Yumurtalıqlarda yuxarıda qeyd olunanlardan başqa stromanın hiperplaziyası prosesi baş verir ki, bu da LH- ın həddindən artıq stimulyasiyasının nəticəsi olaraq baş verir (hüceyrələrin gövdələri kimi yumurtalıqların stroma hüceyrələri androgen mənbəyi hesab olunur), eləcə də hiperandrogeniya nəticəsində kapsulun sərtləşməsi baş verir. PKYX zamanı dörd patolmorfoloji proses nəticəsində (1-theca inntema hiperplaziyası, 2-yumurtalıq stroma hiperplaziyası, 3-follikulyar aparatın kistoz atreziyası, 4-kapsulun sərtləşməsi) yumurtalıqların həcmi böyüyür. Qeyd etmək lazımdır ki, yumurtalıqların həcminin artması obliqat əlamət deyildir. Lakin yumurtalıqların qabarıq olaraq həcminin artması ikincili poliksitoz yumrtalıqlar üçün deyil, daha çox Şteyn-Levantal sindromu üçün xarakterikdir. PKYX zamanı yumurtalıqlar ikitərəfli simmetrik böyüyürlər [24.26.27].

Kistoz- atretik follikullar uzun müddət yumurtalıqda persistə olunaraq bütün aybaşı boyunca təqribən eyni miqdarda estrogenlər yaradırlar. PKYX üçün xarakterik estrogenlərin monoton sekresiyası endometri uzun müddətli proliferasiyası vəziyyətində saxlayır.

Xronik anovulyasiya sarı cismin olmaması və kəskin progesteron çatışmazlığı ilə əlaqədar olub, endometrin sekretor transformasiyasına gətirib çıxarır. Bu mərhələdə estrogenlərin sekresiyasını nisbi hiperestrogeniya kimi təyin etmək olar. Endometrdə belə dəyişikliklər orada hiperplastik proseslərin getməsi üçün əlvrişli fon yaradır [12.13.27].

Son illərin göstəricilərinə əsasən PKYX zamanı adenomatoz hiperplaziyanın tezliyi 19,5% təşkil edir, bu xəstəlik zamanı adenokarsionamnın yaranma tezliyi isə 2%- ə çatır [26.27.29]. Yuxarıda qeyd olunan faktlardan məlum olur ki, PKYX- uşaqlıq gövdəsi xərçənginin yaranması üçün risk faktorudur.

PKYX- in diaqnostika və müalicəsi. 19-30 yaş arasında PKYX olan xəstələr qadın məsləhətaxanalarına müraciət etdikdə sonsuzluqdan, aybaşı siklinin pozulması və hirsutizmdən şikayət edirlər.

PKYX olan xəstələrin əksəriyyətində menarxenin vaxtında başlanmasına baxmayaraq (74%) ilkin oliqomenoreya qeydə alınır. Aybaşı siklinin birincili və ikincili amenoreya tipi üzrə pozulması (18%) və dusfunksional uşaqlıq qanaxmaları (8%) nisbətən az müşahidə olunur. Bu kontingent xəstələrdə müntəzəm aybaşı ritmi müşahidə olunmur. 15% halda aybaşı sikli menarxedən 1-2 il sonra baş verir. Hər 7-9- cu xəstədə oliqomanoreya tədricən ikincili amenoreya və ya disfunksional uşaqlıq qanaxmalarına çevrilir [27,28,29,30,31,32,33].

Hipertrixoz kəskin qabarıq olmur. Cod tüklər baldırda, baldırların arxa tərəfində, aralıqda, bəzən qarnın ağ xəttində əmələ gəlir. Üzdə tüklənmə adətən dodaqların üzərində "bığların" əmələ gəlməsi ilə məhdudlaşır [33].

Piy mübadiləsinin pozulması 24% xəstədə müşahidə olunur, onun tezliyi populyasiyada fərqli olmur. Xəstələrin əksər hissəsində bədən çəkisinin artması 11-16 yaşlarında başlayır. Bütün xəstələrdə dərialtı piy qatı bərabər yayılmış, universal xarakterli olur [7.9.11].

Ginekoloji müayinələr zamanı 30% xəstədə uşaqlıq gövdəsi normadan az olur. Hər iki tərəfdən yumurtalığın artması 41% halda müşahidə olunur, bir yumurtalıqda 22% olur. Funksional diaqnostika testləri üzrə müayinələr zamanı əksər xəstələrdə (88,5%) anovulyasiya, yalnız 11,5% halda monofaza bazal temperatur lütein faza çatışmazlığı ilə əvəz olunması qeydə alınmışdır ki, bu da sonsuzluğun səbəbidir. Hormonal testlər- progesteron estrogen- hestagen testlər (siklik rejimdə) endometrin cavab reaksiyasının aşkar olunması və estrogen-hestagen zənginliyin səviyyəsinin qiymətləndirilməsi üçün aparılır. PKYX-dən şübhəli olan bütün xəstələrə ultrasəs müayinələrin aparılması lazımdır. PKYX-ın exoskopik meyarları: yumurtalıqların ölçüsünün artması (9 sm^3 dən çox həcmin artması), diametri 3-8 mm olan 8-10 follikulyar fırçaların olması, stromal sərtliyin artması. Bir sıra müşahidələr zamanı yumurtalıqların ağ örtüyünün qalınlığını vizualizə etmək mümkündür. Bu ötrtük aşağı

səviyyəli səs keçiriciliyi ilə fərqlənir. PKYX olan xəstələr üçün uşaqlığın ön-arxa hissəsinin ölçülərinin azalması və norma ilə müqayisədə yumurtalıqların ölçüsünün böyüməsi xarakterikdir. Daha dəqiq informasiya yumurtalıq-uşaqlıq indeksi (YUİ) hesablandıqda müşahidə olunur. Normada YUİ 3,5- dən yuxarı olmamalıdır. PKYX zamanı 91% halda 3,5- dən yuxarı olmur [7.19.21].

Aşağıdakı hormonal müayinələrin aparılması məqsədəuyğundur: qanda prolaktin, LH, FSH, E2 estradiol, progesteron, testosteron (TS) və kortizolun səviyyəsinin və 17- ketosteriodlərin (17-KS) sidik ilə ekskresiyasının təyin olunması [16.17].

Oliqomenoreya olan xəstələrdə aybaşı siklinin 7-8-ci günlərində, amenoreya olan xəstələrdə istənilən vaxt hormonların səviyyəsi təyin olunur. LH-ın bazal səviyyəsi 70% xəstədə normadan yüksək olmur, 30% halda FSH-ın aşağı olması maüyinə olunur. LH/FSH indeksi PKYX üçün daha çox xarakterik olan əlamətdir və demək olar ki, bütün xəstələrdə onun həddi 2-dən yüksək olur, normal hədd isə 1-1,5 arasında olur. LH- ın səviyyəsinin yuxarı norma həddi olduğu halda 500 mBV/l 17-20% xəstədə 2000 mBV/l- ə qədər çatması qeydə alınır. LH- ın səviyyəsi yüksək olduqda müayinələr 1,0-1,4 gündən sora müayinələr təkrar aparılır. Qanda TS- ın səviyyəsi, demək olar ki, PKYX olan bütün xəstələrdə normanın yuxarı həddinə uyğun olur və ya nəzərəçarpacaq dərəcədə yüksək olur. Qanda KT- ın və 17- ks- in sidik ilə ekskresiyasının səviyyəsi PKYX olan bütün xəstələrdə normal həddən yüksək olmur [16.17.20.21.].

Laparoskopiyanın aparılması informativ hesab olunur. Laparoskopiya zamanı PKYX üçün xarakterik vizual əlamət yumurtalıqların uzunluqda 5-6- sm və eninə 4 sm-ə qədər ikitərəfli artması (91%), parlaq mirvari çalarlı səthi dartılmış honadlı ağacvari damarlı müxtəilf qabarıqlılıq dərəcəsi olan mənzərədir (100%), ağ örtük kəskin qalınlaşmış olur (97%), kəsikdə kapsulaltı kistlər və xırda kistlər olur (100%), uşaqlıqarxası boşluqda sərbəst peritoneal maye olur (85%) [12].

PKYX üçün morfoloji morfometrik əlamət primordial, yetişmiş və atretik follikulların sayının 2-5 dəfə çox olması (100%), dolğun sarı cısmin olmaması (100%), yumurtalıqların struktur quruluşunun anadangəlmə qüsurlarının olmaması (100%), ağ örtüyün 2 dəfə və daha artıq sklerozirləşməsi və qalınlaşmasıdır (97%) [7,14,15,16,17].

Endometrin vəziyyətinin dəqiqləşdirilməsi üçün histeroskopiya və sonra uşaqlıq gövdəsinin selikli qişasının total qaşınması və yaxmanın histoloji müayinəsi aparılır. Histeroskopiya zamanı [27] endometr atrofiyası (47%), nazik selikli qişa (31%), müxtəli qabarıqlılıq dərəcəsi olan hiperplastik porseslər (17%), endometr polipləri (5%) aşkar olunur. Endometr yaxmasının histoloji müayinələri zamanı endometr atrofiyası və ya nazik selikli qişa (72%), endometrin hiperplastik prosesləri (15%), proliferasiya mərhələsində olan selikli qişa və endometr polipləri (uyğun olaraq 7,5 və 5,5%) müşahidə olunur [28.29.30].

Endometrin hiperplastik prosesləri daha DUQ olan, nadir hallarda oliqomenoreya olan xəstələrdə müşahidə olunur. Histeroskopiya və histoloji müayinələr zamanı diaqnozların üst-üstə düşməsi tezliyi 93% təşkil edir ki, bu da hər iki metodun yüksək informativliyini göstərir. Endometrin histoloji müayinələri PKYX olan bütün xəstələr üçün mütləqdir.

Bu qrupdan olan xəstələrin müalicəsi reproduktiv funksiyanın bərpa olunmasına yönəlmiş olur və buraya həm konservativ müalicə, həm də cərrahi müalicə metodu daxildir.

Ginekologiyanın aktual problemlərindən biri polikstioz yumurtalıqlar sindromu xəstəliyi (PKYSX) olan xəstələrin müalicəsidir. PKYSX-in müalicə taktikası müayyən dəyikliklərə məruz qalmışdır, lakin yekun olaraq dəqiqləşdirilməmişdir. Aparılan elmi tədqiqatların inkişaf etməsi, praktikaya effektiv hormonal preparatların tətbiq olunması hazırda aşağıdakı müalicə növlərinin tətdiq olunmasına zəmin yaratmışdır: tək hestagenlərin və ya hestagenlərə yanaşı estrogenlərin tətbiqi, prohestinlər, antiestrogen (klomifen, tamo- iksifen), honadotropinlərin təyin olunması, parlodelin istifadə olunması, RH- LH- ın pulsasiya ilə yeridilməsi, qlükokortikoidlərin, cərrahi müalicənin tətbiq olunması.

Belə patologiya zamanı qadınların müalicəsi üsulları barədə məsələ ciddi şəkildə fərdi həll olunmalıdır. PKYSX zamanı konkret müalicənin növü xəstəliyin klinik-patogenetik variantlarına əsasən təyin olunur. PKYX olan xəstələrin müalicəsinin effektivliyinin qiymətləndirilməsi meyarı bunlardır: aybaşı siklinin bərpa olması, ovulyasiyanın baş verməsi, endometrin sekretor dəyişiklikləri, hamiləliyin baş verməsi, qabarıq hirsutizmin aşağı düşməsi, psixi status və vegetativ tənzimlənmənin normallaşması.

70-ci illərdən başlayaraq induksiya olunmuş ovulyasiya üçün antiestrogenlərə aid olan

klomifendən istifadə olunur. Onun təsir mexanizmi hipotalamus səviyyəsində E2 reseptorlarının blokadasından ibarətdir, bunun sayəsində yumurtalıqlar və hipofizin ön payı arasında mənfi əks əlaqə kəsilir. Ona görə də klomifenin qəbulu kəsildikdən sonra LH və FSH atımı baş verir. FSH-ın səviyyəsinin artması follikulların yetişməsini stimullaşdırır, onun qranulyoz hüceyrələrində E2 sintezinin artması LH-ın ovulyator artımı üçün müsbət əks əlaqə siqnal kimi çıxış edir. Klomifen ilə müalicənin effektivliyi ovulaysiyanın baş verməsi ilə təyin olunur, bu da təqribən 70-80% qadında baş verir, daha az 45- 50% hamiləlik baş verir; çoxdöllü hamiləliyin tezliyi 1,25-8% təşkil edir [7,27,28,29,30].

PKYX zamanı FSH- ın səviyyəsi bir qədər aşağı olduğu üçün FSH preparat olan metrodin ilə yanaşı xorionik honadotropin (profaziy və preqnil) preparatları uğurla istifadə olunur. 80- ci illərdə RH- LH pulsasiya edən sirxromal rejimdə saatda 1 dəfə tətbiq olunmağa başlanmışdır. Ovulyasiya və hamiləliyin baş vermə tezliyi müxtəlif müəlliflərin göstəricilərinə əsasən 80-90% arasında tərəddüd edir [20].

PKYX- in konservativ müalicəsinin məqsədi təkcə ovulyasiyanın stimulyasiyası və sonsuzluğun müalicəsi deyildir. Endometrin hiperplastik proseslərinin profilaktikasına yönəlmiş müalicənin aparılması da vacib məsələlərdən biridir. Bu məqsədlə honadotropinlərin səviyəsinin aşağı salınması və endometr proliferasiyasının ləngiməsi üçün kombinə- olunmuş estrogen-hestagen preparatları (oral kontraseptivləri- OK) istifadə olunur. Siklik rejimdə 6-8 ay ərzində OK-ın istifadə olunması təkcə endometrin proliferasiyasını aşağı salmır, həm də hipertrixozu azaldır və tədricən yumurtalıqların həcmini azaldır. Bu effektə yumutalıqlarda androgenlərin sisntezinin azaldılması ilə nail olunur [21,22]. J. Prelevic [43] görə 12-16 ay ərzində siproternasetatın etinilestadiol ilə yanaşı tətbiq olunması ilə 50%- dən çox yumurtalıqların ölçüsünün azalmasına nail olunur, bu zaman exoskopik olaraq kistoz dəyişikliklər yox olur. Klomifen və ya honadotropin preparatları ilə stimulyasiya qeyd olunan preparata nisbətən daha effektivdir.

Konservativ müalicədən müsbət effekt alınmadıqda PKYX diaqnozu təsdiq olunduqda cərrahi müalicəyə göstəriş vardır. PKYX sindromun tipik forması zamanı aybaşı və generativ funksiyaların bərpasının geniş yayılmış və effektiv metodlarından biri cərrahi müalicədir. Əməliyyat zamanı yumurtalıqların həcmi normal ölçülərə çatdırılır. Yumurtalıq toxuması həddindən çox kəsildikdə onların atrofiyası, lazımi qədər kəsilmədikdə isə polikistozun residivləri baş verə bilər [24.25].

Cərrahi giriş qismində çox zaman abdominal, nadir hallarda uşaqlıq yolu girişindən istifadə olunur. Bu metodun çoxsaylı müxtəlif modifikasiyaları vardır.

Yumurtalığa təsirdən asılı olaraq cərrahi müalicənin aşağıdakı növləri ayrılır: birtərəfli ovarioektomiya, ekstrovertir əməliyyat, dekortikasiya. Yumurtalıqların parçavarı kəsilməsi metodu ilə yanaşı omentopeksiya və reinervasiya (cinsi sinirin implantasiyası) tətbiq olunur. Lakin PKY sindromu olan xəstələrin müalicəsində bu metodların istifadəsi geniş vüsət almamışdır. Bu xəstəlik zamanı daha çox iki növ cərrahi müalicədən istifadə olunur: parçavari rezeksiya və yumurtalıqların elektro- (lazer) kauterizasiyası.

Yumurtalıqların parçavari rezeksiyası metodunun uzun müddət kifayət qədər uğurla klinik praktikaya tətbiq olunması, bu əməliyyatın müsbət təsir mexanizmi hazırda sona qədər tədqiq olunmamışdır, alınan göstəricilər isə son dərəcə zidiyyətlidir. [16], cərrahi müdaxilə ilə əlaqədar olan stress hipotalamus- hipofiz sisteminə müsbət təsir göstərər\k onu blokadaya alır. Əksər tədqiqatçılar yumurtalığın hormonal aktiv toxumasının kəsilməsinin RH-honadotropinin mərkəzi sekreaiyası funksiyasının normallaşmasına, LH/FSH nisbətinin normallaşmasına, testosteron, dehidroepiandrosteronun konsentrasiyasının azalmasına, qan zərdabında estradiolun səviyyəsinin artmasına səbəb olması fikrinə meyillidirlər.

Müxtəlif müəlliflər tərəfindən yumurtalıqların parçavari rezeksiyasından sonra aybaşı və reproduktiv funksiyanın bərpası ila əldə etdikləri göstəricilər zidiyyətlidir. Bu PKYX- ın patogenezinin, onun tipik formalarının aşkar olunmasının mürəkkəbliyi ilə əlaqədardır. Cərrahi müalicənin nəticəsinin həlledici əhəmiyyəti yumurtalıqların follikulyar aparatının, kapsul fibzorunun qabarıqlılıq dərəcəsi və yumurtalıq stromasının saxlanmasıdır.

Müsbət klomifen testinin yaxşı proqnostik göstəricilərinə görə LH/FSH- ın 3:1- dən çox olmaması əməliyyatdansonra aybaşıya bənzər reaksiyanın erkən baş verir. Qeyd etmək lazımdır ki, cərrahi müdaxilə hirsutizm və piylənməyə nəzərəçarapacaq təsir göstərmir.

Yumurtalıqların laparotom giriş ilə parçavari rezeksiyası kiçik çanaqda II- III dərəcəli bitişmə prosesinin baş verməsinə səbəb olur, bununla

əlaqədar olaraq PKYX zamanı sonsuzluğun müalicəsinin aparılamsı tövsiyə olunur. Yumurtalıqların standart biopsiyası da məqsədəuyğun deyildir, bu zaman onun az informativliyi ilə əlaqədar olaraq bioptatlar 1 sm-dən artıq olmur.

Hazırki dövrə qədər PKYX olan xəstələrdə reproduktiv funksiyaların bərpa olunması üçün laparotomiya vasitəsilə yumurtalıqların parçavari rezeksiyası aparılmaqda davam edir. Əməliyyatdan 1-5 il sonra heç bir effekt qeydə alınmayan xəstələrdə kontrol laparoskopiya zamanı kiçik çanaqda qabarıq bitişmə prosesi 100% halda aşkar edilmişdir. Yumurtalıqların atrofiyası 18%halda aşkar edilmişdir.

Yuxarıda qeyd olunanları nəzərə alsaq, PKYX zamanı laparotomyanın tətbiqi nisbətən az effektivdir, çünki endokrin sonsuzluğa boru-peritoneal sonsuzluğun birləşməsinin yüksək tezliyi qeydə alınır.

Klinik praktikaya endovideoskopik texnikanın tətbiq olunması ilə PKYX olan xəstələrin cərrahi müalicəsinə yeni yanaşma geniş vüsət almışdır. Hazırda cərrahi laparoskopiya tipik formalı PKYX xəstələrin müalicəsində seçim metodu hesab olunur. Polikistoz yumurtalıqların endocərrahi müalicəsində istifadə olunan əsas əməliyyat növləri yumurtalıqların parçavari rezeksiya və elektro- (lazer) kauterizsiyadır.

Laparoskopiya zamanı parçavari rezeksiya parçavari fraqmentin 2,0x2,0 sm ölçüdə kəsilməsi yolu ilə həyata keçirilir. Bu növ əməliyyatın çatışmazlığı yumurtalıq toxumasının zədələnməsinin cüzi dərinliyi və yumurtalıqların həcminin kifayət qədər azalmaması ilə əlaqədar ola bilər.

Yumurtalıqların termo (lazer) kauterizasiyası aşağıdakı kimi aparılır: iynəvari koaqulyator və ya lazer şüası vasitəsilə follikulyar kistin lokalizasiyasının mümkün proyeksiyasında (yumurtalıqların kapsulda qabarıqlaşması) 8-14 elektro- (lazer) punktur aparılır. Bu növ cərrahi müdaxilənin üstün cəhəti onun yerinə yetirilməsinin sadəliyi, az vaxtın sərf olunması və kiçik çanaqda bitişmə prosesinin formalaşması üçün hər hansı bir səbəbin qalmamasıdır. Kauterizsiyanın çatışmazlıqlarına aiddir: Əməliyyatın nisbətən az terapevtik effekt verməsi və yumurtalıqların morfostrukturunun öyrənilməsinin qeyri- mümkünlüyü.

Polikistoz yumurtlıqların endoskopik rezeksiyasından sonra 94% halda aybaşı siklinin bərpası, 87% halda ovulyasiya, 58% halda hamiləliyin baş verməsidir. Hamiləliyin özbaşına kəsilməsi tezliyi 10% təşkil edir. Hamiləlik əməliyyatdan sonra 1,5 il ərzində baş verir. Lakin reproduktiv funksiyanın bərpa olunma tezliyi əməliyyatdan sonra birinci 6 ay müşahidə olunur.

Müalicənin cərrahi metodu özbaşına baş vermir. Cərrahi müalicənin nəticələrinin yaxşılaşdırılması məqsədilə aybaşı və generativ funksiyaların bərpasına yönəlmiş kompleks reabilitasiya tədbirlərinə tez başlamaq lazımdır. Əməliyyatdan sonra xəstələrin aparılması taktikasının müəyyən olunmasında histoloji müayinənin nəticələri və rezeksiya olunmuş yumurtalıqların inhibin aktivliyinin təyin olnmasını əldə rəhbər tutmaq, PKYX- ın klinik formasını nəzərə almaq lazımdır. Aybaşı və reproduktiv funksiyaların bərpası baş vermədikdə, anovulaytor sikllər davam etdikdə lütein faza çatışmazlığı ovulyasiyanın stimullaşdırıımasına yönəlmiş əlavə müalicənin aparılmasına göstərişdir (klomifen, honadotropinlər).

Əməliyyatdan sonra 6 ay ərzində hamiləliyin baş verməməsi, anovulyator sikllərin davam etməsi (funksional diaqnostika testlərinə əsasən) peritoneal və ya boru mənşəli sonsuzluğun olduğunu göstərir. Belə qadınlara uşaqlıq borularının müayinəsi: HSQ tövsiyə olunur. Cərrahi müalicədən sonra ovulyator funksiyanın bərpasına müəyyən zaman lazımdır. Əməliyyatdan sonra birinci ilin sonuna yaxın fertillik aşağı düşür, 3-5 ildən sonra davamlı anovulyasiya bərpa olunur. Ona görə də əməliyyat olunmuş qadınlar dispanser nəzarəti altında olmalıdırlar.

Hazırki dövrə qədər PKYX-ın endocərrahi müalicə metodunun təkmilləşdirilməsi aktual məsələ olaraq qalmaqdır. Qeyd olunan göstəricilərə əsasən sonsuzluğun yanaşı gedən formalarının yüksək tezliyi məlum olur. Bir sıra hallarda endokrin pozuntular iltihabi xəstəliklərə (polikistoz yumurtalqı sindromu zamanı) yol açır, bir çox hallarda isə uzun müddət davam edən iltihabi və bitişmə prosesi fonunda paralel olaraq baş berə bilər. Qadınlarda sonsuzluğun bir neçə faktorunun aşkar olunması xarakterikdir ki, bu xəstəliyin diaqnostika və müalicəsini çətinləşdirir [21,27]. Beləliklə, müxtəlif formalı sonsuzluqların effektiv müalicəsi problemi müasir ginekologiyanın aktual məsələlərindən biri olaraq qalmaqdadır. Bu məsələ təkcə tibbi-bioloji, deyil, həm də sosial əhəmiyyət kəsb edir (doğuşları sayı azalır, demoqrafik göstəricilər aşağı düşür).

ƏDƏBİYYAT

1.Алиева Э.М., Ахундова Н.Н. Трубно-перитонеальное бесплодие. Учебно-методическое пособие. Баку, 2006, 115с.

2.Александрова Н.В. Прогностическая значимость методов оценки овариального резерва у женщин с преждевременной недостаточностью яичников: Автореф. дис…. канд. мед. наук. М., 2006, 20с.

3. Аншина М.Б., Смирнова А.А., Шамугия Н.Л. Отложенный перенос эмбрионов при стимуляции мочевыми гонадотропинами у женщин с высоким риском синдрома гиперстимуляции яичников // Пробл. репрод., 2010, №3, с.62-63.

4. Баркалина Н.В. Фолликулярная жидкость и прогноз исходов программ в РТ // Пробл. репрод.., 2006, №6, с.45-49.

5. Бурлев В.А., Зайдиева З.С., Ильясова Н.А. Регуляция ангиогенеза гестационного периода // Пробл. репрод., 2008, №3, с.67-72.

6. Горская О.С., Кабанова Д.И., Панков А.В.Первый опыт применения препарата рекомбинантного хорионического гонадотропина «Овитрель» в качестве триггера овуляции в программе ЭКО // Пробл. репрод., 2008, №2, с.36-39.

7. Казанцева Т.А. Оценка эффективности программ ЭКО и ПЭ у пациенток с сохранённым репродуктивным аппаратом и односторонней оварио- и аднексэктомией: Автореф. дис.... канд. мед. наук.М., 2007, 21с.

8. Концепция долгосрочного развития вспомогательных репродуктивных технологий в Российской Федерации (на период до 2025г.): Документ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. М., 2009, **150с.**

9. Комиссарова Ю.В. Оптимизация программы экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов с учётом ангиогенных факторов: Автореф. дис.... канд. мед. наук. М., 2010, 35с.

10. Корнеева И.Е. Синдром гиперстимуляции яичников: практическое руководство для акушеров-гинекологов, репродуктологов, анестезиологов, хирургов, врачей интенсивной терапии. М., 2007, 56с.

11. Корсак В.С. ВРГ в России. Отчёт за 2006 г. Пробл. репрод., 2008, № 6, с.38.

12. Манухин И.Б., А.Я.Макарищев Повышение эффективности лечения бесплодия у пациенток с синдромом поликистозных яичников // Пробл. репрод., 2007, Т.13, №5, с.74-78.

13. Манухин И.Б., Макарищев А.Я. Роль сосудисто-эндотелиального фактора роста при синдроме поликистозных яичников // Пробл. репрод., 2007, Т.13, №5, с.71-73.

14. Назаренко Т.А. Стимуляция функции яичников. М.: МЕДпресс-информ, 2008, 271с.

15. Подзолкова Н.М., Аншина М.Б., Колода Ю.А. Особенности ВРТ у пациенток с ожирением // Пробл. репрод., 2008, №4, с.44-45.

16. Ускова М.А. Эффективность вспомогательных репродуктивных технологий у женщин, перенёсших оперативные вмешательства на маточных трубах: Автореф. дис.... канд. мед. наук. 2010, 63с.

17. Элдер К., Дэйл Б. Экстракорпоральное оплодотворение. М., 2008, с.91-92

18. Aboulghar M. Symposium: Update on prediction and management of OHSS. Prevention of OHSS // Reprod. Biomed. Online, 2009, v.19, p.33-42.

19. AI-Azemi M., Killick S.R., Duffy S. Multi-marker assessment of ovarian reserve predicts oocyte yield after ovulation induction // Hum: Reprod., 2011, v.26, P.414-422.

20. Кузьменко Е.Т. Эпидемиология бесплодного брака в городе Иркутске / Вестник Кубанского научного центра. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. Материалы XI научн.-практ. конф. Кемерово, 2007, с.66-67.

21. Дубинин А.А. Первый опыт выполнения амбулаторной гистероскопии по методике Bettocchi // Проблемы репродукции, 2008, Т. 14, № 3, с.35-36.

22. Aflatoonian A., Oskouian H., Ahmadi Sh. Prediction of high ovarian re¬sponse to controlled ovarian hyperstimulation: anti- Mullerian hormone versus small antral follicle count (2-6mm) // J.Assist.Reprod.Genet., 2009, v.26, p.319-325

23. AL-Inany H.G., Youssef M.A., Aboulghar M. Gonadotrophin-releasing hormone antagonists for assisted reproductive technology // Cochrane Database Syst Rev., 2011, v.5.

24. Alper M.M., Smith L.P., Sills E.S. Ovarian; Hyperstimulation Syndrome: Current Views on Pathophysiology, Risk Factors, Prevention, and Management // J. Exp. Clin., 2009, v. 6.

25. Andersen C.Y., Eossl K. Increased intrafollicular androgen levels afféct human granulosa cell secretion of anti- Müllerian hormóne and inhibin-v B // Fértil.Steril., 2008, v. 89, p. 1760-5.

26. Andersen C.Y., Schmidt K.T., Kristenscn S.G.Concentrations of AMH and inhibin-B in relation to follicular diameter in noraial human small antral follicles // Hum. Reprod., 2010, v.25, p. 1282-1287.

27. Корсак В.С., Исакова Э.В., Кирсанов А.А. Исследование эндометрия у пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием на этапе подготовки к ЭКО // Пробл. реп., 2005, №2,с.39-42.

28. La Cour Freiesleben N., Gerds T.A., Forman J.L.Risk charts to identify low and excessive responders among first-cycle IVF/ ICSI standard patients //Reprod. Biomed. Online, 2011, v.22, p.50-8.

29. La Marca A., Giulini S., Tirelli A. Anti-Mullerian hormone measurement on any day of the menstrual cycle strongly predicts ovarian response in assisted reproductive technology //Hum. Reprod., 2007, v.22, p.766-771

30.La Marca A., Sighinolfi G., Radi D. Anti-Mullerian hormone (AMH) as a predictive marker in assisted reproductive technology (ART) // Hum. Reprod. Update, 2010, v.6, p.l 13-30

Резюме

Сидром поликистозных яичников: реальноси и перспективы

Н.Н.Ахундова

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) остается одной из наиболее актуальных проблем гинекологической эндокринологии, так как занимает ведущее место в структуре женского бесплодия. Частота СПКЯ среди гинекологических заболеваний достигает 0,6-11 % и у 94% больных сопровождается бесплодием. Несмотря на большое число исследований в этой проблеме, следует признать, что патогенез СПКЯ до настоящего времени окончательно не изучен. Продолжаются дискуссии по вопросам диагностики и лечения данного заболевания. Подавляющее большинство исследователей считает, что СПКЯ- гетерогенная патология, характеризующаяся нарушением гонадотропной функцией гипофиза, хронической ановуляцией, гиперандрогенией, олигоменореей, ожирением и бесплодием. Отсутствие критериев, определяющих тактику гормональной коррекции и определение времени хирургического вмешательства у пациенток с СПКЯ, а также их ведение после неэффективного хирургического лечения и побудили нас к анализу.

Summary

Polycystic Ovary Syndrome: reality and perspectives

N.N.Ahundova

Polycystic ovary syndrome (PCOS) is one of the most pressing problems of gynecological endocrinology, as it takes a leading place in the structure of female infertility. The frequency of PCOS among gynecological diseases reaches 0,6-11% and 94% of patients accompanied by infertility. Despite the large number of studies in this issue, it should be recognized that the pathogenesis of PCOS hitherto not fully understood. Ongoing debate on the diagnosis and treatment of this disease. The vast majority of researchers believe that SPKYA- heterogeneous pathology, characterized by impaired pituitary gonadotrophic function, chronic anovulation, hyperandrogenism, oligomenorrhea, infertility and obesity. The lack of criteria for determining tactics hormonal correction and timing of surgery in patients with PCOS, as well as their maintenance after failure of surgical treatment and prompted us to analyze.

Daxil olub: 21.10.2014

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ПОТЕРИ БЕРЕМЕННОСТИ: ПРИЧИНЫ, СТРУКТУРА, ПРОФИЛАКТИКА

И.А.Шамхалова, Н.Г.Теймурова
Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования врачей им. А.Алиева, г.Баку

Açar sözlər: hamiləlik düşükləri, vərdişi düşüklər, strukturu, immun sistem, genetik faktorlar
Ключевые слова: потери беременности, привычные выкидыши, структура, иммунная система, генетические факторы
Keywords: pregnancy loss, recurrent miscarriage, the structure, the immune system, genetic factors

Согласно определению ВОЗ, выкидыши определяются как самопроизвольные прерывания беременности до 20 недель с массой плода менее 500 г. Около 80% всех самопроизвольных потерь беременности происходит до 12 недель. В структуре спорадических ранних выкидышей- одна треть беременностей прерывается до 8 недель по типу анэмбрионии (отсутствие эмбриона). Отдельно выделяют привычные ранние потери беременности (привычные выкидыши) как состояние после трех последовательных самопроизвольных прерываний беременности в сроках до 20 недель [1,2].

Частота ранних выкидышей в популяции достигает 15-20%, частота привычных потерь беременности- 3-5% [3,4]. Самопроизвольное прерывание беременности в сроках от 22 до 27 недель не относят к преждевременным родам, а родившийся ребенок в случае смерти не регистрируется в показателях перинатальной смертности, если он не прожил 7 дней после родов [5,6]. ВОЗ обозначает преждевременные роды с 22 по 37 неделю беременности с массой плода более 500 г (с 22 по 27 неделю - очень ранние, с 28 по 33 неделю - ранние, с 34 по 37 неделю - преждевременные роды) [7,8,9,10].

Привычный выкидыш составляет от 5 до 20% в структуре невынашивания беременности [11]. Установлено, что риск потери беременности после первого выкидыша составляет 13-17%, что соответствует частоте спорадического выкидыша в популяции, тогда как после 2 предшествующих самопроизвольных прерываний риск потери желанной беременности возрастает более чем в 2 раза и составляет 36-38% [12]. Прогноз при первичном привычном выкидыше хуже, чем у женщин, в анамнезе которых отмечались роды (вторичный привычный выкидыш) [13,14]. По данным BJ. Poland с соавт. [15] у женщин, страдающих первичным привычным невынашиванием беременности, вероятность третьего самопроизвольного выкидыша составляет 40-45% По данным зарубежных авторов, занимающихся исследованием проблем иммунологии и репродукции, если в многократные ранние потери беременности вовлечены иммунные механизмы, то шанс доносить беременность без терапии после трех выкидышей составляет 30%, после четырех 25%, после пяти - 5% [16,17].

Учитывая возрастающий с увеличением числа неудач риск потери желанной беременности, большинство специалистов приходят к выводу, что достаточно двух последовательных выкидышей, чтобы отнести супружескую пару к категории привычного выкидыша с последующим обязательным обследованием и комплексом мер по подготовке к беременности [18,19,20]. Согласно существующим в настоящее время представлениям, помимо генетических и, частично, инфекционных причин, ведущих к закладке аномального эмбриона, реализация повреждающего действия другихфакторов (анатомических, эндокринных, иммунологических) состоит в создании неблагоприятного фона для развития генетически полноценного плодного яйца, что ведет к истощению резервных возможностей хориона и остановке развития (эмбриогенеза). Критическими сроками в I триместре беременности являются: 6-8 недель - гибель эмбриона, 10-12 недель - экспульсия плодного яйца.

Если гибель эмбриона не произошла, нарушения процессов инвазии трофобласта на ранних этапах беременности ведут к развитию различной акушерской патологии: плацентарной недостаточности с задержкой внутриутробного развития плода, гестозу, преждевременным родам, отслойкам

плаценты, что повышает перинатальную и младенческую смертность.

Успешная имплантация, последующая инвазия трофобласта и как следствие развитие беременности являются результатом синхронного взаимодействия множества разнообразных факторов бластоцисты и эндометрия [21,22].

В первые недели беременности популяция лимфоцитов децидуалъной оболочки представлена в основном CD56+ NK-клетками (80%), Т-лимфоцитами CD3+ (10%) и CD14+ макрофагами (10%). Эти клетки концентрируются в большом количестве в месте имплантации и играют ведущую роль в модуляции локального иммунного ответа.

Клеточный состав эндометрия и децидуальной ткани в различные фазы цикла и на ранних сроках беременности. Основной популяцией лимфоцитов децидуальной оболочки являются, так называемые, большие гранулярные лимфоциты (БГЛ), NK-подобные светлые клетки особого фенотипа - CD3-CD56+CD16-. В отличие от CD56+ клеток периферической крови, децидуальные CD56+ клетки не имеют рецептора к Fc-фрагменту иммуноглобулинов III типа (CD 16), а также значимых количеств Fc-рецепторов I (CD64) и II (CD32) типов. Эти клетки также называют CD56bnght, которые составляют до 90% БГЛ в децидуальной ткани. Отличительной особенностью этих клеток является низкая цитотоксическая активность и способность к продукции иммунорегуляторных цитокинов и факторов ангиогенеза [23,24]. Существует и другая разновидность CD56+ клеток, так называемые CD56dim, обладающие высокой цитолитической активностью и другим профилем синтезируемых цитокинов. Эти клетки, имеющие маркеры CD3-CD56+CD16+ в большей мере циркулируют в периферической крови и при физиологической беременности составляют лишь небольшую фракцию децидуальных NK клеток - до 10% от всех БГЛ. Все БГЛ являются исключительно важными клетками в регуляции процесса инвазии трофобласта на ранних этапах беременности. После контакта БГЛ с клетками эмбрионального происхождения происходитих активация и синтез множества цитокинов, перфоринов, факторов, регулирующих ангиогенез, что с одной стороны останавливает избыточную инвазию путем цитотоксичности и индукции апоптоза, с другой стороны способствует ремоделированию децидуальных артерий и повышению кровотока в формирующемся фето-плацентарном комплексе. Рецепторы NK клеток можно разделить на 3 семейства - KIR семейство (killer immunoglobulin-like receptors), семейство лектина С типа (CD 94/NKG) и иммуноглобулино-подобные транс- крипты (ILT или LIR). Все семейства рецепторов NK клеток содержат активаторные и ингибиторные молекулы. Роль рецепторов БГЛ является крайне важной на ранних этапах имплантации, так как установлено, что именно они напрямую входят во взаимодействие с антигенами фетального происхождения и участвуют в реализации либо защитных иммунных реакций, либо реакций отторжения при аллоиммунном ответе [23,24,25]. Среди подобных рецепторов БГЛ особенно важное значение имеют CD94/NKG2, KIR, ILT. При распознавании антигенов трофобласта происходит взаимодействие рецепторов больших гранулярных лимфоцитов с неклассическими молекулами главного комплекса гистосовместимости I класса-HLA-G, HLA-E и классической молекулой HLA-C. С этих событий начинается механизм молекулярного распознавания клеток фетального происхождения. От успешности подобного взаимодействия в последующем зависит весь спектр иммуномодулирующих процессов, включая синтез цитокинов, регуляторных протеинов, молекул адгезии и других факторов.

Важное значение в физиологическом течении беременности на ранних сроках придают роли молекул главного комплекса гистосовместимости (ГКГС, HLA). Классические молекулы HLA I класса представлены тремя наиболее важными подклассами- HLA-A, HLA-B и HLA-C. Они кодируются одноименными генами, которым соответствует определенная позиция (локус) на хромосоме 6 [26]. Подобно HLA-I, молекулы HLA-II представлены тремя основными подклассами- DR, DQ и DP. В генотипе каждого человека имеется 12 функционально значимых (т.е. экспрессируемых) генов HLA-II — шесть в каждом гаплотипе (по три гена для цепей А и В). Наиболее полиморфны гены В-цепей, и именно они указываются в цифровых формулах молекул класса П. Для комплекса генов HLA характерен выраженный

аллельный полиморфизм, который и определяет антигенную индивидуальность [27]. В норме HLA система принимает участие в реализации иммунного ответа организма на антигены опухолевых, поврежденных собственных и чужеродных клеток, а также в элиминации бактериальных и вирусных агентов [31].

Несомненно, гормональные воздействия на клетки иммунной системы на ранних сроках беременности крайне многообразны и не исчерпываются описанными эффектами, существуют множество известных и еще неизученных факторов для реализации эндокринных влияний, что будет являться объектом дальнейших исследований экспериментаторов и клиницистов [33,34].

Иммунные межклеточные взаимодействия могут являться не только причинными факторами, но и патогенетическими механизмами, лежащими в основе прерывания беременности на ранних этапах. В частности, при эндокринных, инфекционно-воспалительных, генетически обусловленных потерях беременности активация клеток иммунной системы является важнейшим условием реализации отторжения плодного яйца. Ниже будут рассмотрены основные этиологические факторы привычных ранних потерь беременности.

В структуре причин привычного невынашивания генетические факторы составляют 3-6%. При спорадическом прерывании беременности в I триместре около 50% абортусов имеют хромосомные аномалии, большинство из которых (95%) – числовые изменения хромосом [35,36]. В случае наличия у абортуса числовых изменений хромосом при исследовании кариотипа родителей чаще всего патологии не выявляется и вероятность хромосомной болезни плода при последующей беременности составляет 1%.

Чем больше у супружеской пары выкидышей, тем меньше вероятность хромосомной патологии, к такому выводу приходит большинство исследователей в области репродуктологии [20].

Вероятность несбалансированных хромосомных перестроек у плода повышается, если родители являются носителями сбалансированных хромосомных перестроек. При изучении кариотипа пар с привычным выкидышем в 7% случаев удается выявить подобные особенности, наиболее часто это реципрокные транслокации, при которых сегмент одной хромосомы располагается на месте другого сегмента негомологичной хромосомы, а также мозаицизм половых хромосом, инверсии и хромосомы в виде кольца. В случае наличия подобных перестроек у одного из супругов при мейозе затруднены процессы спаривания и разделения хромосом, результатом чего является утрата (делеция) или удвоение (дупликация) участков хромосом в гаметах. В результате образуются так называемые несбалансированные хромосомные перестройки, при которых эмбрион либо нежизнеспособен, либо является носителем тяжелой хромосомной патологии.

Вероятность рождения ребенка с несбалансированными хромосомными аномалиями при наличии в кариотипе одного из родителей сбалансированных хромосомных перестроек составляет 1-15%.

Анатомические аномалии более характерны для поздних прерываний беременности и преждевременных родов [5,19], частота их колеблется от 1,8 до 37,6%, составляя в среднем при привычных ранних выкидышах 13% [8].

Частота встречаемости пороков развития матки, при которых возможно невынашивание беременности (а не бесплодие) по отношению ко всем порокам развития матки следующее: двурогая матка 37%, седловидная матка - 15 %, внутриматочная перегородка - 22%, полное удвоение матки -11%, однорогая матка — 4,4% [11].

Другие исследователи в последние годы обращают внимание на повышенную частоту ранних выкидышей у женщин с поликистозными яичниками (20-40%), что значительно превышает популяционные данные. Среди патогенетических механизмов прерывания беременности авторы описывают высокий уровень лютеинизирующего гормона, тестостерона, андростендиона, поражающих эндометрий, а также инсулинорезистентность [29]. Доказано, что частота инсулинорезистентности у пациенток с привычным выкидышем значительно превышает таковую у фертильных женщин, независимо от того, выявляются или нет признаки поликистозных яичников [13,18]. Лечебный эффект метформина у женщин с инсулинорезистентностью, снижающий процент ранних выкидышей, также

свидетельствует о патогенетическом воздействии

этого состояния на прерывание беременностей [31].

Несмотря на то, что данный вопрос в течение многих лет был дискуссионным, большинство авторов, занимающихся проблемой привычных ранних выкидышей, приходят к выводу, что при диагностике избыточного содержания андрогенов (яичниковых или надпочечниковых) показано медикаментозное лечение в виду воздействия андрогенов на полноценность овуляции и состояние эндометрия. При нарушении биосинтеза надпочечниковых андрогенов возможно вирилизующее влияние на плод женского пола, поэтому стероидная терапия проводится в интересах плода [34].

У больных с привычным выкидышем недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ) наблюдается в 20-60% случаев, а ультразвуковые признаки поликистозных яичников в 44-56%, по сравнению с 22% в популяции [6,37].

Инфекционно — воспалительные факторы. Известно, что при первичном инфицировании на ранних сроках беременности возможны повреждения эмбриона, несовместимые с жизнью, что ведет к спорадическому самопроизвольному выкидышу. Данная тенденция доказана в отношении первичного эпизода герпетической инфекции и листериоза [38]. Однако, роль инфекционного фактора, как причины привычного выкидыша в настоящее время широко дискутируется. Установлено отсутствие определенных микроорганизмов, приводящих к формированию симптомокомплекса привычных ранних потерь беременности.

В большей мере относится к факторам риска спорадических, чем привычных выкидышей. Так, в возрастной группе 20-29 лет риск выкидыша составляет 9-17%, в 35 лет - 20%, в 40 лет - 40%, тогда как в 45 лет и старше — 50-80% [26]. Вероятно, возраст матери является фактором, способствующим увеличению частоты хромосомных нарушений у плода [39].

Снижение овариального резерва. В работе S.W.Trout в 2000 г. показано, что у женщин с неясным генезом привычных выкидышей уровни ФСГ на третий день менструального цикла достоверно превышали аналогичные показатели пациенток с привычными ранними потерями беременности, когда причина была установлена. Высокие уровни ФСГ коррелировали со сниженным количеством и качеством ооцитов в яичниках [37].

Установлена связь привычных выкидышей с изменением морфологии сперматозоидов в спермограмме партнера. В случаях, когда количество неизмененных форм сперматозоидов составляет около 4%, это может быть основным причинным фактором ранних потерь беременности [28]. Среди других неблагоприятных факторов анеуплоидия сперматозоидов [88], изменение формы ядра [15].

Социально - экономические факторы, стресс, вредные привычки матери. Несмотря на множество исследований в данной области, нет убедительных фактов об этиологической связи социально-экономических факторов и стресса с многократно повторяющимися ранними потерями беременности. Вероятно, эти факторы являются причинными при спорадическом прерывании беременности и лишь сопутствующими (а не определяющими) при привычном выкидыше [234]. Курение, употребление алкоголя, кофеина и воздействие анестетиков при операциях в первом триместре беременности также рассматриваются, как факторы риска спорадических выкидышей [23,29].

В настоящее время известно, что около 80% всех ранее необъяснимых повторных потерь беременности и до 40% случаев бесплодия неясного генеза связано с нераспознанными иммунологическими нарушениями [10].

Выделяют аутоиммунные и аллоиммунные процессы, ведущие к привычному невынашиванию беременности. Установлено, что у 25% женщин с привычным невынашиванием беременности отмечается неадекватный иммунный ответ на антигены трофобласта, сопровождающийся повышением в эндометрии и децидуальной ткани провоспалительных цитокинов и эмбриотоксических факторов [17].

К аутоиммунным нарушениям, наиболее часто встречающимся у больных с привычным выкидышем, относят: наличие в сыворотке матери в высоких титрах антифосфолипидных, антитиреоидных, антинуклеарных аутоантител. При привычном невынашивании беременности наличие антинуклеарных и антитиреоидных антител указывает на необходимость дальнейшего обследования для выявления аутоиммунного

процесса и верификации диагноза. Общепризнанным аутоиммунным состоянием, ведущим • к гибели эмбриона/плода, в настоящее время остается

антифосфолипидный синдром (АФС). Представления о роли АФС в патогенезе ПНБ за последние годы претерпели много изменений: в настоящее время в критерии диагностики включены не только поздние гестационные осложнения и повторяющиеся очень ранние потери беременности. Впервые, описанный как синдром ревматологом Хьюсом в 1983 году, за более чем 25 лет изучения АФС стал предметом исследования ученых различных медицинских специальностей - педиатров, кардиологов, ревматологов, невропатологов, терапевтов, хирургов, акушеров-гинекологов, репродуктологов. В мировой литературе все больше работ посвящено изучению воздействия аутоиммунных аутоантител на процессы имплантации и плацентации, в частности у пациентов с привычным невынашиванием и бесплодием в циклах ЭКО.

По данным американских авторов, частота АФС в популяции достигает 5%. Среди пациенток с привычным невынашиванием беременности частота АФС составляет 30-35%, причем без проведения лечения гибель эмбриона/плода наблюдается у 90-95% женщин, имеющих аутоантитела к фосфолипидам [1,8,23,29]. Частота встречаемости вторичного АФС у женщин в 7-9 раз выше, чем у мужчин, что, вероятно, объясняется большей предрасположенностью женщин к системным заболеваниям соединительной ткани. Однако в настоящее время есть и другая версия преобладания среди больных АФС женщин. Данная гипотеза основана на том, что фетальные клетки, проникая в материнскую циркуляцию, с самых ранних этапов беременности усугубляют или индуцируют аутоиммунные нарушения.

Выделяют первичный и вторичный АФС. Развитие вторичного АФС ассоциировано с аутоиммунными, онкологическими, инфекционными заболеваниями, а также с воздействием некоторых лекарственных препаратов и токсических веществ. О первичном АФС можно говорить при отсутствии вышеперечисленных заболеваний и состояний.

В настоящее время общепризнанными критериями диагностики АФС являются критерии, принятые на VIII международном съезде, посвященном антифосфолипидным антителам в Саппоро, Японии в 1999 году [38] споправками съезда в Сиднее в 2004 г.

Таким образом, большинство специалистов, занимающиеся проблемами репродукции, обсуждают вышеизложенные возможности иммуномодуляции у пар с ПНБ преконцепционно и на ранних этапах беременности. Рациональный индивидуальный подбор терапии на основании клинико - лабораторных данных - вот та проблема, решению которой посвящены последние исследования в данной области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сидельникова, В.М. Привычная потеря беременности. М.: Триада-Х, 2002, 304 с.
2. Хаитов Р.М., Алексеев Л.П. Физиологическая роль главного комплекса гистосовместимости человека // Иммунология, 2001, №3, с.4-11.
3. Александрова, Ю.Н. Роль системы цитокинов в патологии перинатального периода // Педиатрия, 2007, т.86, №1, с. 117-118
4. Сухих Г.Т., Ванько Л.В. Иммунология репродукции. М., 2003, 400 с.
5. Воеводин Д.А., Розанова Г.Н. Цитокино-гормональные взаимодействия: положение о иммуноэндокринной регуляторной системе // Педиатрия, 2006, №1, с.95-102.
6. Решетняк Т.М. Антифосфолипидный синдром. Низкомолекулярные гепарины в терапии антифосфолипидного синдрома и новые перспективы // Consilium medicum, 2006, Т. 8, №.2
7. Branch D.W., Khamashta M.A. Antiphospholipid Syndrome: Obstetric Diagnosis, Management, and Controversies // Obstet. Gynecol., 2003, v.101, p.1333-1344.

8. Серов О.Ф., Добровольская Т.Б., Зароченцева Н.В. Роль хронического эндометрита в ранних репродуктивных потерях / XV Международная Конференция «Репродуктивные технологии сегодня и завтра»: Мат-лы конф. Чебоксары, 2005, с.86-87

9. Wang X.P., Lin Q.D., Lu P.H. Association of HLA-DQB1 coding region with unexplained recurrent spontaneous abortion // Chin. Med. J., 2004, v.117, № 4, p.492-497

10.Талалаев В.Ю., Ломунова М.А., Заиченко И.Е. Действие клеток цитотрофобласта на созревание и функцию Т лимфоцитов, продуцирующих цитокины // Иммунология, 2006, Т.27, №2, с.68-73

11.Dekker G. The partner's role in the etiology of preeclampsia // J. Reprod. Immunol., 2002, v.57, p.203-215

12.Хаитов Р.Н. Иммунология: учеб. Пособие. М., 2000, 138 с.

13.Yamazaki K., Beauchamp G.K., Shen F. Discrimination of odortypes determined by the major histocompatibility complex among outbred mice // Proc. Natl. Acad. Sci. 1994, v.9, p.3735-3738.

14.Шуршалина А.В. Хронический эндометрит у женщин с патологией репродуктивной функции: Автореф. дис. ... докт. мед. Наук. М., 2006, 38 с.

15.Aldrich C.L., Stephenson T., Karrison R.R. HLA-G genotypes and pregnancy outcome in couples with unexplained recurrent miscarriage //Molecular Hum. Reprod., 2001, v.7, №.12, p. 1167-1172

16.Болдырева М.Н., Алексеев Л.П. HLA и естественный отбор. Гипотеза преимущества функциональной гетерозиготности // Иммунология, 2006, №3, с.172-176

17.Amengual O., Atsumi T., Koike T. Antiprothombin antibodies and the diagnosis of antiphospholipid syndrome // Clinical Immunology, 2004, v.112, №2, p.144-149.

18.Blaschitz A., Hutter H., Dohr G. HLA Class I protein expression in the human placenta // Early Pregnancy, 2001, v.5, №1, p.67-69.

19.Агаджанова А.А. Современные методы терапии больных с привычным невынашиванием беременности // Русский медицинский журнал, 2003, Т. 11, №1 (173)., с.3-6

20.Carosella E.D., Moreau P., Le Maoult J. HLA-G molecules: from maternal-fetal tolerance to tissue acceptance // Adv. Immunol., 2003, v.81, p.199-252.

21.Carp H.M.B. Recurrent pregnancy loss: towards more accurate diagnosis and treatment // IMAJ, 2001, v.3, p.528-532.

22.Craig L., Ke W. Kutteh Increased prevalence of insulin resistance in women with a history of recurrent pregnancy loss // Fertil. Steril., 2002, v.78, p. 487.

23.Curry T.E., Osteen K.G. The matrix metalloproteinase system: changes, regulation, and impact throughout the ovarian and uterine reproductive cycle // Endocr. Rev., 2003, v. 24, № 4, p.428

24.Di Simone N., Meroni P.L., D'Asta M. Pathogenic role of anti-beta-2-glycoprotein I antibodies on human placenta: functional effects related to implantation and roles of heparin// Hum. Reprod. Update., 2007, v.13, № 2, p.189-196.

25.Drake P.M. Gunn I.F. Human placental cytotrophoblasts attract monocytes and CD56(bright) natural killer cells via the actions of monocyte inflammatory protein 1 // J. Exp. Med., 2001, v.93, p. 1199-1212

26.Fanchin R., Gallot V., Rouas-Freiss N. Implication of HLA-G in human embryo implantation // Hum. Immunol., 2007, v.68, № 4, p.259-263.

27.Miwa N., Hayakawa S., Miyazaki S. IDO expression on decidual and peripheral blood dendritic cells and monocytes/macrophages after treatment with CTLA-4 or interferongamma increase in normal pregnancy but decrease in spontaneous abortion // Mol. Hum. Reprod., 2005, v.11, p. 865-870

28.Fournel S., Aguerre-Girr M., Hue X. Cutting edge: soluble HLA-G1 triggers CD95/CD95 ligandmediated apoptosis in activated CD8+ cells by interacting with CD8 // J. Immunol., 2000, v.164, p.6100-6104.

29.Fuzzi B., Rizzo R., Criscuoli L. HLA-G expression in early embryos is a fundamental prerequisite for the obtainment of pregnancy // Eur. J. Immunol., 2002, v.32, №2, p. 311-315.

30.Gopalkrishnan K., Padwal V., Meherji P.K. Poor quality of sperm as it affects repeated early pregnancy loss // Arch. Androl., 2000, v.45, p. 111.

31.Heikkinen J., Mottonen M., Alanen A. Phenotypic characterization of regulatory T cells in the human deciduas // Clin. Exp. Immunol., 2004, v.136, № 2, p. 373-378.

32.Imai T., Takakuwa K., Ishii K. HLA-class I antigens in patients with unexplained recurrent abortion // J. Perinat. Med., 2001, v.29, № 5, p.427-432.

33.Koopman L.A., Kopcow H.D., Rybalov B. Human decidual natural killer cells are a unique NK cell subset with immunomodulatory potential // J. Exp. Med., 2003, v.198, p.1201-1212.

34.Kwak J.Y., Kwak F.M., Gilman-Sachs A. Immunoglobulin G infusion treatment for women with recurrent spontaneous abortions and elevated CD56+ natural killer cells // Early Pregnancy, 2000, v.4, №2, p.154-164

35.Laird S.M., Tuckerman E.M., Cork B.A. Expression of nuclear factor kappa B in human endometrium; role in the control of interleukin 6 and leukaemia inhibitory factor production // Mol. Hum.Reprod., 2000, v.6, № 1, p.34-40.

36.Le Maoult J., Krawice-Radanne I., Dausset J. HLA-G1-expressing antigen-presenting cells induce immunosuppressive CD4+ T cells // Proc. Natl. Acad. Sci., 2004, v.101, p.7064-7069

37.Ou M.C., Pang C.C., Chen F.M. Antibiotic treatment for threatened abortion during the early first trimester in women with previous spontaneous abortion // Acta Obstet. Gynecol. Scand., 2001, v.80, №8, p.753-756.

38.Patel R.N., K.C. Quack, J.A. Hill Expression of membrane-bound HLA-G at the maternal-fetal interface is not associated with pregnancy maintenance among patients with idiopathic recurrent pregnancy loss // Mol. Hum. Reprod., 2003, v.9, № 9, p.551-557

39.Penta M., Lukic A., Conte M.P. Infectious agents in tissues from spontaneous abortions in the first trimester of pregnancy // New Microbiol., 2003, v.26, №4, p.329-337.

40.Piccinni M.P. T cells in normal pregnancy and recurrent pregnancy loss // Reprod. Biomed. Online, 2006, v.13, № 6, p.840

Xülasə

Hamiləlik itgilərinin müasir aspektləri: səbəblər, struktur, profilaktika

İ.A.Şamxalova, N.Q.Teymurova

ÜST təyinatına əsasən hamiləlik düşükləri dedikdə 20 həftəyə qədər müddətdə çəkisi 500 q olan dölün düşüyü hesab olunur. Özbaşına düşüklərin 80%-i 12 həftəyə qədər olan düşüklərin payına düşür. Hazırda hamiləlik düşükləri, onların patogenezinin öyrənilməsi, diaqnostikası, müalicə və profilaktikası mamalıq və ginekologiyanın zəruri məsələlərindən biridir. Bu məqalə hamiləlik düşüklərinin müxtəlif aspektlərinə həsr edilmişdir.

Summary

Modern aspects of pregnancy loss: Causes, structure, prevention

I.A.Shamhalova, N.G.Teymurova

According to the WHO definition, miscarriages are defined as spontaneous termination of pregnancy up to 20 weeks with fetal weight less than 500 g. At miscarriage pregnancy, the study of the pathogenesis, diagnosis, treatment and prevention of obstetrics and gynecology is one of the necessary problem. This article is devoted to various aspects of pregnancy, miscarriages

Daxil olub: 21.10.2014

QASIQ YIRTIQLARININ RASTGƏLMƏ TEZLİYİ, ƏMƏLİYYATDAN SONRAKI AĞIRLAŞMALARI, TƏSNİFATI VƏ MÜASİR HERNİOPLASTİKA ÜSULLARI

Z.T.Şirinov, N.H.Xankişiyev, Z.N.Azadova
Akad. M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə mərkəzi, Bakı;
Şirvan şəhər mərkəzi xəstəxanası, Şirvan

Açar sözlər: qasıq yırtıqları, əməliyyatdansonrakı ağırlaşmalar, təsnifat, hernioplastika
Ключевые слова: паховые грыжи, послеоперационные осложнения, герниопластика
Keywords: inguinal hernia, postoperative complications, hernia repair

Bütün dünyada insanlar arasında qarın divarının yırtıqları ≈7% rast gəlinir, ahıl və yaşlı insanlar arasında bu rəqəm 15-17% təşkil edir. Ümumi yırtıqlar içərisində 70% qasıq yırtıqlarının payına düşür[1,2,3,4].

Rusiya Federasiyasında il ərzində qasıq yırtığına görə 200 000, təcili boğulmuş yırtığa görə 70 000 hernioplastika əməliyyatı yerinə yetirilir. ABŞ-da 700 000 hernioplastika əməliyyatı icra olunur ki, buna sərf olunan vəsai 30 milyard dollar təşkil edir [5,6,7,8].

Hər il bütün dünyada qasıq yırtıqlarına görə 20 milyon insan hernioplastika əməliyyatına məruz qalır. Bu isə ümumi əməliyyatların 10-15 %-ni təşkil edir [9,10,11].

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə ən çox rast gəlinən yırtığın residivləridir. Orta hesabla 1-15% xəstələrdə rast gəlinir. Orta və ahıl yaşlılar arasında residivlər daha çox olub 8-30% hallarda rast gəlinir. 80-90% residivlər hernioplastika əməliyyatlarından bir il sonra, 10-20% hallarda isə sonrakı illərdə əmələ gəlir [12,13].

Təkrar əməliyyatlardan sonra residivlərin əmələ gəlməsi 30-35%-ə qədər yüksəlir [14,15,16].

Rusiya Federasiyasında planlı şəraitdə qasıq yırtığının plastikası əməlyyatlarından sonra letallıq çox da yüksək olmayıb 0.06% təşkil edir (1999 RF Tibbi Statistikasına əsasən). Boğulmuş qasıq yırtıqlarının plastikasından sonra letallıq 3 % təşkil edir. Bunlardan 10% gec müraciət etmə səbəb olur. Böyük ölçülü residiv yırtıqların boğulmasından sonra letallıq 21%-ə qədər artır[17].

Qasıq yırtıqları bütün növ yırtıqların 70-80%-ni təşkil etməklə kişilərin 1-2.5%-də və qadınların 0.3-1.5 %-də rast gəlinir. Il ərzində RF-da – 600 000 [18,19,20], İngiltərədə 80 000, ABŞ-da –da 1 000 000, Avropa ölkələrində 1 000 000 hernioplastika əməliyyatı icra olunur [21, 22].

1969-cu ildə Н.И. Кукуджанов qeyd edirdi: " qasıq yırtıqları çox geniş yayılmış, bütün əməliyyatların 4-6%-ni təşkil edir. Bu xəstəlik insanlarda əmək qabiliyyətini aşağı salır və bəzən həyat üçün təhlükəli olan ağırlaşmalara səbəb olur" [23]. Ən çox rast gəlinən ağırlaşmalar yırtığın boğulmasıdır ki, bundan sonra ölüm halları 4,3% - 10% arasında tərəddüd edir [24,25,26,27,28,29].

Qasıq yırtığı əməliyyatlarından sonra hematoma, serona, nevralgiya, damarların zədələnməsi, spermatogenezin pozulması və residivlər kimi müxtəlif ağırlaşmalar rast gəlinir.

Residivlərin əmələ gəlməsinə həm həkimin klinik təcrübəsinin az olması, həm də, düzgün plastika üsulunun seçilməməsi səbəb olur. Ənənəvi plastika üsullarından sonra residivlərin əmələ gəlməsi səbəbləri: toxumaların gərilməsi-dartılması, yırtıq qapısının geniş və dar saxlanması və texniki yanaşmanın səhv olması.

Nəticələrin qənaətbəxş olmaması bəzi müəllifləri yeni əməliyyat üsulu və mövcud üsulların təkmilləşdirilməsinə, bəzilərini isə yeni texnologiya və materialların axtarışı və tetbiqi istiqamətdə axtarışlar aparmağa səbəb oldu.

Qasıq yırtıqlarının cərrahi müalicəsinə geniş marağı nəzərə alaraq 1979-cu ildə Fransada Avropa herniologiya cəmiyyəti (EHS – CREPA) yaradıldı, hansı ki, hər il herniologiyaya həsr olunmuş konfranslar keçirir. 1997-ci ildə ABŞ-da Amerika Hernioloqları Cəmiyyəti (AHC) yaradıldı. 1997-ci ildən hər iki cəmiyyət birlikdə "Hernia" jurnalını ildə 4 dəfə olmaqla çap edirlər [30,31].

Qasıq yırtıqlarının Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı-XBT- 10-da olan təsnifatı:

Qasıq yırtığı (K - 40)

K- 40.0. İkitərəfli boğulmuş qasıq yırtığı bağırsaq keçməməzliyi - qanqrena yoxdur.

K - 40.1. İkitərəfli qasıq yırtığı qanqrena ilə.

K - 40.2. İkitərəfli qasıq yırtığı. Keçməməzlik və qanqrena yoxdur.

K - 40.3. Bir tərəfli dəqiqləşdirilməmiş qasıq yırtığı keçməməzlik var. Qanqrena yoxdur.

K - 40.4. Bir tərəfli dəqiqləşdirilməmiş qasıq yırtığı qanqrena var.

K -40.9. Bir tərəfli dəqiqləşdirilməmiş qasıq yırtığı, keçməməzlik və qanqrena yoxdur.

Qasıq yırtıqları haqqında bir sıra klasifikasiyalar mövcuddur. 1987-ci ildə Lichtenstein İ.L.[6], 1989-cu ildə Gilbert[32], 1993-cü ildə Rutkow və Robinss[33], 1999-ci ildə Schimpelick[34, 35], 1994-cü ildə

Bendavid[36], 1998-ci ildə Alexander[37], 1999-cu ildə Zollinger[38] tərəfindən təklif olunan təsnifat sistemləri oxşar quruluşa malikdir. Bu təsnifat sistemləri ənənəvi təsnifatda olduğu kimi çəp, düz olmaqla qasıq kanalının arxa divarının daxili - xarici dəliyin zədələnməsini əsas götürürlər. Lakin 1993-cü ildə Nyhus[39] tərəfindən təklif olunan təsnifləşdirmə daha səmərəlidir. Burada müəllif yuxarıdakı əlamətlərlə yanaşı residiv yırtıqlar, pantalon yırtıqlar (yəni bud və qasıq yırtığı eyni vaxtda) haqda məlumat verir, hansı ki, hər hansı növ plastiknın seçilməsində bu məlumatların böyük rolu vardır.

NYHUS 1993- təsnifatı. Tip I. Çəp yırtıqlar, qasıq kanalının daxili dəliyi normaldır. Adətən uşaqlarda və cavanlar arasında rast gəlinir. Qasıq kanalının arxa divarı medial çuxurda yerləşir və intrakdır, yırtıq kisəsi qasıq kanalının içərisində yerləşir.

Tip II. Çəp qasıq yırtığı qasıq kanalının daxili dəliyin genişlənməsi və yerdəyişməsi ilə qasıq kanalının arxa divarında qabarma qeyd olunmur. Yırtıq kisəsi bütün qasıq kanalını tutur, lakin, xayalığa enmir.

Tip III. Özü 3 qrupa bölünür:

III A. Bütün düz yırtıqlar, böyük və kiçik ölçülü.

III B. Daxili dəliyi çox geniş olan çəp yırtıqlar. Yırtıq kisəsi çox vaxt xayalığa enir. Tipik, pantalon və sürüşkən olurlar.

III C. Bud yırtıqları.

Tip IV. Bütün residiv yırtıqlar.

IV A- düz

IV B- çəp

IV C- bud

IV D- residiv müştərək yırtıqlar.

1998-ci ildə Stoppa bu təsnifat sisteminə yerli və ümumi ağırlaşdırıcı halları əlavə etdi. Yerli ağırlaşdırıcı hallar: sürüşkən, çox saylı, böyük ölçülü, texniki çətin və infeksiyalaşma riskli. Ümumi xarakterli ağırlaşmalar: piylənmə, kollogen çatmamazlıq, yaş, tənəffüs yollarının xəstəlikləri, diareya, qəbizlik. Bütün yuxarıda göstərilən ağırlaşdırıcı hallara rast gəlindikcə təsnifat sistemindəki Tip ondan sonrakı ilə yerini dəyişir. Əgər Tip- I idisə. Tip-II olur.

1998-ci ildə Avropa və ABŞ-da 75 cərrahın araşdırmalarına əsasən aşağıdakı nəticələr alınmışdır:

Cədvəl 1

Qasıq yırtıqlarının təsnifatının nəticələri

Klinik	ABŞ	Avropa
Ənənəvi	50 %	33 %
Nyhus	30%	33%
Gilbert / Rutkow R.	20%	17
Achen/Schuinpeliek	17	-

Həm ABŞ-da həm Avropada cərrahların 30%-i Nyhus təsnifatından istifadə edir. Son zamanlar bu təsnifat daha çox istifadə olunur və biz də, öz praktikamızda bu təsnifat sistemindən istifadə edirik. Rusiya Federasiyasında həmçinin, bu təsnifatdan istifadə olunur.

1966-cı ildə А.И.Барышников qasıq yırtıqlarının plastikasının 300 üsulunun olduğunu qeyd etmişdir. 35 il sonra (2002) В.В.Воробьев – 660 hernioplastika üsulunun olduğunu qeyd etmişdir. Bütünlüklə ədəbiyyatda məlum olan üsulları qeyd etməklə В.Н.Егиев (2002) hernioplastika üsullarının 1000-ə yaxın olduğunu qeyd etmişdir. Bütün bunlara baxmayaraq hələ də yeni-yeni qasıq kanalının plastikası üsulları və modifikasiyaları təklif olunmaqdadır[40, 41].

İlk laparoskopik (transabdominal) hernioplastika əməliyyatı 1990-cı ildə amerikan cərrahı Schultz L. tərəfindən yerinə yetirilmişdir [42]. Qarın boşluğu tərəfdən parietal periton kəsildikdən sonra yırtıq möhtəviyyatı qarına salınmış, yırtıq qapısı sərbəstləşdirilmiş, ikilövhəli sintetik protezin kiçik lövhəsi "doldurucu-tıxac" kimi qasıq kanalına yeridilmiş, böyük lövhə isə defekti qarın boşluğu tərəfdən örtmüş və fiksasiya edilmişdir. Lakin protezin parietal peritonla örtülməməsi qarın orqanları ilə bitişmələrin, kəskin bağırsaq keçməməzliyinin, fistulların əmələ gəlməsinə, 15% hallarda isə residivlərin inkişafına səbəb olmuşdur. Ona görə də protezin peritonla örtülməsi bu ağırlaşmaların inkişaf riskini xeyli aşağı salır. Bu üsulun tərəfdarları 2-9% hallarda residivlə üzləşmişlər. Hazırda bu üsul transabdominal plastika (TAP) üsulu kimi tanınmışdır.

Endovideoskopik herniologiyada Nebraskal (ABŞ) cərrah R. Fitzgibbonsun xidmətləri əvəzsizdir. O, transabdominal yolla alloplastik protezin preperitoneal sahəyə yerləşdirilməsi üsulunun müəllifidir[43].

Son illərdə protezin ekstraperitoneal yolla peritonönü sahədə yerləşdirilməsinin tərəfdarları artmaqdadır. "Visiport" troakarının yaradılması peritonönü sahəyə, yırtıq nahiyəsinə giriş problemini demək olar ki, tamamilə aradan qaldırmışdır. 45^0-li laparoskopun nəzarəti altında yırtıq kisəsi iti və küt üsullarla ətraf toxumalardan, bitişmələrdən ayrılır, möhtəviyyat qarın boşluğuna qaytarılır, kisə dibindən bağlanır və ya endosteplerlə tikilir, kəsilir. Sonda defekt nahiyəsinə sintetik tor qoyulur və fiksatorla defektin kənarlarına sancaqlanır. Mc Kernan J. B., Laws H. L.(1993) tərəfindən təklif edilmiş bu üsul hazırda total ekstraperitoneal plastika (TEP) adlandırılır [44].

Endocərrahi hernioplastika üsullarına əks-göstərişlər ümumi və yerli olmaqla 2 qrupa ayrılır. Ümumi əks-göstərişlərə ilk olaraq hamiləlik aid edilir. Çünki hamiləlik zamanı karboksiperitoneum və ümumi anesteziya dölə, anaya mənfi təsir edə bilər. Lakin son illərdə hamiləliyin ilk trimestrində karboksiperitoneum yaradılmadan (laparoliftinq şəraitində) uğurlu endocərrahi yırtıq plastikası haqqında ədəbiyyat məlumatlarına çox rast gəlinir. Ürək-damar və tənəffüs çatmazlığının dekompensasiya mərhələləri bu əməliyyatlara əks-göstərişlərdir. Karboksiperitoneum şəraitində, 10-13 Hg süt. təzyiq altında diafraqmanın qalxması bu sistemlərin fəaliyyətinə təhlükə yarada bilər [44. 45].

Son illərdə ABŞ-da yırtıqların müalicəsinin inyeksion üsuluna maraq artmağa başlamışdır. Üsulun əsasında yırtıq qapısı və yırtıq kisəsi ətrafı bölgələrə sklerozlaşdırıcı məhlulların yeridilməsi durur. Həmin məhlulların təsirindən məhdud sahədə aseptik iltihab başlayır, sonuncu sorulduqdan sonra sərt çapıq toxuması inkişaf edir. Bu yırtıq kisəsinin obliterasiyasına, qapının daralmasına, yırtıq defektinin çapıqlaşmasına səbəb olur. İnyeksion üsul sərbəst, kiçik ölçülü yırtıqların müalicəsində çox səmərəlidir. Lakin seçimin səhv aparılması və texniki yalnışlıqlar hesabına bəzi fəsadlar meydana çıxır: toxum ciyəsinin və yırtıq möhtəviyyatının nekrozu, kimyəvi peritonit və s. Bu səbəbdən üsulun tətbiqi onun istifadədinə göstərişlərin dəqiq təyinini, keyfiyyətli şüa vizualizasiyası (USM, KT və ya MRT nəzarəti altında) və texniki manipulyasiyaların incəliklə yerinə yetirilməsini tələb edir [45,46,47].

ƏDƏBİYYAT

1. Егиев В.Н., Рудакова М.Н. Сергейчев А.К. и др. Результаты пластики Лихтенштейна при ущемленных паховых грыжах // Эндоскоп хир., 2006, №3, с.3-6.
2. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков., А.Л., Федоров Д.А. Современные методики хирургического лечения паховых грыж. Методические рекомендации. М., 2003, 26 с.
3. Тимошин А.Д., Шестаков А.Я., Колесников С.А. Аллопластические и аутопластические методы лечения послеоперационных грыж больших размеров //Герниология, 2005, №1, с.39-42
4. Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Юрасов А.В. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии. М.: Триада-Х, 2010, 216 с.
5. Lichtenstein I.L., Amid P.K., Shulman A.G. The iliopubic tract. Is it important in groin herniorrhaphy? //Contemp. Surg., 1992, No 4, p.22-24
6. Lichtenstein I.L., Schulman A.C., Amid P.K. The tension-free hernioplasty //Am. J. Surg. 1989, v.157, p.188
7. Lichtenstein I.L., Shulman A.G., Amid P.K. Twenty questions about hernioplasty // American Surgeon,. 1991, v.57, p.730-773
8. Rutkow I.M. Laparoscopic hernia repair. The socioeco-nomic tyranny of surgical technology //Arch Surg., 1992, v.127, p.1271
9. Федоров В.Д., Гогия Б.Ш. Лечение больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж // Хирургия, 2000, №1, с.11-14
10. Федоров В.Д. Предисловие / Матер. Межд. конференции. М., 2003, с.5-6
11. Федоров И.В., Чугунов А.Н. Протезы в хирургии грыж: столетняя эволюция //Герниология, 2004, №2, с.45-53
12. Нестеренко Ю.А., Газиев Р.М., Мударисов Р.Р. Результаты операции Шулдайса в плановой и экстренной хирургии // Хирургия, 2005, №2, 49-53
13. Нестеренко Ю.А., Гадиев Р.М. Паховые грыжи реконструкция задней стенки пахового канала. М.:БИНОМ.Лаборатория знаний, 2005, 144 с.
14. Новиков К.В. К вопросу о лечении больных с паховыми грыжами // Вестник хирургии, 2001, №2, с.63-66.
15. Сахаутдинов В.Г., Галимов О.В., Сендерович Е.И. и др. Место эндохирургии в

оперативном лечении паховых грыж // Эндоскоп хир., 2001, №6, с.36- 39
16.Kingsnorth A.N., le Blanc K. Hernias: inguinal and incisional // Lancet,2003,v.302,p.1561-1571
17.Кочнев О.С., Курбанов Г.Б., Биряльцев В.Н. Аутодермально-монофильная пластика вентральных грыж // Хирургия, 1991, № 9, с.113-118.
18.Abasov N.A. Qasıq yırtıqlarının müasir cərrahi müalicəsində optimal hernioplastika üsulunun seçilməsi: Tibb üzrə fəls. dok. ... dis. Avtoref. Bakı. 2012, 21s.
19.Ağayev B.A., Rustamov E.A., Rustamov E.G. Ventral yırtıqların laparoskopik hernioplastikası zamanı torun istifadəsi // Cərrahiyyə, 2011, №3, s.38-40
20.Quliyev R.Y., Abasov N.A. Qasıq yırtıqlarının cərrahi müalicəsində inqilab. Bakı. 2007, 120 s.
21. Стрижелецкий В.В., Рутенбург Г.М., Гуслев А.Б., Румянов И.П.. Место эндовидеохирургических вмешательств в лечении паховых грыж // Вестник хирургии, 2006, №6, с.15-20.
22. Ступин В.Я., Лантнев В.В., Михайлусов С.В. и др. Выбор метода хирургического лечения паховых грыж. // Хирургия, 2009, №11, с.53-57.
23. Кукуджанов Н.И. Паховые грыжи. М.: Медицина, 1969, 440 с.
24. İsayev H.B., Bədəlov E.A. Lichtenşteyn üsulu ilə hernioplastika // Cərrahiyyə, 2005, №2, s.115-119
25.İsayev H.B., Bədəlov E.A. Xroniki koliti olan ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə her-nioplastikadan əvvəl və sonra qarındaxili təzyiqin tənzimlənməsi // Cərrahiyyə,2005, №3, s.29-32
26. İsayev H.B., Bədəlov E.B. Qasıq yırtığı olan ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə hemokoaqulyasiyanın dinamikası və onun tənzimlənməsinin bəzi aspektləri // Cərrahiyyə, 2006, N1, s.26-29.
27.Аляутдинов Р.Р. Герниопластика по Лихтенштейну (показания, техника операции): Автореф. дисс. …. к.м.н. М., 2004, 19 с.
28.Арчвадзе В.Ш., Чхиквадзе Т.Ф., Гиоргадзе К.И. и др. Электрокоагуляция в хирургии паховых грыж // Хирургия, 2006, №1, с.53-54.
29. Гюльмамедов Ф.И., Гюльмамедов П.Ф., Полунин Г.Е. Эффективность лапароскопической герниопластики в лечении паховых грыж // Cərrahiyyə, 2006, N 2, s.8-10.
30.Hetzer F.H. et al. Gold Standart for inguinal hernia repair: Shouldice or Lixtenstein // Hernia, 1999, v.3(3), p.117-120
31. Gilbert A.I. Inguinal Hernia Repair: Biomaterialas and Sutureless Repair // Perspectives in general surgery, 1991, v.2, No 1, p.113-129
32. Rutkow I.M. Surgery. An illustrated history. St. Louis. Mosby, 1993
33. Schumpelick V., Kingshorth A. Incisional hernia. Berlin: Springer, 1999,511 p.
34. Schumpelick V., Klinge U., Junge K., Stumpf M. Incisional abdominal hernia: the open mesh repair // Langenbecks Arch. Surg., 2004, v.389, No2, p. 1-5
35. Bendavid R. The Shouldice Repair. In: Hernia / Edited by L.M.Nyhus, R.E.Condon; with 75 contributors; foreword by K.Kelly. 4th ed. 1995, p. 217-227
36. Leber G.E., GarbJ.L., AlexanderA.L., Reed W.P. Long term complications associated with prosthetic repair of incisional hernias //Arch Surg., 1998, v.133, p.378-382
37. Zollinger RM Jr. A unified classification for inguinal hernias // Hernia, 1999, v.3, p.195-200
38. Nyhus LM. Individualization of hernia repair: a new era // Surgery, 1993, v.114, N1-2, p.119.
39. Барышников А.И. Об эффективности простых способов при лечениипаховых грыж: Авторф. дис. . докт. мед. наук. Донецк, 1965.
40. Егиев В.Н., Гитова Г.П., Шурыгин С.Н., Чижов Д.В.. Осложнения пластики пахового канала по Лихтенштейну // Хирургия, 2002, №7, с.37-40.
41. Schultz L.S., Graber J.N., Hichok F. Transabdominal preperitoneal laparoscopic inguinal herniorrhaphy //Surg. Laparosc. Endosc., 1990, v.4, p.410-411
42. Fitzgibbons R.J.Jr, Camps J., Cornet D.A. et al Laparoscopic inguinal herniorrhaphy. Results of a multicenter trial // Ann Surg., 1995, v.221(1), p.3-13.
43. Mc Kernan J.B., Laws H.L. Laparoscopic repair of inguinal hernias using a totally extraperitoneal prosthetic approach //Surg. Endosc., 1993, v.7, p.26-28
44. Островский В.К., Филимонов И.Е. Факторы риска рецидивов паховых грыж // Хирургия, 2010. №3, с.45-48
45. Namazov A.E. Qarının ön divarının yırtıqlarının laparoskopik plastikasında ağırlaşmaların

profilaktikası. T.ü.f.d ... dis. Avtoref. Bakı, 2013, 21s.

46. Nychytaylo M.E., Bulyk I.I. Modern aspects of endovideosurgical treatment of complicated and relapsing inguinal hernias // Clinical Surgery, 2010, v.3, p.10-16.

Резюме

Распространенности, послеоперационные осложнения, классификации и современные методы герниопластики паховых грыж

З.Т. Ширинов, Ханкишиев Н.Г., З.Н.Азадова

В статье проанализировано литеранных данных про распространенности, послеоперационные осложнения, классификации и современные методы герниопластики паховых грыж.

Summary

Prevalence of inguinal hernias; postoperative complications, classifications and modern hernio-plasty methods

Z.T. Shirinov, Khankishiyev N.H., Z.N.Azadova

In the article, bibliography of prevalence of groin hernias, postoperative complications, classifications and modern hernioplasty methods is reviewed.

Daxil olub: 10.11.2014

ORİJİNAL MƏQALƏLƏR- ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ НЕКОТОРЫХ КАТЕГОРИЙ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С, ПРОВОДИМОЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ "СРЕДНИХ" И "ВЫСОКИХ" ДОЗ РЕКОМБИНАНТНОГО АЛЬФА-ИНТЕРФЕРОНА

М.К.Мамедов, А.Э.Дадашева, С.М.Сафарова, Н.М.Нагиева
Национальный центр онкологии, Мемориальная клиника Н.Туси,
Центральная больница нефтяников, г.Баку

Açar sözlər: xronik viruslu C hepatiti xəstəliyi, virusəleyhinə müalicə, rekombinant alfa-interferon, ukraferon
Ключевые слова: болезнь хронического гепатита С, противовирусная терапия, рекомбинантный альфа-интерферон, украферон
Keywords: disease of chronic hepatitis C antiviral therapy, recombinant alpha-interferon, ukraferon

Как известно, в основе первого эффективного метода лечения больных хроническим гепатитом С (ХГС) лежало использование альфаинтерферонов (ИФН), в качестве которых первоначально и на протяжение более, чем десятилетия применялись лекарственные препараты на основе натуральных и рекомбинантных ИФН [1]. В дальнейшем с этой же целью стали использоваться препараты пегилированного ИФН - пегинтрона и пегасиса, что позволило улучшить результатов терапии и повысить качество жизни больных ХГС [2].

Вместе с тем, лекарственные препараты рекомбинантных ИФН (р-ИФН) не были исключены из перечная средств, пригодных для применения в программах противовирусной терапии (ПВТ) больных ХГС и соответственно могут использоваться с этой целью и в настоящее время [3]. При этом, препараты р-ИФН имеют 2 существенных достоинства по сравнению пегилированными препаратами ИФН.

Во-первых, они имеют относительно невысокую стоимость и, соответственно, более доступны для широких слоев населения и, в том числе для пациентов с ограниченными возможностями приобретения препаратов пегилированных ИФН. Во-вторых, их применение позволяет выбирать дозы, оптимальные для конкретного пациента - повышая дозы ИФН можно увеличивать выраженность терапевтического эффекта, а снижая дозы удается ослаблять выраженность и снижать частоту регистрации побочных токсических эффектов такой терапии [2, 4].

Очевидно, что существование такой возможности приобретает особо важное значение в ситуациях, когда из-за значительной выраженности побочных эффектов лечения или его плохой переносимости отдельными пациентами, для продолжения их

лечения приходиться использовать низкие дозы этих препаратов. Заметим, что аналогичные возможности редукции доз препаратов пегилированных ИФН и выбора этих доз весьма ограничены [2].

Одним из препаратов р-ИФН является "укрaферон" (лафаребион), представляющий собой рекомбинантный альфа-2b-ИФН и уже на протяжение ряда лет производимый компанией "Биофарма" (г.Киев) по технологии, обеспечивающей получение препарата соответствующего европейскому стандарту качества GMP. Этот препарат р-ИФН имел значительно меньшую стоимость, нежели не только пегасис, пегинтрон, но и такие препараты р-ИФН, как интрон А и роферон-А.

Располагая материалами о больных ХГС, которые под нашим наблюдением получали ПВТ по программам "укрaферон + рибавирин", мы попытались обобщить и проанализировать результаты этих наблюдений и на основе полученных данных оценить терапевтическую эффективность этих программ лечения больных ХГС, а также определить клинико-токсикологические характеристики этих программ.

Материалы и методы исследования. Имевшиеся в нашем распроряжение данные отражали результаты клинического наблюдения за 82 первичными (ранее не получавшими противовирусное лечение) больными ХГС обоего пола в возрасте от 20 до 45 лет. У 44 больных ХГС был вызван вирусом 1-го генотипа, а у 38 больных - вирусами генотипов 2 или 3.

Эти больные не имели каких либо прямых противопоказаний к назначению препаратов ИФН и рибавирина и под нашим наблюдением получили комбинировнную ПВТ, включавшую регулярные инъекции укрaферона (3 инъекции в неделю в режиме "через день") и ежедневный пероральный прием рибавирина в дозе от 0,8 до 1,2 г в зависимости от массы тела пациента. Кроме того, на протяжение всего курса ПВТ эти больные ежедневно принимали препараты урсодезоксихолевой кислоты в суточной дозе от 500 до 750 мг.

Продолжительность всех программ ПВТ зависела от генотипа вируса гепатита С (ВГС), вызвавшего ХГС: в течение 48 недель (при лечении ХГС, вызванного ВГС 1-го генотипа) или 24 недель (при лечении ХГС, вызванного ВГС 2-го или 3-го генотипов.

Кроме того, при выборе интенсивности ПВТ во внимание были приняты наличие и количество у этих больных известных предикторов курабельности ХГС. Поэтому 43 больным с наличием не менее 5 таких предикторов укрaферон вводили в разовой дозе 3,0 млн МЕ. Эту дозу препарата ИФН считали "средней". В то же время 39 больным с меньшим числом таких предикторов укрaферон вводили в дозе 6,0 млн МЕ-последнюю считали "высокой" дозой.

Развитие терапевтического эффекта на протяжение всего лечения мониторировалось путем определения уровня билирубина, активности "печеночных" ферментов, а также вирусной нагрузки в крови. Но в качестве основных показателей финальной результативности ПВТ использовали два показателя: 1) частоту регистрации "устойчивого биохимического ответа" (УБО) на лечение, регистрируемого по нор- мализации и сохранению в пределах нормы на протяжение 12 мес после завершения ПВТ активности "печеночных" ферментов и уровня билирубина в крови. и 2) частоту регистрации "устойчивого вирусологического ответа" (УВО), определяемого по отсутствию в крови вирусной РНК через 12 мес после завершения лечения. Терапевтический эффект оценивали отдельно в группе больных ХГС, вызванным вирусом 1-го генотипа и ХГС, вызванного вирусами 2-го и 3-го генотипов.

С самого начала ПВТ для своевременного выявление "ранних" признаков побочного токсического действия ПВТ кровь всех больных регулярно подвергалась лабораторному исследованию. В дальнейшем были определены спектр, частота и выраженность тех "поздних" проявлений побочного действия препаратов, которые наиболее часто становящихся причиной отказа больных от лечения или не доведения его до конца.

Полученные величины УБО и УВО, отмеченные у больных, как и частота признаков побочного действия ПВТ математически обрабатывали с помощью стандартных формул вариационной статистики.

Результаты и обсуждение. Оба показателя, отражавшие терапевтическую эффективность ПВТ, проведенной с использованием введенного в "средних" дозах укрaферона, мы сопоставили с аналогичными показателями эффективности лечения, которые были отмечены нами в наших наблюдениях,

проведенных в период 1998-2004 гг [5]. Для сопоставления этих показателей мы свели их в таблицу 1.

Очевидно, что при лечении больных ХГС, вызванного ВГС и 1-го и других генотипов использовании ПВТ, включавшей инъекции украферона, величины как УБО, так и УВО формально оказались меньше аналогичных показателей, отмеченных у больных ХГС, которые получили ПВТ, включавшую инъекции роферона-А или интрона А. Однако, не трудно увидеть, что различие между этими показателями, отмеченными у больных, получавших инъекции украферона и больными, получавшими инъекции других рекомбинантных препаратов ИФН не носили статически устойчивого характерав интервале $p<0,05$. Последний факт давал основание для вывода о том, что ПВТ, проводенная с использованием украферона и ПВТ, проведенная с использованием других рекомбинантных препаратов ИФН имели сопоставимую между собой терапевтическую эффективность.

В таблице 2 представлены отмеченные нами показатели эффективности ПВТ, в которой использовались "высокие" дозы украферона.

Таблица 1

Частота устойчивых биохимического и вирусологического ответов (УБО и УВО) у больных ХГС, получивших комбинированную ПВТ с использованием "средних" разовых доз украферона (по 3,0 млн МЕ) и "средних" доз роферона-А или интрона А (по 3,0 млн МЕ)

Использовали в качестве ИФН	Генотип вируса	Длительность ПВТ	Число больных	Средний УБО (%)	Средний УВО (%)
УКРАФЕРОН	1	48 нед	23	60,9±10,2	39,1±10,1
	2 или 3	24 нед	20	65,0±10,7	55,0±11,1
РОФЕРОН-А или ИНТРОН А	1	48 нед	138	68,8±3,9	45,7±4,2
	2 или 3	24 нед	99	81,8±3,9	61,6±4,9

Таблица 2

Частота устойчивых биохимического и вирусологического ответов (УБО и УВО) у больных ХГС, получивших ПВТ с использованием "высоких" разовых доз украферона (по 6,0 млн МЕ)

Использовали в качестве ИФН	Генотип вируса	Длительность ПВТ	Число больных	Средний УБО (%)	Средний УВО (%)
УКРАФЕРОН	1	48 нед	21	66,7±10,3	47,6±10,9
	2 или 3	24 нед	18	77,8±9,8	61,1±11,5

Сравнив величины УБО и УВО, представленные в этой таблице, не трудно убедиться, что использование "высокой" дозы украферона позволило повысить эти показатели на 9,5% и на 17,8%%, соответственно, при лечении больных ХГС, вызванным ВГС 1-го генотипа и на 16,4% и на 10%, соответственно, при лечении больных ХГС, вызванным ВГС 2-го или 3-го генотипов. При этом, указанные показатели эффективности лечения при использовании "высоких" доз украферона по своим значениям оказалась весьма близкими к таковым, которые были отмечены у больных ХГС, лечившихся рофероном-А и интроном А.

Этот факт можно было бы воспринять как косвенное указание на предпочтительность применения для лечения больных ХГС именно "высоких" доз украферона. Однако, указанные показатели эффективности ПВТ, отмеченные у больных, получивших "высокие" дозы ураферона, не имели статистически устойчивого в интерфале $p < 0,05$ отличия от соответствующих показателей, отмеченных у больных, получивших "средие" дозы этого же препарата.

С целью ретроспективной оценки токсикологических свойств украферона собранные нами данные, отражающие спектр и выраженность признаков побочного токсического действия украферона, мы сравнили с аналогичными данными, отражающими соответствующие действия роферона-А, ранее отмеченными нами у 120 больных, получивших инъекции роферона-А на протяжение 1996-1998 гг в клинике Азербайджанского института усовершенствования врачей им. А.Алиева [6].

Проведя такое сравнение, мы установили, что частота регистрации таких "ранних" признаков побочного действия как лейкоцитопении и тромбоцитопении у больных, получавших инъекции украферона практически не отличались от таковых у больных, рлдучавших инъекции роферона-А, а различия между этими показателями не имели статически устойчивого характера [7].

Отметим, что "поздние" проявления побочных действий лечения, отмеченные у больных, получавших оба препаата ИФН, не только не выходили за пределы перечня побочных эффектов, указанных фирмами производителями соответствующих препаратов ИФН и описанных в литературе. При этом, все "поздние" проявления побочного действия обоих препаратов ИФН были умеренно выраженными, а инъекции препаратов переносились пациентами вполне удовлетворительно. В частности, ни в одном из случаев эти проявления не только не стали причиной изменения тактики проведения ПВТ, но и применения какой либо лекарственной корпреккции [8]. В то же время оказалось, что между больными, получившими "средние" дозы украферона и больными, получившими "высокие" дозы этого препарата не была выявлена какая либо существенная разница в отношение как частоты регистаии как "ранних", так и "поздних" признаков побоч- ного действия лечения, так и их выраженности.

Это обстоятельство позволяло утвержать, что по спектру и выраженоти всех проявлений побочного действия украферон практически не отличался от роферона. Это означало, что реатогенность и переносимость украферона и роферона-А в отношение риска развития проявлений побочного действия может считаться равной.

Таким образом, сравнив терапевтичесекую эффективность при ХГС и побочные действия этих препаратов можно заключить, что они не имели существенных отличий друг от друга. Это позволяет считать их препаратами с практически равными эффективностью, реактогенностью и переносимостью. При этом наиболее важное преимущество украферона перед рофероном-А и интроном А состоит в том, что рыночная стоимость одного флакона украферона, содержащего 3 млн МЕ сегодня более, чем в 3 раза меньше стоимости одного флакона с такой же дозой роферона-Аи интрона А.

В заключение, оценивая степень обоснованного назначения украферона для лечения больных ХГС с современных позиций, нельзя не отметить, что этот препарат, как компонент комбинированной ПВТ должен использоваться исходя из представления о предиктивной роли генотипа организма пациента в отношение интерлейкина- 28b (IL-28B) [9]. Это означает, что включающая украферон двухкомпонентная ПВТ может назначаться больным ХГС, вызванным ВГС генотипов 2 или 3; в случае же ХГС, вызванного ВГС 1-го генотипа, такая ПВТ может назначаться только больным с СС-вариантом полиморфизма IL-28b- в остальных случаях ПВТ должна проводиться с включением третего компонента-ингибитора вирусных ферментов [10].

ЛИТЕРАТУРА

1.Мамедов М.К., Шапиро Б.Я. Лечение трансфузионных вирусных гепатитов рекомбинантным альфа-интерфероном. Ташкент: Юлдыз, 1999;

2.Мамедов М.К., Кадырова А.А. Интерфероны и их применение в клинической медицине. М.: Кристалл, 2005;

3.Ершов Ф.И., Романцов М.Г. Лекарственные средства, применяемые при вирусных заболеваниях. М.: Геотар-Медиа, 2007;

4.Мамедов М.К. Вирусный гепатит С.2-е изд. Баку: Элм, 2010;

5.Мамедов М.К., Ахмедбейли Х.Ф., Дадашева А.Э. О результатах применения препаратов человеческого рекомбинантного интерферона альфа для лечения больных хроническим гепатитом С.// Биомедицина, 2010, N.3, с.20-22;

6.Нагиева Н.М., Ахмедбейли Х.Ф., Пашабейли С.Э. Сравнительная оценка "ранних" проявлений побочного действия препаратов рекомбинантных и пегилированных интерферонов у больных вирусными гепатитами.//Азерб. Ж. онкологии, 2012, N.2, с.107-110;

7.Нагиева Н.М., Ахмедбейли Х.Ф. Сравнительная оценка некоторых "поздних" проявлений побочного действия препаратов рекомбинантных и пегилированных интерферонов.//Азерб. Ж.онкологии, 2014, N.2, с.98-99;

8.Миришли Н.М., Пашабейли С.Э., Мамедов М.К. Побочные проявления терапии фероном-А больных острым вирусным гепатитом В.- Здоровье, 1997, N.7, с.55;

9.Мамедов М.К., Кадырова А.А., Дадашева А.Э. Персонификация стратегии антивирусной терапии, как перспективный путь повышения эффективности лечения больных гепатитом С. // Соврем. достижения азербайдж. медицины, 2014, N.4, с.3-6.

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

Xülasə

Xronik viruslu C hepatiti olan xəstələrin bəzi kateqoriyalarının "orta" və "yüksək" rekombinant dozalı alfa-interferondan istifadə etməklə aparılan virusəleyhinə müalicəsinin imkanları

M.Q,Məmmədov, A.E.Dadaşova, C.M.Cəfərova, N.M.Nağıyeva

Ukraferon istifadə etməklə virusəleyhinə müalicə alan xronik viruslu C hepatitli xəstələrin perspektiv klinik nəzarətinin nəticələri məqalədə əks edilmişdir. Bu nəticələrin analoji olaraq roferon-A və intron ilə terapiya alan xəstələrin nəticələri müqayisəsi nəticəsində belə qənaətə gəlmək olar ki, ukraferon onlardan həm effektivliyi, həm də əsas əlavə təsirlərə səbəb olması baxımından praktik olaraq fərqlənmir.

Summary

Possibilities of antiviral therapy of several categories of chronic hepatitis C patients with application "mean" and "high" doses of recombinant alpha-interferon

M.Mamedov, A.Dadasheva, S.Safarova, N.Nagiyeva

Article contains results of prospective clinical supervision over patients with chronic hepatitis C who received antiviral therapy with use of ukraferon preparation. On the base of comparison of these results with results of supervision over patients with similar therapy carried out by roferon-A or intron, authors came to the conclusion that ukraferon practically doesn't differ from them by effectivity and also ability to produce the main side effects.

Daxil olub: 25.11.2014

ФОРМЫ И ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА С, СРЕДИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СТАДИЙ

Т.Н.Мамедова, С.Э.Рагимзаде, М.К.Мамедов

Национальный центр онкологии, г.Баку

Açar sözlər: viruslu C hepatiti, süd vəzisi xərçəngi, klinik mərhələ
Ключевые слова: вирус гепатита С, рак молочной железы, клиническое течение
Keywords: hepatitis C virus, breast cancer, clinical course

Приняв во внимание ограниченность сведений об общих клиникопатогенетических особенностях инфекции, вызванной вирусом гепатита С (ВГС) у больных раком молочной железы (РМЖ), мы в собственном клинико-лабораторном наблюдении, проведя соответствующие серологические и биохимические исследования, определили важнейшие клинико-патогенетические особенности течения ВГС-инфекции у группы инфицированных этим вирусом больных РМЖ, находившихся на лечении в клинических отделениях Национального центра онкологии.

В частности, при серологическом исследовании сывороток крови более, чем 2,6 тыс женщин, больных РМЖ, были обнаружены 217 женщин, в крови которых имелись антитела к ВГС (anti-HCV) [1]. Далее нами

было установлено, что среди выявленных нами 217 серопозитивных больных РМЖ, текущая ВГС-инфекция, идентифицированная по присутствию в их крови РНК ВГС, имелась лишь у 205 женщин. При этом, эта группа больных оказалась неоднородной и наряду со 175 (85,4%) женщинами с персистентной ВГС-инфекцией, включала в себя и 30 (14,6%) женщин с репродуктивной ВГС-инфекцией, сопровождавшейся наличием в их крови специфических anti-HCV, относящихся к классу IgM. При этом частота регистрации репродуктивной ВГС-инфекции у больных РМЖ заметно возрастала с увеличением клинической стадии (КС) РМЖ в следующем ряду: 5,9% у больных I КС - 10,9% у больных II КС - 15,0% у больных III КС и 18,9% у больных IV КС [2].

С другой стороны, ретроспективно сопоставив частоту случаев повышение активности аланинаминотроансфазы (АлАТ) и повышения уровня билирубина (БР) в крови мы определили у инфицированных ВГС больных РМЖ 4 важнейших типовых лабораторных (патогенетических) варианта течения ВГС-инфекции: 1-й- инаппарантный вариант, не сопровождавшийся повышением ни активности АлАТ, ни концентрации БР, был отмечен у 49,8% больных; 2-й - гиперферментемический вариант, протекавший с повышением активности лишь АлАТ, был выявлен у 43,8% больных; 3-й-билирубинемический вариант, протекавший с повышением активности АлАТ и умеренным повышением концентрации БР, был выявлен 5,9% больных и 4-й- гипербилирубинемический вариант, сопровождавшийся повышением активности АлАТ и значительным повышением концентрвации БР в крови, когда последняя превышала 50 ммоль/л [3].

Комментируя эти характеристики, отмеим, что 1-й вариант течения инфекции наиболее близок к бессимптомной форме этой инфекции, а 2-й вариант - к субклинической форме течения инфекции, при которой имеется "минимальный" гепатит субклинически протекающий без формирования визуализируемой желтухи. 3-й вариант, при котором пожелтение покровов тела визуально не выявляется, можно, с оговорками, рассматривать как патогенетическую основу слабо выраженной клинически манифестной формы течения инфекций, а 4-й вариант, для которого характерна визуально определяемая желтуха, может считаться клинически манифестной формой гепатита С [7].

Далее мы сопоставили частота выявления этих патогенетических вариантов течения ВГС-инфекции у больных РМЖ разным КС. Такое сопоставление отражено в таблице 1.

Таблица 1

Частота выявления 4 патогенетических вариантов ВГС-инфекции у больных РМЖ разным клиническими стадиями

Стадия РМЖ	Число больных	1-й вариант	2-й вариант	3-й вариант	4-й вариант
I	17	3 / 17,6%	10 / 58,8%	3 /17,6%	1 / 5,9%
II	57	19 / 33,3%	34 / 59,6%	4 / 7,0%	-
III	78	46 / 58,9%	27 / 34,6%	5 / 6,4%	-
IV	53	34 / 64,1%	19 / 35,8%	-	-
ВСЕГО	205	102 / 49,8%	90 / 43,8%	12 / 5,9%	1 / 0,5%
Сокращеhия: 1-й вариант - инаппарантный; 2-й вариант - гиперферментемический; 3-й вариант - билирубинемический; 4-й вариант - гипербилирубинемический					

Очевидно, что по мере увеличения КС заболевания отмечались, с одной стороны, отчетливое увеличение частоты регистрации инаппарантного варианта инфекции, а с другой стороны, заметное снижение частоты регистрации гиперферментемического и билирубинемическолго варианта этой инфекции.

Рассматривая возможные причины отмеченного выше клинико-патогенетического своеобразия ВГС-инфекции у больных РМЖ, мы приняли во внимание то, что в основе механизма разрушения гепатоцитов лежит их иммунообусовленный лизис [4]. Это позволило нам предположить, что такой причиной может стать наличие у больных РМЖ, как и большинством других онкологических заболеваний, депрессии иммунной системы. Вероятно поэтому с увеличением КС РМЖ, когда выраженность иммунодрепессии нарастает, происходит ослабление интенсивности иммунозависимого цитолиза гепатоцитов и,

соответственно, увеличение частоты регистрации инаппарантного варианта инфекции.

Для верификации обоснованности этого предположения мы определили частоту регистрации репродуктивных форм ВГС-инфекции у больных разными КС РМЖ, как показано в таблице 2.

Результаты этого сопоставления показали две особенности. Во-первых, больные РМЖ с репродуктивной ВГС-инфекции были выявлены лишь среди лиц с первыми двумя патогенетическими вариантами инфекции. Это означало, что развитие репродуктивной ВГС-инфекции не имело патогенетической связи с теми ее формами, которые протекали с повышением уровня БР в крови.

Во-вторых, частота регистарции репродуктивных форм инфекции у лиц с инапарантным и, особенно, гиперофер - ментическим вариантами увеличивалась по мере возрастания КС основного заболевания.

Таблица 2

Частота регистрации случае репродуктивной ВГС-инфекции среди больных РМЖ с разными патогенетическими вариантам течения этой инфекции

Стадия РМЖ	Число больных	инаппаратный вариант	Гиперферментеми-ческий вариант	всего
I	17	-	1 / 10 (10,0%)	1 / 10 (10,0%)
II	57	2 / 19 (10,5%)	5 / 34 (14,7%)	7 / 53 (13,2%)
III	78	6 / 46 (13,0%)	6 / 27 (22,2%)	12 / 73 (16,4%)
IV	53	5 / 34 (14,7%)	5 / 19 (26,3%)	10 / 53 (18,9%)
ВСЕГО	205	13 / 99 (13,3%)	17 / 90 (18,8%)	30 /189 (15,9%)
* в числителе - число больных с репродуктивной ВГС-инфекцией * в знаменате - общее число больных с ВГС-инфекцией				

Мы полагали, что последняя особенность также косвенно обусловлена тем, что по мере увеличения КС РМЖ выраженность иммунодепрессии нарастала и способность иммунной системы сдерживать интенсивную репродукцию вирусаа заметно снижалась.

Таким образом, на основе приведенных выше данных, мы пришли к нескольким выводам, котолрые кратко сформулированы ниже. Во-первых, ВГС-инфекция протекала в репродуктивной форме лишь у части больных РМЖ с виремией, причем по мере увеличения КС РМЖ частота случаев такого течения инфекции заметно возрастала.

Во-вторых, ВГС-инфекция у больных РМЖ чаще всего протекала в инаппарантном и гиперферментемическом варианте - общая частота регистрвации этих вариантов у указанного контингента онкологических больных составила более 90%.

В-третих, репродуктивная форма ВГС-инфекции у больных РМЖ выявлялась лишь среди больных, у которых эта инфекция протекала в инапарантном и гиперферментическим вариантах, причем и среди этих больных РМЖ частота регистарции репродуктивной формы инфекции увеличивалась по мере увеличения степени распространенности РМЖ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рагимзаде С.Э., Рагимов А.А., Мамедова Т.Н., Джавадзаде С.Н. Серологические маркеры инфицирования вирусом гепатита С среди женщин, больных раком молочной железы, живущих в Азербайджане // Биомедицина, 2014, N.3, с.16-18;

2. Мамедова Т.Н., Рагимзаде С.Э., Мамедов М.К. Патогенетические особеннсти развития инфекции, вызванной вирусом гепатита С, у больных раком молочной железы // Соврем. достижения азербайджанской медицины, 2014, N.4, с.36-39;

3. Зейналов Р.С., Мамедов М.К., Мамедова Т.Н., Рагимзаде С.Э. Клинико-патогенетические варианты течения инфекции, вызванной вирусом гепатита С, среди женщин, больных раком молочной железы // Биомедицина, 2014, N.4, с.15-17.

4. Скляр Л.Ф., Маркерлова Е.В., Полушин О.Г. и др. Хроническая HCV-инфекция: современные иммуноморфологические аспекты. М.: Изд-во РГМУ, 2006, 213 с.

Xülasə

Müxtəlif klinik mərhələli süd vəzisi xərçəngi olan xəstələr arasında viruslu C hepatitinin törətdiyi infeksiyanın forma və variantları

T.N.Məmmədov, S.E.Rəhimzadə, M.Q.Məmmədov

Müəlliflər viruslu C hepatitinin törətdiyi süd vəzisinin infeksiyalı xərçəngi olan qadınların qan zərdabının seroloji, virusoloji və biokimyəvi müayinələrinin nəticələri verilmiş və bu infeksiyanın üstünlük təşkil edən forması və həmin kontingentdən olan xəstələrdə onun inkişaf xüsusiyyətləri müəyyən edilmişdir.

Summary

Forms and variants of hepatitis C viral infection course among patients with different clinical stages of breast cancer

T.Mamedova, S.Ragimzadeh, M.Mamedov

The authors carried out serological, virological and biochemical testing of blood serum of women with breast cancer and infected with hepatitis C virus (HCV) and determined predominant forms of the infection course and several pathogenetical peculiarities of its development in mentioned contingent of oncological patients.

Daxil olub: 03.09.2014

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ СОСТОЯНИЯ ОПОРНЫХ ЗУБОВ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА НА МОДИФИЦИРОВАННОМ ЗАМКОВОМ КРЕПЛЕНИИ ВКС-СГ У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ЧАСТИЧНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ

О.В.Громов

ГУ «ДМА МОЗ Украины», кафедра ортопедической стоматологии, г. Днепропетровск

Açar sözlər: bügel protez, qıfıllı birləşmə, generalizəolunmuş parodontit, dişlərin hərəkətliliyi, gərgin-deformasiya olunmuş vəziyyət

Ключевые слова: бюгельный протез, замковое крепление, генерализованный пародонтит, подвижность зубов, напряженно-деформированное состояние.

Keywords: clasp prosthesis, locking mount, generalized periodontitis, tooth mobility, stress-strain state.

За последние коды комбинированное протезирование больных с частичной вторичной адентией претерпело ряд существенных изменений, вызванных повышением культурных и социальных запросов стоматологических больных. На смену традиционной кламмерной фиксации пришли замковые крепления бюгельных протезов, позволяющие добиться более физиологичной нагрузки на опорные зубы [1], позволяющие регулировать силу фиксации съемной части протеза [2] и имеющие высокие эстетические показатели. В то же время, по данным литературы около 85% бюгельных протезов сделаны без учета клинических особенностей протезного поля [3].

Разработчики замковых конструкций категорически не рекомендуют использовать этот вид фиксации съемных протезов без интерлоков и распределителей нагрузки. Фрезеровка и жесткая фиксация элементов металлических конструкций съемной и несъемной частей протеза являются обязательным технологическим этапом. Однако наличие интерлока приравнивает нагрузки, испытываемые опорными зубами при применении замка ВКС-СГ, к нагрузкам при изготовлении протеза с рельсовым креплением ВС-3 и делает его неприменимым при генерализованном пародонтите или пародонтозе [4,5]. В то же время, большое количество пациентов с нарушением опорно-удерживающей функции пародонта по

эстетическим соображениям категорически отказывается от пользования бюгельными протезами с кламмерной фиксацией. Решение этой проблемы требует всестороннего биомеханического анализа напряженно-деформированных состояний и клинического изучения протеза на полулабильном шарнирном креплении [6].

Материалы и методы исследования. На экспериментальном этапе исследований нами были изучены напряженно-деформированные состояния опорных зубов, пародонта, протеза и протезного ложа при использовании замкового крепления ВКС-СГ без интерлока и без распределителя нагрузки, т.е. полулабильного шарнирного крепления, на плоских конечноэлементных компьютерных моделях (ПКЭКМ) с опорой на два премоляра и замковым креплением ВКС-СГ.

Использование аттачмена боковой локализации без интерлока позволяет изготовить крепление полулабильным, шарнирным, передающим бóльшую часть нагрузки на протезное ложе и разгружающим пародонт опорных зубов.

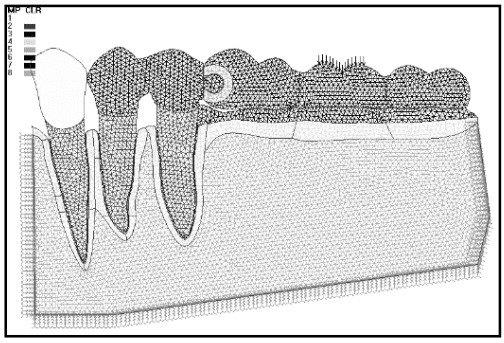


Рис. 1. Плоская конечно-элементная компьютерная модель замкового крепления ВКС-СГ при резорбции альвеолярной кости на 25 %

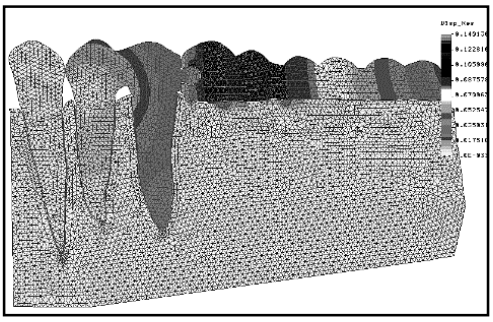


Рис. 2. Суммарные перемещения базиса при использовании крепления ВКС-СГ и резорбции альвеолярной кости на 25 %

Чтобы понять изменения в напряженно-деформированных состояниях пародонта, исследовали ПКЭКМ протеза с фиксацией на два премоляра с применением замкового крепления ВКС-СГ без интерлока и распределителей нагрузки, при резорбции 25%, с опорой седла протеза на упругую слизистую оболочку (рис.1).

Локализация и величина суммарных перемещений при плотном контакте базиса с упругой слизистой имеет максимальные значения в участке первого моляра, то есть того участка съемного протеза, в котором находится матрица замкового крепления. Величины суммарных перемещений уменьшаются по направлению к дистальному участку седла и возле третьего моляра равны показателям перемещений второго премоляра, к которому прикреплена патричная часть замка. Первый премоляр практически не перемещается (рис.2). Числовые данные приведены в таблице 1.

Таблица 1

Биомеханические показатели напряженно-деформированных состояний моделей с нормальным пародонтом в зависимости от типа слизистой оболочки протезного ложа и плотности прилегания базиса

Тип слизистой оболочки	Исследуемые участки модели	Суммарное перемещение (мм)	Горизонтальное напряжение (МПа)	Вертикальное напряжение (МПа)	Суммарное напряжение по Мизесу (МПа)
Упругая	Первый премоляр	0,018	0,675	41,063	14,505
	Второй премоляр и замок	0,035	0,745	2,218	16,273
	Первый моляр	0,140	9,391	6,101	21,757
	Третий моляр и дистальный участок седла	0,035	0,675	2,518	11,327

В графе «Суммарное перемещение» приведены абсолютные показатели перемещений различных участков модели в миллиметрах. В графах «Горизонтальное напряжение», «Вертикальное напряжение» и «Суммарное напряжение по Мизесу»- величины напряжений в МПа (мегапаскалях), которые испытывают соответствующие участки плоской компьютерной конечно-элементной модели. Суммарное перемещение первого премоляра на модели с упругой слизистой составляет всего 0,0175 мм, а в участке третьего моляра и дистального края базиса протеза этот показатель равен уже 0,0350 мм (больше в 2,0 раза).

Аналогичная тенденция к росту отмечена и при анализе напряжений. Суммарное напряжение по Мизесу в области первого премоляра составляет 14,505 МПа, а в области первого моляра – 21,757 МПа (больше в 1,5 раза).

Приведенные данные свидетельствуют о щадящей функциональной нагрузке пародонта опорных зубов и передачи основного давления на ткани протезного ложа.

Полученные результаты эксперимента нашли подтверждение в клинических исследованиях. Бюгельные протезы с полулабильной фиксацией, разработанной автором (патент Украины № 91981 от 25.07.2014), были выполнены 37 больным генерализованным пародонтитом средней степени тяжести разных возрастных групп: 20-44 года- 3 больных (8,1%), 45-59 лет- 11 больных (29,7 %) и 60≤ лет- 23 больных (62,2%). Всем больным перед протезированием проводилось комплексное, строго индивидуализированное лечение, включающее этиотропную и патогенетическую терапию в условиях пародонтологического отделения.

В первую очередь с помощью окклюзиограмм выявляли супраконтакты в центральной и функциональной окклюзиях, и проводили избирательное пришлифовывание с целью устранения окклюзионной травмы. После этого при наличии патологической подвижности зубов 2-й и 3-й степени проводили временное шинирование и удаляли мягкие и твердые зубные отложения с применением ультразвука или пескоструйного аппарата, после чего тщательно полировали открытую поверхность цемента корня. В качестве антисептика для орошения применяли хлоргексидина биглюконат 0,05%. При наличии бактериальной флоры проводили антибиотикотерапию по данным бактерио- и антибиотикограммы.

В качестве стимуляторов остеогенеза всем больным генерализованным пародонтитом были назначены препараты "Лека-$Д_3$" и "Остеовит", а также ополаскиватель полости рта "Лизомукоид". На все указанные препараты, используемые в клинике, имеется разрешение Фармкомитета Украины. Дозировку препаратов назначали по схеме соответственно возраста и веса больного.

Оценку качества комплексного лечения проводили в отдаленные сроки по следующим показателям:

-визуальная оценка десны (рельеф, цвет, отек);
-кровоточивость, наличие и характер экссудата;
-наличие патологического зубодесневого кармана, его глубина;
-гигиенический индекс по Green-Vermillion;
-пародонтальный индекс по Russel;
-индекс ПМА по Parma;
-данные рентгенографических исследований;
-данные аксиографических исследований;
-степень подвижности опорных зубов (в мм).

Результаты исследования. Оценка качества проведенного комплексного лечения подтвердила общее улучшение клинического состояния пародонта, о чем свидетельствовало уменьшение или исчезновение кровоточивости десен, уменьшение отечности и гиперемии слизистой оболочки десны, прекращение выделения серозно-гнойного экссудата из пародонтальных карманов, исчезновение неприятного запаха изо рта, уменьшение значения индекса воспаления (ПМА), улучшение гигиенического состояния полости рта и субъективных ощущений у больных всех возрастных групп без клинических проявлений пародонтита и с генерализованным пародонтитом. Степень исходного состояния тканей пародонта и результативность лечения тесно коррелировали с наличием и тяжестью заболевания пародонта. В отдаленные сроки после лечения наибольший вклад в изменение гигиенического и пародонтального индексов вносило наличие хронического воспалительного процесса в пародонте ($К^2$=0,64 и $К^2$=0,64 соответственно), наименьший– воз-

раст больных (K^2=0,13 и K^2=0,11). Что касается динамики индекса ПМА, то его связь с возрастом и состоянием пародонта была более слабой (K^2=0,26 и K^2=0,37) и, возможно, определялась низким качеством гигиенического ухода за зубами, особенно в старшей возрастной группе больных. Степень картине ХВН у пациентов III гр. с клиническими классами C_4-C_6(S) по классификации CEAP в суммарном отношении шкала VCSS уменьшилась соответственно подвижности опорных зубов у больных различного возраста тесно связана с исходным состоянием пародонта и характером нагрузки.

При более выраженной картине ХВН у пациентов III гр. с При более выраженной

классификации CEAP в суммарном отношении шкала VCSS уменьшилась соответственно

Таблица 2

Сравнение средних значений показателей подвижности опорных зубов у больных ГП разных возрастных групп в различные сроки после лечения (M±m, мм)

Возраст, лет	Количество больных	Изменение подвижности опорных зубов		
		До лечения	Непосредственно после лечения	Через 18 месяцев
20-44	3	1,42±0,065	0,81±0,026	1,00±0,037
45-59	11	2,00±0,064	1,04±0,048	1,21±0,049
60 и старше	23	2,25±0,056	1,49±0,043	1,99±0,048
Всего	37			

ЛИТЕРАТУРА

1. Макєєв В.Ф., Ключковська Н.Р., Щерба П.В. В. І. Колодій Застосування балкових систем кріплення при лікуванні хворих з дефектами зубних рядів покривними протезами // Соврем. Стоматология, 2008, №4, с.129-132.

2. Лебеденко И.Ю., Перегудов А.Б., Глебова Т.Э., Лебеденко А.И. Телескопические и замковые крепления зубных протезов. М.: Молодая гвардия, 2005, 338с.

3. Кененс И.Э.Л. Конструкция бюгельного протеза. М.: Квинтэссенция, 1999, 81 с.

4. Ступницький Р. М. Покази та критерії вибору системи замкових кріплень // Новини стоматології, 1996, №4, с. 55-58.

5. Невская В.В. Сравнительная оценка влияния различных конструкций съемных протезов на протезное ложе при частичном отсутствии зубов: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук: спец. М., 2011, 23с.

6. Чуйко А.Н., Вовк В.Е. Особенности биомеханики в стоматологии. Х.:Прапор, 2006, 304с.

Xülasə

Hissəli ikincili adentiya olan müxtəlif yaş qruplarına aid xəstələrdə modifikasiyaolunmuş qıfıllı VKS-SG bərkidicisində bügel protezli dayaq dişlərin vəziyyətinin eksperimental-klinik müayinələrinin nəticələri

O.V.Qromov

Məqalədə müxtəlif yaş qruplarında olan generalizəolunmuş parodontitli xəstələrdə bredent şirkətinin VKS-SG bərkidicisində bügel hamar son-elementli protez modelinin gərgin-deformasiya edilmiş vəziyyətinin kompüter müayinələrinin nəticələri ilə kombinəedilmiş protezli dayaq dişlərinin klinik müayinələri arasındakı qarşılıqlı əlaqə nəzərdən keçirilmişdir. Kompleks müalicədən sonra müxtəlif dövrlərdə dayaq dişlərinin hərəktliliyi öyrənilmişdir.

Summary

The results of experimental and clinical studies of the condition of the abutment teeth in clasp prosthesis on a modified castle mount VKS-SG in patients of different age groups with partial secondary edentia

O.V. Gromov

The article deals with the relationship between the computer studies of stress-strain states of a plane finite-element model of clasp prosthesis denture castle mount VKS-SG bredent company and the results of clinical studies of the condition of the abutment teeth combined prosthesis in patients with generalized periodontitis at different ages. Is studied the mobility of the abutment teeth at different times after combined treatment.

Daxil olub: 18.09.2014

UŞAQ VƏ YENİYETMƏLƏRDƏ REFRAKSİYA ANOMALİYALARININ PROFİLAKTİK MÜAYİNƏLƏRDƏ AŞKARLANMASI

L.F. Qəhrəmanova
Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: refreksiya anomaliyaları, profilaktik müayinələr, uşaqlarda və yeniyetmələr
Ключевые слова: нарушение рефракции, профилактический осмотр, дети и подростки
Keywords: breach of refraction, routine inspection, children and adolescents

Dünyanın inkişaf etmiş ölkələrində uşaqlarda görmə qabiliyyətini zəiflədən patologiyalar arasında əsas yeri refraksiya anomaliyaları tutur [1-7]. Refraksiya anomaliyalarının vaxtında aşkar edilməsi əksər hallarda onların proqressivləşməsini ləngitməyə imkan verir [8]. Ona görə də uşaqların profilaktik müayinəsi mütləq həkim oftalmoloqun iştirakı ilə həyata keçirilir və mövcud qaydalara müvafiq ən azı ildə bir dəfə aparılır. Rəsmi statik mənbələrdə uşaqların profilaktik müayinəsinin nəticələri (0,6% müayinə olunanlarda zəif görmə əlamətinin olması) bu işin qənaətbəxş olmadığını göstərir. Ona görə də profilaktik müayinələrin adekvat aparılması nəticəsində refraksiya anomaliyalarının yayılma səviyyəsinin əsaslandırılması tibbi-təşkilati baxımdan önəmlidir.

Tədqiqatın **məqsədi** uşaq əhalisinin müxtəlif yaş və cins qruplarında refraksiya anomaliyalarının yayılma ehtimalının əsaslandırılması olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqat məqsədyönlü seçim yolu ilə planlaşdırılmış, hər qrupda etibarlı nəticə təmin edən sayda müşahidə vahidi (200 nəfər) əsaslandırılmış, 5-9, 10-14, 15-19 yaşlı uşaq və yeniyetmənin (hər yaş qrupunda 200 oğlan və 200 qız olmaqla) kompleks oftalmoloji müayinəsi aparılmışdır. Müayinə zamanı refraksiya pozğunluqlarını tam səciyyələndirmək üçün lazım olan müayinələr (oftalmoskopiya, oftalmometriya, vizometriya, perimetriya, kampimetriya, tonometriya, akkomodasiya və konvergensiyanın qiymətləndirilməsi, biomikroskopiya, refraksometriya, ultrasəs biometriyası və sair) tətbiq edilmişdir. Aşkar edilmiş xəstəliklərin tezliyi, standart xətası, etibarlıq intervalı hesablanmış, qruplararası fərq Yeyts düzəlişi ilə Z meyarına görə qiymətləndirilmişdir [9].

Tədqiqatın nəticələri. Uşaqların və yeniyetmələrin yaş və cins qruplarında refraksiya anomaliyalarının yayılması barədə məlumatlar 1-ci cədvəldə verilmişdir. Göründüyü kimi, bütün yaşlarda oğlan və qızlar arasında aşkar edilmiş miopiya, hipermetropiya və astiqmatizmin tezliyi bir-birindən statistik dürüst fərqlənmir ($p>0,05$). Bu patologiyaların yayılma səviyyəsi 5-9 yaşlarda nisbətən az olmuşdur. Aşkar edilmiş patologiyaların ümumi səviyyəsi 5-9 yaşlarda 9,8±1,5% təşkil etmişdir (95% etibarlıq intervalı 6,8-12,8%). Bu yaş qrupunda astiqmatizm nisbətən az (2,3±0,7%), miopiya (3,5±0,9%) və hipermetropiya (4,0±1,0%) isə nisbətən çox qeydə alınsa da onların yayılma səviyyələri bir-birindən statistik dürüst fərqlənmirlər ($p>0,05$).

Cədvəl 1

Uşaqların və yeniyetmələrin yaş və cins qruplarında refraksiya anomaliyalarının yayılmsı

Xəstəliklər	Cins qrupları	5-9 yaş N, p±S_p	10-14 yaş N, p±S_p	15-19 yaş N, p±S_p	5-19 yaş N, p±S_p
Miopiya	oğlan	8(4,0±1,4)	23(11,5±2,3)	27(13,5±2,4)	58(9,7±1,2)
	qız	6(3,0±1,2)	26(13,0±2,4)	30(15,0±2,5)	62(10,3±1,2)
	Hər ikisi	14(3,5±0,9)	49(12,3±1,6)	57(14,3±1,8)	120(10,0±0,9)

Hipermet-ropiya	oğlan	8(4,0±1,4)	6(3,0±1,2)	5(2,5±1,1)	19(3,2±0,7)
	qız	8(4,0±1,4)	8(4,0±1,4)	7(3,5±1,3)	23(3,8±0,8)
	Hər ikisi	16(4,0±1,0)	14(3,5±0,9)	12(3,0±0,9)	42(3,5±0,5)
Astiq-matizm	oğlan	4(2,0±1,0)	8(4,0±1,4)	9(4,5±1,0)	21(3,5±0,5))
	qız	5(2,5±1,1)	7(3,5±1,3)	9(4,5±1,5)	21(3,5±0,8)
	Hər ikisi	9(2,3±0,7)	15(3,8±1,0)	18(4,5±1,0)	42(3,5±0,5)
Cəm	oğlan	20(10,0±2,1)	37(18,5±2,7)	41(20,5±2,9)	98(16,3±1,5)
	qız	19(9,5±2,1)	41(20,5±2,9)	46(23,0±3,0)	106(17,7±1,6)
	Hər ikisi	39(9,8±1,5)	78(19,5±2,0)	87(21,8±2,1)	204(17,0±1,1)

Qeyd: n - xəstəliklərin sayı, p – 100 nəfərə görə xəstəliklərin sayı, S_p – orta xəta

Müayinə olunan 10-14 yaşlı uşaqların hər 100 nəfərinə 19,5±2,0 refrasksiya anomaliyalası düşür (95% etibarlıq intervalı 15,5-23,5%). Bu yaş qrupunda astiqmatizmin (3,8±1,0%) və hipermetropiyanın (3,5±0,9%) yayılma səviyyəsi bir-birinə yaxın, amma miopiyanın yayılma səviyyəsi (12,3±1,6%) statistik dürüst ($p<0,01$) 3 dəfədən çox yüksək olmuşdur. Bu yaş qrupunda refraksiya anomaliyalarının 5-9 yaş qrupuna nisbətən statistik dürüst artım (hər 100 nəfərə görə: 19,5±2,0 və 9,8±1,5) əsasən miopiyanın yayılması hesabına (müvafiq olaraq 12,3±1,6 və 3,5±0,9%; $p<0,01$) yaranmışdır.

Müşahidəmizdəki 15-19 yaşlı yeniyetmələrin hər 100 nəfərinə 21,8±2,1 refraksiya anomaliyaları düşür (95% etibarlıq intervalı 17,6-25,9). Bu göstərici 10-14 yaş qrupunun müvafiq göstəricisindan (19,5±2,0) böyük olsa da onların fərqi statistik dürüst deyildir ($p>0,05$). Bu qrupda da ən çox miopiya (14,3±1,8%), nisbətən az hipermetropiya (3,0±0,9%) və astiqmatizm (4,5±1,0%) qeydə alınmışdır.

Uşaq və yeniyetmələrin yaş və cins qruplarında müxtəlif dərəcəli miopiyanın yayılması barədə məlumatlarlarımız 2-ci cədvəldə verilmişdir.

Cədvəl 2

Uşaqların və yeniyetmələrin yaş və cins qruplarında müxtəlif dərəcəli miopiyanın yayılmsı

Miopiyanın dərəcələri	Cins qrupları	5-9 yaş n, $p\pm S_p$	10-14 yaş n, $p\pm S_p$	15-19 yaş n, $p\pm S_p$	5-19 yaş n, $p\pm S_p$
Zəif dərəcəli	oğlan	4 (2,0±1,0)	10(5,0±1,5)	14(7,0±1,8)	28(4,7±0,9)
	qız	2(1,0±0,7)	12(6,0±1,7)	16(8,0±1,9)	30(5,0±0,9)
	Hər ikisi	6(1,5±0,6)	22(5,5±1,1)	30(7,5±1,3)	58(4,8±0,6)
Orta dərəcəli	oğlan	4(2,0±1,0)	6(3,0±1,2)	6(3,0±1,2)	16(2,7±0,7)
	qız	4(2,0±1,0)	6(3,0±1,)	7)3,5±1,3)	17(2,8±0,7)
	Hər ikisi	8(2,0±0,7)	12(3,0±0,9)	13(3,3±0,9)	33(2,8±0,5)
Yüksək dərəcəli	oğlan	—	7(3,5±1,3)	7(3,5±1,3)	14(2,3±0,6)
	qız	—	8(4,0±1,4)	7(3,5±0,9)	15(2,5±0,6)
	Hər ikisi	—	15(3,8±1,0)	14(3,5±0,9)	29(2,4±0,4)
Cəm	oğlan	8(4,0±1,4)	23(11,5±2,3)	27(13,5±2,4)	58(9,7±1,2)
	qız	6(3,0±1,2)	26(13,0±2,4)	30(15,0±2,5)	62(10,3±1,2)
	Hər ikisi	14(3,5±0,9)	49(12,3±1,6)	57(14,3±1,8)	120(10,0±0,9)

Qeyd: n - xəstəliklərin sayı, p – 100 nəfərə görə xəstəliklərin sayı, $S_{\bar{p}}$ – orta xəta

Cədvəl 3

Uşaqların və yeniyetmələrin yaş və cins qruplarında müxtəlif dərəcəli hipermetropiyanın yayılmsı

Hipermetro-piyanın dərəcələri	Cins qrupları	5-9 yaş n, $p\pm S_p$	10-14 yaş n, $p\pm S_p$	15-19 yaş n, $p\pm S_p$	5-19 yaş n, $p\pm S_p$
<3D	oğlan	6(3,0±1,2)	4(2,0±1,0)	4(2,0±1,0)	14(2,3±0,6)
	qız	5(2,5±1,1)	5(2,5±1,1)	5(2,5±1,1)	14(2,3±0,6)
	Hər ikisi	11(2,8±0,8)	9(2,3±0,8)	9(2,3±0,8)	29(2,4±0,4)
>3D	oğlan	2(1,0±0,7)	2(1,0±0,7)	1(0,5±0,5)	5(0,8±0,4)
	qız	3(1,5±0,9)	3(1,5±0,9)	2(1,0±0,7)	8(1,3±0,5)
	Hər ikisi	5(1,3±0,6)	5(1,3±0,6)	3(0,8±0,4)	13(3,2±0,7)
Cəmi	oğlan	8(4,0±1,4)	6(3,0±1,2)	5(2,5±1,1)	19(3,2±0,7)
	qız	8(4,0±1,4)	8(4,0±1,4)	7(3,5±1,3)	23(3,8±0,8)

	Hər ikisi	16(4,0±1,0)	14(3,5±0,9)	12(3,0±0,9)	42(3,5±0,5)

Qeyd: n - xəstəliklərin sayı, p – 100 nəfərə görə xəstəliklərin sayı, $S_{\bar{p}}$ – orta xəta

Göründüyü kimi 5-9 yaşlarda əsasən zəif və orta dərəcəli miopiya qeydə alınmışdır və onların tezliyi (müvafiq olaraq: 1,5±0,6 və 2,0±0,7%) bir-birindən statistik dürüst fərqlənmir (p>0,05). Yüksək dərəcəli miopiyalar 10-14 yaşlarda qeydə alınmış və onların tezliyi 3,8±1,0% (95% etibarlıq intervalı 1,8-5,8%) təşkil etmişdir. Bu yaş qrupunda zəif dərəcəli miopiyanın tezliyi (5,5±1,1%) 5-9 yaş qrupu ilə (1,5±0,6%) müqayisədə statistik dürüst 3,7 dəfə çox olmuşdur. Orta dərəcəli miopiyanın tezliyi statistik dürüst (3,0±1,2% 10-14 yaşda, 2,0±0,7 5-9 yaşlarda) dəyişməmişdir. 15-19 yaşlarda miopiyanın yayılmasının artımı əsasən zəif dərəcəli miopiyanın artması hesabına müşahidə olunmuşdur. Ümumən 5-19 yaşlı uşaqların 5,0±0,9%-də zəif, 2,8±0,5%-də orta, 2,4±0,4%-də yüksək dərəcəli miopiya qeydə alınmışdır.

Uşaq və yeniyetmələrdə müxtəlif dərəcəli hipermetropiyanın aşkar edilməsi ilə bağlı göstəricilər 3-cü cədvəldə əks olunmuşdur. Yüngül hipermetropiya(<3D) 5-9, 10-14, 15-19 yaşlarda müayinə olunanların müvafiq olaraq 2,8±0,8%, 2,3±0,8 və 2,3±0,8%-də qeydə alınmışdır.

Bu patologiyanın ümumi toplumda yayılma səviyyəsi 2,4±0,4%-dir (95% etibarlıq intervalı: 1,6-3,2%). Ağır dərəcəli hipermetropiya (>3D) nisbətən az müşahidə olunmuşdur (1,3±0,6% 5-9 və 10-14 yaşlarda, 0,8±0,4% 15-19 yaşlarda, 1,1±0,3% ümumi toplumda).

Alınmış nəticələrin müzakirəsi. Şiller [10] intensiv təhsil proqramı tətbiq etmiş məktəb şagirdlərinin 47,7±4,78%-də zəif, 12,84±3,20%-də orta və 3,67± 1,8%-də yüksək dərəcəli miopiya aşkar etmişdir. Bizim məlumatlarda bu göstəricilərin səviyyəsi müvafiq olaraq 4,8±0,6; 2,8±0,5 və 2,5±0,6% olmuşdur. Göründüyü kimi müşahidə apardığımız toplumda yüksək dərəcəli miopiyanın yayılma səviyyəsi Şillerin aldığı nəticələrdən statistik dürüst fərqlənmir (2,5±0,6 və 3,67±1,8%; p>0,05), amma orta və aşağı dərəcəli miopiyaların tezliyi müvafiq olaraq 4,6 və 9,9 dəfə azdır.

Efiopiyada 0-15 yaşlı 735 uşağın müayinəsində 34 miopiya (4,6%), 5 hipermetropiya (0,7%) və 45 astiqmatizm (6,1%) aşkar edilmişdir [11]. Bizim məlumatlarımız 5-19 yaşlı uşaq və yeniyetmələri əhatə etsə də, aydın görünür ki, miopiya (10,0±0,9%) və hipermetropiya (3,5±0,5%) ölkəmizdə yüksək, astiqmatizm isə (3,5±0,5%) aşağı səviyyədə yayılmışdır. Beləliklə, Bakı populyasiyası nümunəsində uşaq və yeniyetmələrdə aşkar olunan refraksiya anomaliyalarının yayılmasında fərqli cəhətlər mövcuddur.

Nəticələr: 1.Refraksiya pozğunluqlarının yayılmasında uşaq və yeniyetmə yaşlarda gender fərqi müşahidə olunmur; 2.Yaşla bağlı hipermetropiyanın yayılması zəif templə azalır, astiqmatizmin yayılması zəif templə çoxalır, miopiyanın yayılması isə kəskin artır (4 dəfə); 3.Miopiyanın yaşla bağlı artması əsasən zəif dərəcəli miopiyanın çoxalması ilə bağlıdır; 4.Yüksək dərəcəli hipermetropiyanın yayılması yaşla bağlı nisbətən çox azalması ilə seçilir (1,6 dəfə yüksək dərəcəli, 1,2 dəfə yüngül hipermetropiya); 5.Bakı populyasiyası nümunəsində refraksiya pozğunluqlarının uşaq və yeniyetmələr arasında yayılma səviyyəsi patologiyanın çox və az aşkar olunduğu ölkələrlə müqayisədə orta mövqedədir.

ƏDƏBİYYAT

1. Resnikoff S., Pascolini D., Mariotti S.P., Pokharel G.P. Global magnitude ofvisual impairment caused by uncorrected refractive errors in 2004 // Bull WHO, 2008, v.86(1), p.63-70.
2. Schellini S.A., Durkin S.R., Hoyama E. et al Prevalence and causes of visual impairment in a Brazilianpopulation: the Botucatu Eye Study // BMC Ophthalmol, 2009, v.19(9)
3. Brian G., Pearce M.G., Ramke J. Refractive error and presbyopia among adults in Fiji // Ophthalmic Epidemiol., 2011, v.18(2), p.75-82.
4. Ramke J., Brian G., Naduvilath T. Refractive error and presbyopia intimor-leste: the impact of 5 years of a national spectacle program // Invest Ophthalmol Vis Sci., 2012, v.53(1), p.434-9.
5. Barnes S.S., Utu P.J.M., Sumida L. et al Survey onvisual impairment and refractive errors on Ta'u Island, American Samoa //J Ophthalmol Vis Res., 2011, v.6(1), p.32-35.
6. Sherwin J.C., Lewallen S., Courtright P. Blindness and visual impairment dueto uncorrected refractive error in sub-Saharan Africa: review of recentpopulation-based studies // Br J Ophthalmol., 2012, v.96(7), p.927-930.

7. Zhu M., Tong X., Zhao R. et al Visual impairment andspectacle coverage rate in Baoshan district, China: population-basedstudy // BMC Public Health, 2013, v.13, p.311-326.
8. Агаев Ф.Б., Шюкюрова А.Р. Сравнительная оценка факторов и степени риска миопии у детей // Международный Медицинский Журнал. Харьков. 2010. №3, с. 41-44
9. Стентон Г. Медико-биологическая статистика. М.: Практика, 1999, 459 с.
10. Шиллер С.И. Медико-социальные аспекты профилактики миопии среди школьников, обучающихся по инновационным программам. Автореф. дисс. … к.м.н. Казань. 2012, 20 с.
11. Mehari Z.A. Pattern of childhood ocular morbidity in rural eye hospital? Central Ethiopia // BMC Ophthalmology., 2014, v.14, p.50

Резюме

Выявляемость нарушений рефракции при профилактических осмотрах детей и подростков

Л.Ф.Каграманова

Цель: обосновать уровень выявляемости нарушений рефракции у детей и подростков при профилактических осмотрах. Выборка детей и подростков в количестве 400 (200 мальчиков и 200 девочек) в возрастах 5-9, 10-14 и 15-19 лет, охваченных комплексным офтальмологическим осмотром с применением стандартных методов обследования. Методы статистического анализа: описательная статистика на основе методов анализа качественных признаков. Установлена популяционная частота выявляемости миопии (10,0±0,9%), гиперметропии (3,5±0,5%) и астигматизм (3,5±0,5%). Определена суммарная частота распространённости нарушений рефракции (17,0±1,1 в расчете на 100 обследованных). Слабовыраженная миопия (5,0±0,9%) до двух раз чаще выявляется, чем средней (2,8±0,7%) и высокой (2,5±0,6%) степени. Частота выявляемости гиперметропии <3D и >3D составляет соответственно 2,4±0,4 и 1,1±0,3%. По частоте распространенности нарушений рефракции Бакинская популяция детей и подростков занимает промежуточное место среди популяций с низкой и высокой распространенности этих патологий.

Summary

Detectability of violations of refraction at routine inspections of children and teenagers

L.F.Kagramanova

Purpose: to prove the level of detectability of violations of refraction at children and teenagers at routine inspections. Selection of children and teenagers in number of 400 (200 boys and 200 girls) at the age of 5-9, 10-14 and 15-19 years captured by complex ophthalmologic survey with application of standard methods of inspection. Methods of the statistical analysis: descriptive statistics on the basis of methods of the analysis of qualitative signs. Population frequency of detectability of myopia (10,0±0,9%), hypermetropia (3,5±0,5%) and astigmatism (3,5±0,5%) is established. Total frequency of prevalence of refraction violations is determined (17,0±1,1 counting on 100 surveyed). The ill-defined myopia (5,0±0,9%) comes to light up to two times more often, than average (2,8±0,7%) and high (2,5±0,6%) degrees. Frequency of detectability of hypermetropia <3D and >3D makes respectively 2,4±0,4 and 1,1±0,3%. On the frequency of prevalence of refraction violations the Baku population of children and teenagers takes an intermediate place among populations from low and high prevalence of these pathologies.

Daxil olub: 06.05.2014

KİŞİ ƏHALİSİ ARASINDA NEVROLOJİ PROFİLLİ ƏLİLLİYİN SƏBƏBLƏRİ VƏ YAŞDAN ASILI DİNAMİKASI

N.B. Baxşəliyev, R.Q. Eyvazov

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu,
Sosial gigiyena və səhiyyənin təşkili kafedrası, Bakı

Açar sözlər: əlilliyin dinamikası, kişi əhalisi, nevroloji profil
Ключевые слова: динамика инвалидности, мужское население, неврологический профиль
Key words: dynamics of disability, male population, neurologic profile

Əlilliyin səbəblərinin təhlili onun profilaktikası üçün, tədbirlərin əsaslandırılması üçün zəruridir. Uzun illər boyu bu sahədə elmi müşahidələr aparılır (1-4), amma əlilliyin formalaşmasının ümumi bir qanunauyğunluğunu izləmək çətindir.Çətinliklərin səbəblərinə xroniki xəstəliklərin çoxalması, əmək şəraitinin gərginləşməsi,orqanizmin biososial durumunun dəyişməsi aid edilə bilər. Son illərdə heç bir əmək fəaliyyəti olmayan insanların sosial müavinət almaq hüququ onların əlilliyi təsbit etmək üçün tibb müəssələrinə müraciətini çoxaltmışdır. Ona görə də əlillik yalnız sosial müdafiənin meyarı deyil, həm də əhali sağlamlığının obyektiv meyarı sayılır. Azərbaycan Dövlət Statistika Komitəsinin məlumatlarına görə ölkədə ilkin əlillik hadisələri ildən ilə çoxalır:2011-ci ildə 18 yaşdan yuxarı 20844 şəxs ilk dəfə əlil kimi şəhadətləndirildiyi halda 2013-cü ildə bu say 38626 olmuşdur. Ənənəvi olaraq əlillərin çoxu kişilərdir (58,4% 2011, 58,3% 2013-cü illərdə).İlkin əlilliyin səbəbləri arasında nevroloji profilli xəstəliklər üstünlük təşkil edir.Bunları nəzərə alaraq kişi əhalisi arasında nevroloji profilli əlilliyin səbəbləri və yaşdan asılı dinamikasını öyrənməyi qarşımıza məqsəd qoyduq.

Tədqiqatın material və metodları. Müşahidə üçün material ucdantutma metodla toplanmış 2012-ci təqvim ilində Abşeron rayonunda qeydə alınmış bütün əlillik hadisələrini (3010) əhatə etmişdir. Tətqiqatın məhz Abşeron rayonunda aparılması burada ilkin əlillik səviyyəsinin ümumrespublika səviyyəsindən az fərqlənməsi olmuşdur. Toplanmış materiallar həkim mütəxəssislərin profilinə görə (pasiyentləri tibbi-sosial ekspertizasına təqdim edən) bölünmüş, onların arasında nevroloji profillə şəhadətləndirilən kişi pasiyentlərin sənədləri seçilərək (387 yəni bütün əlillərin 62,0%) təsviri statistikası metodları ilə həyata keçirilmişdir (5), ilkin əlilliyin səbəblərə görə strukturu və müxtəlif yaşlı əhali arasında yayılma səviyyəsi müəyyən edilmişdir. Əlilliyin səviyyəsinin yaşdan asılı dəyişməsinin trendi ən kiçik kvadratlar metoduna əsaslanan reqressiya tənlikləri ilə qiymətləndirilmişdir.

Alınmış nəticələr. Nevroloji profillə şəhadətləndirilmiş pasiyentlərin bütün şəhadətləndirilənlər arasında xüsusi çəkisi 20,7±0,7% (95% etibarlılıq intervalı 19,3-22,1%) təşkil etmişdir. Şəhadətləndirilən kişi pasiyentlərin 23,5%-i ilk dəfə əlil hesab edilmişdir.

Nevroloji profilli bütün şəhadətləndirilən kişilərin yaş tərkibində əsasən 40-59 yaşlı şəxslərin payı üstün olmuşdur (14,2% 40-44, 16,0% 45-49 , 17,2% 50-54 və 16,3% 55-59 yaşlarda). Digər yaş qruplarında olan pasiyentlərin xüsusi çəkiləri xeyli azlıq təşkil etmişdir (7,6 % 20-24, 7,2% 25-29 , 4,4 % 30-34, 8,4% 35-40, 7,6% 60-64 yaşlarda). Şəhadətləndirilənlərin əlilliyin əsas səbəbi sayılmış xəstəliklərə görə bölgüsündə ən çox payı olan postravmatik nevroloji xəstəliklər olmuşdur (23,8%), ikinci yerdə serebrovaskulyar xəstəliklər durur (22,1%). Digər nevroloji profilli xəstəliklər xüsusi çəkisi nisbətən yüksək olan polinevropatiya, sinirlərin, sinir kökləri və kələflərin patologiyaları kimi qruplaşdırılmış xəstəliklərdir (17,5%). Epilepsiya, uşaq serebral paraliçi, ensifalopatiyalar,sinir sisteminin yenitörəmələri və iltihabi xəstəliklərinin nəticələri əlillik səbəbləri arasında nisbətən az yer tuturlar (müvafiq olaraq:6,3; 5,2; 6,3; 3,4 və 2,7%). Qeyd olunan qruplara daxil edilməyən (polimelitin qalıq əlamətləri,irsi xəstəliklər və sair) nevroloji profilli (digər xəstəliklər) patologiyaların əlillik səbəbləri arasında xüsusi çəkisi toplam 12,7% olmuşdur.

Kişi populyasiyasının müxtəlif yaş qruplarında hər 100 min nəfərə düşən nevroloji profilli əlillik (ilkin və təkrari) hadisələrinin məlumat bazası cədvəldə əks olunmuşdur. Göründüyü kimi ən gənc yetkin yaşlı əhali arasında (18-19) nevroloji profilli əlilliyin səviyyəsi 24,1%±57,6 $‰_{0000}$ təşkil etmişdir (95% etibarlılıq intervalı 151-379 $‰_{0000}$). Bu yaş qrupunda əlilliyin əsas səbəblərinə epilepsiya (hər 100 min; nəfərə görə 76±30,8 və ya 20 yaşa qədər əlillik hadisələrinin 28,7%) və uşaq serebral paralici (76±30,8 $‰_{0000}$) aiddirlər.Tək-tək rast gəlinən ensefalopatiya,yeniyetməvə digər xəstəliklərlə bağlı 20 yaşa qədər əlilliyin səviyyəsi statistik etibarlı hesab edilmir.

20-24 yaş intervalında nevroloji profilli əlilliyin səviyyəsi 284±53,6 $‰_{0000}$ olmuşdur (95% etibarlılıq intervalı: 168-380 $‰_{0000}$) və əvvəlki yaş qrupunun (<20 yaş) müvafiq göstəricisindən (265±57,6 $‰_{0000}$) statistik dürüst fərqlənməmişdir. Bu yaş qrupunda da əsas nevroloji səbəbləri

epilepsiya (100 min nəfərə görə 105±33,2 və ya 20-24 yaşlı əlillərin 38,3%) və uşaq serebral paralici (63±25,7 ‰) olmuşdur.

25-29 və 30-34 yaş intervallarında da nevroloji profilli əlilliyin səviyyəsi (müvafiq olaraq: 223±52,5 və 142±47,0 ‰) həm bir-birindən, həm də əvvəlki yaş intervallarındakı qruplardan statistik dürüst fərqlənməmişdir. Bu iki yaş intervalında əlillik səbəblərinin növləri çoxalmışdır. Diqqəti cəlb edən kəllə beyin travmatizminin nəticələri və ensefolopatiyalarla bağlı yaranmış əlillik hadisələrinin səviyyəsidir (müvafiq olaarq 74±27,8 və53±23,5 ‰).

Qeyd olunan yaş intervalları ilə müqayisədə əlillik səviyyəsinin ilk statistik dürüst ($P<0,05$) çoxalması 35-39 yaş intervalında qeydə alınmışdır (543±79,5 ‰; 95% etibarlılıq intervalı: 372-687 ‰). Bu yaş intervalında əvvəlki yaş intervalları ilə müqayisədə nəzərə çarpan fərq bir də odur ki, əlillyin əsas səbəbləri arasında prioritet kəllə-beyin travmalarının nəticələri kimi formalaşan nevroloji profilli patologiyalardır (hər 100 min nəfərə görə 251±60,8 və ya 35-39 yaşda əlillik hadisələrinin 58,5%). Digər səbəblərlə bağlı 35-39 yaş intervalında yaranan əlillik hadisələrinin statistik etibarlılığı kiçikdir.

40-44 yaş intervalında nevroloji profilli əlilliyin səviyyəsi əvvəlki yaş intervalları ilə müqayisədə 2 dəfəyə qədər statistik dürüst ($p<0,01$) çoxalır (726±34,1 ‰; 95% etibarlılıq intervalı 688-824 ‰). Bu yaş dövrü üçün cəciyyəvi sayıla bilən ən azı dörd patologiya üzrə (kəllə-beyin travmalarının nəticələri; polinevropatiyalar, sinir kökləri və kələflərinin patologiyaları; ensefolopatiyalar; sinir sisteminin iltihabi xəstəliklərinin nəticələri) statistik dürüst əlillik səviyyəsinin müəyyən olunmasıdır. Kəllə-beyin travmatizminin nəticələri (263±63,6 ‰; 95% etibarlılıq intervalı: 137-389 ‰) birinci (34,8%), polinevropatiyalar, sinir kökləri və kələflərinin xəstəlikləri (108±40,9 ‰; 95% etibarlılıq intervalı 28-188 ‰), ikinci (14,3%) yerdədir, ensefalopatiyalar (62±30,0 ‰; 95% etibarlılıq intervalı: 0-12 ‰) və sinir sisteminin iltihabi xəstəliklərinin nəticələri (62±30,9 ‰) üçüncü və dördüncü yerləri bölüşdürürlər.

Cədvəl

Müxtəlif yaşlı kişi əhalisi arasında nevroloji profilli əlilliyin yayılma səviyyəsi (100 min nəfər müvafiq yaşlıya görə)

Yaş / Səbəblər	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	18-64
Kəllə beyin travmalarının nəticələri (T90)	-	42± 21,0	74± 27,8	24± 17,2	251± 60,8	263± 63,6	248± 60,0	131± 43,7	236± 67,9	64± 45,1	114± 12,2
Serebrovaskulyar xəstəliklər (J60-J69)					15± 15	93± 37,8	88± 35,6	379± 74,2	510± 99,8	510± 127,2	106± 11,8
Polinevropatiya, sinir kökləri və kələflərinin xəstəlikləri (G50-G64)			11± 11	36± 21	44± 25,6	108± 40,9	160± 48,3	233± 58,2	275± 73,3	287± 95,5	84± 10,5
Epilepsiya (G40)	76± 30,8	105± 33,2		24± 17,1	15± 15	31± 21,8	29± 21				30± 6,2
Uşaq serebral iflici (G80)	76± 30,8	63± 25,7	32± 18,1	12± 12	44± 25,6						25± 5,7
Ensefalopatiyalar (G92)	38± 21,8	32± 18,2	53± 23,5	12± 12		62± 30,9	15± 15	29± 20,1	39± 28	64± 45	30± 6,2
Yenitörəmələr	13± 13		11± 11	12± 12	30± 20	46± 26,7	16± 16	16± 16	20± 20	32± 32	16± 4,0
Sinir sisteminin iltihabi xəstəliklərinin nəticələri (G09)					30± 20	62± 30,9	44± 25,2				12,0± 3,9
Digər xəstəliklər	38± 21,8	42± 21,0	42± 21,0	61± 22,1	114± 25,6	61± 30,9	117± 49,2	88± 35,6	79± 39,2	128± 63,7	59± 8,8
Cəmi	241±	284±	223±	169±	543±	726±	717±	876±	1159±	1085±	476±

	57,6	53,6	52,2	47,0	79,5	34,1	107,7	111,5	146,0	161,9	25,0

45-49 və 50-54 yaş intervallarında nevroloji profilli əlilliyin səviyyəsi artmaqda davam edir, amma 40-44 yaş intervalı ilə müqayisədə statistik dürüst fərqlənmir (müvafiq olaraq: 717±107,7 və 876 ±111,5 ‰).

Beləliklə, 40-44; 45-49 və 50-54 yaş intervallarında əlilliyin səviyyəsi nisbi stabil sayıla bilər.

45-49 və 50-54 yaş intervallarında kişilərin nevroloji profilli əlilləşmə ehtimalının fərqli cəhətləri mövcuddur. Birinci fərqli cəhət odur ki, bu yaş intervallarında əvvəlki yaş intervalları ilə müqayisədə ilk dəfə serebrovaskulyar xəstəliklərlə (əsasən insultun nəticələri) bağlı statistik əhəmiyyətli sayılan əlillik səviyyəsi qeydə alınır (müvafiq olaraq: 93±37,8 və 88±35,6 ‰). İkinci fərqli cəhət odur ki, polinevropatiya, sinir kökləri və kələflərinin patologiyalarının əlilləşmədə rolu dürüst çoxdur (müvafiq olaraq: 160±48,3 və 233±58,2 ‰). Qeyd olunan yaş intervallarında nevroloji profilli əlilliyin səviyyəsi bir-birindən statistik dürüst fərqlənməsədə (717±107,7 və 876±111,5 ‰ ; P>0,05) kəllə-beyin travmatizminin nəticələri ilə bağlı əlilliyin səviyyəsinə görə (248±60,0 və 131±43,7 ‰) fərq nəzərə çarpandır (t=1,6) və əlillik səbəbləri arasında birinci yeri fərqli xəstəliklər tutur (45-49 yaşda travmalar, 50-54 yaşda polinevropatiyalar).

Bütün yaş intervalları ilə müqayisədə ən yüksək əlillik səviyyəsi 55-59 yaş intervalına təsadüf edir (159±146 ‰ ; 95% etibarlılıq intervalı: 807-1391 ‰).Bu yaş intervalında əlillik hadisələrinin böyük qismi (34,5%) serebrovoskulyar xəstəliklərlə (379±74,2 ‰ ; 95% etibarlılıq intervalı 231-527 ‰ , polinevropatiya, sinir kökləri və kələflərinin xəstəlikləri əlillik səbəbləri arasında ikinci (275±73,3 ‰) və kəllə-beyin travmalarının nəticələri isə üçüncü (235±67,9 ‰) yeri tuturlar.

60 yaşdan sonra nevroloji profilli əlilliyin səviyyəsi bir qədər azalır (60-64 yaş intervalında 1085±161,9 ‰ ; 65-70 yaş intervalında 240±119,8 ‰) və bunu insanların təqaüd yaşına çatması ilə izah etmək olar. Təqaüd yaşlı insanların tibbi-sosial ekspertizasına əksər hallarda ehtiyac olmur, amma xəstələrin marağı naminə lazım olanda onlarda ekspertizaya təqdim olunurlar.

Beləliklə, əmək qabilliyətli yaş 18-62 intervallarında kişi əhalisinin nevroloji profilli xəstəliklərlə bağlı əlilləşmə ehtimalı artır: əlilləşmə ehtimalı 18-34 yaş intervalında nisbətən aşağı səviyyədə stabillik, 40-54 yaş intervalında nisbətən yüksək səviyyədə stabillik izlənilir.Ümumən 18-64 yaş intervalında kişi əhalisinin nevroloji profilli xəstəliklərlə bağlı əlilləşməsinin trendi düzxətli artımla səciyyələnir və aşağıdakı reqressiya tənliyi ilə ifadə olunan aproksimasiyası yüksəkdir:

$y= -6,1951\ x^3 +104,06\ x^2 -394,54x+ 613,61$ (R^2=0,913)

burada y-əlilliyin 100 min nəfərə görə səviyyəsi, x-yaş intervallarının sıra nömrəsi (<20-1; 20-24 yaş - 2; 25-29 yaş - 3; 30-34 yaş - 4; 35-39 yaş - 5; 40-44 yaş - 6; 45-49 yaş - 7; 50-54 yaş - 8; 55-59 yaş -9; 60-64 yaş -10), R^2-diskriminasiya əmsalı.

Ayrı-ayrı qrup xəstəliklərlə bağlı əlilləşmə səviyyəsinin yaş dinamikası həmişə düzxətli olmasa da aproksimasiyası yaxşı olan polinominal reqressiya tənlikləri ilə təsvir olunurlar:

Kəllə-beyin travmaları bağlı

$y=1,2824x^5-25,927x^4+185,34\ x^3-566,4\ x^2+750,27x-299,01$ (R^2=0,8941) ;

Polinevropatiya,sinir kökləri və kələflərinin xəstəlikləri ilə bağlı

$y=1,855x^3+26,341\ x^2-26,341\ x^2-62,627\ x +55,001$ (R^2=0,9939) ;

Epilepsiya ilə bağlı

$y =-7,2566\ x^3- 56,36\ x^2- 127,79\ x+102,98$ (R^2=1,0);

Yenitörəmələrlə bağlı

$y=-0,0194\ x^6+0,6353\ x^5-78929x^4+45,993\ x^3-126,45\ x^2+149,14\ x-49,461$

(R^2=0,7927);

Digər nevroloji profilli patologiyalarla bağlı $y=0,0472\ x^6-1,4558\ x^5+17,257\ x^4-99,021\ x^3+285,28\ x^2-378,63\ x+214,74$ (R^2=0,9043)

Alınmış nəticələrin müzakirəsi. Əlillik əhalinin sosial müdafiəsi naminə sağlamlığın durumu ilə bağlı insanın əmək qabiliyyətli olmamasını göstərən məvhumdur. İnsanın əmək qabiliyyətli yaş dövrü Azərbaycanda kişilər üçün 18-62 intervalında müəyyən edilmişdir. Ona görə də əlillik əksər hallarda bu yaş intervallarında qeydə alınır. Əlilliyin səbəblərinə həsr olunmuş elmi araşdırmalarda [4] əsasən xəstəliklər siniflər

üzrə (Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı) qruplaşdırılır. Nəticədə həkim nevropatoloq tərəfindən müalicə alan pasiyentlərin xəstəlikləri və əlillik səbəbləri "Sinir sistemi xəstəlikləri" sinfinə deyil, digər siniflərə (yenitörəmələr, qan dövranı sistemi xəstəlikləri və travmaların nəticələri) salınır. Ona görə də həmin məlumatlarda nevroloji profilli xəstəliklərlə bağlı əlillik riski əks olunmur. Tədqiqatımızda ilk dəfə bu məsələni qoyaraq nevroloji profilli xəstəliklərin insanların əlilləşməsində rolu aşkar edilmişdir. Aldığımız nəticələr göstərir ki, nevroloji profilli əlillik əsasən üç qrup nevroloji formanın (kəllə-beyin travmalarının nəticələri, serebrovaskulyar xəstəlikləri, polinevropatiya,sinir kökləri və kələflərinin patologiyaları) hesabına yaranır (bütün əlillik hadisələrinin 63,5%).

Nevroloji profilli əlilliyin ən yüksək riski 55-64 yaş intervalında,orta səviyyəli riski 40-54 yaş intervalında, ən aşağı səviyyəli riski isə 35 yaşa qədər müşahidə olunur.

Nevroloji profilli əlilliyin səviyyəsi əhalinin yaşından asılıdır və bu asılılıq yaxşı aproksimasiya olunan reqressiya tənlikləri ilə ifadə olunur, yaşla bağlı əlillik riskinin əsas trendi düzxətli hesab edilir.

Hər yaş intervalında əlillik riskinin ən çox formalaşdıran xəstəliklər qrupu ayırd olunur: 30 yaşa qədər epilepsiya və uşaq serebral paralici,30-49 yaş intervalında kəllə-beyin travmalarının nəticələri, 50 yaşdan sonra serebrovaskulyar xəstəliklər. Əlillik səbəblərinin ümumi reytinqində üç qrup patologiya (ardıcıllıqla: kəllə beyin travmalarının nəticələri; serebrovaskulyar xəstəliklər: polinevropatiya, sinir kökləri və kələflərinin patologiyaları) birinci üç yeri tutaraq hər üçdən ikisi əlillik hadisəsinin əsas səbəbi hesab edilir.

Nəticələr: 1. Nevroloji profilli əlillik hadisələrinin səviyyəsi 476±25 $‰_{0000}$ təşkil edir və onların hər üşdən ikisi kəllə-beyin travmalarının nəticələri (114±12,2), serebrovaskulyar xəstəliklər (106±11,8 $‰_{0000}$), polinevropatiya, sinir kökləri və kələflərinin patologiyaları (84±10,5 $‰_{0000}$) ilə bağlıdır. 2.Nevroloji profilli əlillik riski əhalinin yaş tərkibindən asılıdır, yaş çoxaldıqca əlillik riski artır və onların əlaqəsi $y=6,1951\ x^3+104,06\ x^2-394,54\ x+613,61$ reqressiya tənliyi ilə yaxşı aproksimasiya ($R^2=0,913$) olunur (y-əlilliyin səviyyəsi , $‰_{0000}$; x-yaş intervallarının sıra nömrəsi <20-1 ; 20-24 yaş 2; 25-29 yaş 3 və s.) 3.Hər yaş intervallarında əlilliyin prioritet səbəbləri fərqlidir: 30 yaşa qədər epilepsiya və uşaq serebral paralici, 30-49 yaş intervalında kəllə-beyin travmalarının nəticələri, 50 yaşdan sonra isə serebrovaskulyar xəstəliklər prioritet rola malikdirlər.

ƏDƏBİYYAT

1. Агаева К.Ф., Мусабекова Г.Н. Сравнительная оценка динамика заболеваемости и инвалидности детей вследствие психических расстройств // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2012, Том 112, с.64-66
2. Потапова О.Н. Динамика детской инвалидности в медико-демографическом контексте // Здравоохранения Российской Федерации, 2012, №1, с. 26-29
3. Эйвазов Р.Г. Нагрузка на региональные службы здравоохранения в связи с повышением риска инвалидности // Лікарска справа (Врачебное дело), 2011, №5, с.110-113
4. Rüstəmova N.M. Göz xəstəlikləri ilə bağlı ilkin əlillik riskinin regional xüsusiyyətləri // Sağlamlıq, 2010, №7, s. 153-157
5. Стентон Г. Медико-биологическая статистика. М.: Практика, 1999, 459 с.

Резюме

Причины и возрастная динамика инвалидности неврологического профиля среди мужского населения

Н.С. Бахшалиев, Р.К.Эйвазов

Цель: определить роль нервных болезней в формировании уровня и возрастной динамики инвалидности среди мужчин. Материалы о свидетельствования в медико-социальных экспертных комиссиях мужского населения Абшеронского района за 2012 год (3010). Установлено, что на 100 тыс. мужчин в возрасте 18-64 лет в год получает инвалидность вследствие нервных болезней 476±25,0 больных. Уровень инвалидности минимальный в возрасте до 20 лет (241±57,6 $‰_{0000}$) и максимальный в возрасте 55-59 лет (1159±146 $‰_{0000}$). Возрастная динамика криволинейная, основной тренд (динамичный рост) описывается полиноминальным уравнением регрессии ($R^2=0,9$). Среди причин инвалидности преобладает

последствия черепно-мозговых травм, цереброваскулярные болезни и полиневропатия, болезнь нервных корешков и сплетений. В каждом возрастном интервале можно выделить приоритет отдельной патологии в инвали-дизации мужчин: до 30 лет – эпилепсия и детский паралич; 30-49 лет последствие черепно-мозговых травм; 50 лет и старше – цереброваскулярные болезни.

Summary

The reasons and age dynamics of neurologic profile disability among the male population

N.S.Bakhshaliyev, R.K.Eyvazov

Purpose: to define a role of nervous diseases in formation of level and age dynamics of disability among males. Materials: Materialsaboutwitnessing in medico-social commissions of experts of the male's population of the Absheron area for 2012 (3010). It is established that on 100 thousand men at the age of 18-64 years a year receives disability owing to nervous diseases of 476±25,0 patients. Disability level minimum aged till 20 years (241±57,6) and maximum at the age of 55-59 years (1159±146). Age dynamics is curvilinear, the main trend (dynamic growth) is described by the polynomial equation of regression (R2=0,9). Among the reasons of disability prevails consequences of craniocereberal injuries, cerebrovascular diseases and polyneuropathy, an illness of nervous backs and textures. In each age interval it is possible to allocate a priority of separate pathology in an invalidization of males: till 30 years – epilepsy and children's paralysis; 30-49 years consequence of craniocereberal injuries; 50 years are also more senior – cerebrovascular diseases.

Daxil olub: 26.10.2014

О СТОМАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ДИСПЛАЗИЯХ

Р.В.Шадлинская

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра стоматологии, г.Баку

Açar sözlər: displaziya, dişlər, anomaliyalar, genetik müynələr, inkişafın pozulması.
Ключевые слова: дисплазия, зубы, аномалии, генетически исследования, нарушения развития.
Key words: dysplasia, teeth, abnormalities, genetically exmas, developmental disorders.

Успешное развитие всех разделов медицины, в том числе стоматологии способствовало достижению определенных успехов в плане диагностики и лечения патологических проявлений в полости рта и в целом челюстно-лицевой области, взаимосвязанных с местными и общими факторами их возникновения. Значительно меньше данных, обосновывающих значение и актуальность проблемы врожденных и наследственных заболеваний и их изучения в стоматологическом аспекте, совокупированных в виде дисплазий, являющихся нарушением развития органов и тканей в ходе эмбриогенеза.

Следует отметить, что проблема дисплазий, в том числе и соединительной ткани, объединенных в синдромы и фенотипы, в основном является предметом изучения генетиков, констатирующих высокую частоту выраженного полиморфизма проявлений, сложности диагностики и лечения [4,9]. Вместе с тем, анализируя сообщения о дисплазиях, обращает внимание и тот факт, что в большинстве случаев отмечается их сопряженность с многообразием пороков развития зубов, челюстно-лицевой области, лицевого скелета. Недоразвитие этих органов сопровождается эстетическими недостатками и нарушениями функций - жевания, глотания.

Прослежено также, что на протяжении периодов развития учения о наследственных и врожденных заболеваниях сложился многовариантный комплекс обозначений, отражающих пороки развития, касающиеся как челюстно-лицевой области, так и других органов [1].

К таковым следует отнести дисплазии-синдромы, воплощающие в себе стоматологическое многообразие нарушений врожденного и наследственного характера, прежде всего на фоне поражения соединительной ткани.

Так, у детей с генетически обусловленной «дисплазией соединительной ткани» в твердых тканях зубов обнаружены характерные изменения в виде системной гипоплазии и множественного кариозного поражения зубов. Далее установлено, что «дисплазия соединительной ткани» может влиять на течение хронического гингивита.

«Соединительнотканная дисплазия» у молодых пациентов проявляется комплексом характерных однотипных изменений: неправильной формой черепа - дохицефалией, миопией, изменением ушных раковин, нарушением развития зубов и высокого свода неба, аномалией прикуса, скошенностью подбородка, а «фиброзная дисплазия», протекающая симптоматично характерна замещением костной ткани фиброзной соединительной тканью, медленным увеличением пораженной кости нижней челюсти и верхней челюсти, также крыловидной и скуловой костей [2,3,5].

При сочетанной «отодентальной» дисплазии прослеживается позднее прорезывание зубов, отсутствие малых коренных зубов, булавовидная деформация коронок моляров, как постоянных, так и молочных, глободентия. «Краниоэктодермальная дисплазия» отличается черепно-лицевыми отклонениями от нормы, а именно уменьшением количества и размеров зубов, длины верхней и нижней челюсти, врожденной адентией боковых резцов. При «носоверхнечелюстной» дисплазии (синдром Биндера) доминирует патология ретрузии среднего отдела лица и недоразвитие фронтального синуса [7,8,10].

Акцентировано внимание и на «краниометафизарной» дисплазии с комплексом аномалий: выраженной деформацией черепа и лица, взаимосвязанных с гиперостозом костей и увеличением объема черепа, задержкой прорезывания зубов, широкой переносицей с толстым костным выступом под ней, узкими носовыми ходами, выступающим вперед подбородком и нижней губой [6].

Следует отметить, что в проблеме стоматологических дисплазий к числу особо редких и сложных, относится также «эктодермальная дисплазия»= (ЭД) врожденное заболевание, включающее различные клинические комбинации симптомов, представляя большой интерес и в стоматологическом аспекте.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 20 пациентов с диагнозом эктодермальной дисплазии (из них 6 мальчиков и 14 девочек в возрасте 3-23 лет), направленных на консультацию.

Стоматологическое обследование этих пациентов позволило выявить характерный симптомокомплекс патологических проявлений в челюстно-лицевой области: выступающий лоб, седловидный нос с запавшей переносицей, плоские щеки, увеличенные, выбухающие, как бы вывернутые наружу губы с размытыми границами красной каймы губ, деформированные ушные раковины, истонченные волосы и короткие почти отсутствующие брови и ресницы с фоном сухой морщинистой кожи, создающие своеобразный характерный облик в виде «старческого лица» (рис.1).



Рис. 1. Характерное «старческое лицо» при эктодермальной дисплазии (пациентке 8 лет).

Что касается непосредственных изменений в полости рта, то также прослежены значительные нарушения: задержка прорезывания зубов, расстояния между зубами (диастемы), гиподонтия, частичная или полная адентия, нарушение окклюзии, изменение формы зубов и др.

Таким образом, приведенный выше комплекс проявлений синдромных дисплазий и их генетически обусловленная сопряженность с нарушениями мягких и костных тканей челюстно-лицевой области обосновывает и нацеливает на дальнейшие более углубленные исследования. В этой связи большое значение придается медико-генетическому консультированию основной задачей, которой является раннее распознавание диагноза, объяснение медико-генетического прогноза, предотвращение риска возникновения наследственной врожденной стоматогенетической патологии.

Для осуществления раннего выявления наследственной патологии важное значение придается пренатальной диагностике, которая позволяет установить наличие врожденных пороков у плода с начальных этапов его развития. С этим мнением солидарны авторы, которые также отмечают важность генетической информации, способствующей ранней диагностике, предупреждению и стоматологических нарушений [11].

Итак, опыт наблюдений по изучению и познанию сопряженных с челюстно-лицевой областью патологических признаков стоматогенетических дисплазий позволяет отметить важность участия и стоматологов при медико-генетических консультациях, комплексном обследовании пациентов с врожденными пороками развития и оказании патогенетической стоматологической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляков Ю.А. Наследственные болезни и синдромы в стоматологической практике. М., 2008, с.3-9.
2. Григолия Л.Ш., Гвамичава Т.А. Влияние дисплазии соединительной ткани на клиническое течение хронического катарального гингивита // Georg. Med. News, 2005, №11, с.28-30.
3. Кадурена Т.Н. Анализ заболеваний в семьях с врожденной дисплазией соединительной ткани // Генетика человека и патология, 1992, №1, с.63-64.
4. Козлова С.И., Демикова Н.С. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование. М., 1996, 416 с.
5. Конев В.И., Шестель И.Л. и др. Взаимоотношение органического матрикса и минерального компонента в костях и эмали зубов при дисплазии соединительной ткани. // Сибирск. мед. ж-л, Томск, 2014, 26, №3-2, с.77-80.
6. Конисмарк Б.В., Горлин Р.Д. Генетические и метаболические нарушения. М., 1980, 220с.
7. Панахиан В.М. Краниоэктодермальная дисплазия / Симптомы и синдромы в оторинолорингологии. Баку, 2002, с.5-18.
8. Levin, Jorgenson, Горин Р.Д. Отонтодентальная дисплазия / Генетические и метаболические нарушения слуха. 1980, с.180.
9. Hart T.C., Ferrell R. Genetic testinq consederation for oral medicine // J. Dent. Educt., 2002, vol. 66, N10, p.1185.
10. Horswell B., Holmees A. и др.. Носоверхнечелюстная дисплазия // J.Oral maxilla-fac. Surg., 1987, 45, №2, с.114-122.
11. Zonana J. et al Prenatal diagnosis of K hypohidrotic ectodermal dysplasia by linkage analysis. // Am. J. Med. Genet., 1990, N35, p.132-135.

Xülasə

Stomatogenetik displaziyalar

R.V.Şadlinskaya

Tədqiqat işinin əsas məqsədi stomatogenetik maraq göstərən displaziyaların öyrənilməsi olmuşdur. Kliniki tədqiqatlar ektodermal displaziya sindromu diagnozu ilə müşahidə olunan 15 xəstədə aparılmlşdır. Bu xəstələrın üz-çənə nahiyəsində xarakterik olan kompleks simptomlar müəyyən edilmişdi, o cümlədən: önə yönələn alın, çökmüş burun körpüsü, yastı yanaqlar, dodaqların qırmızı haşiyəsinin solğunluğu və çevrilməsi, qulaqların deformasiyası, nazikləşmiş tüklər, qaşların və kipriklərin olmaması, guru və gırışlı dəri, alt cənənin önə çıxması, dişlərin gec çıxması, diastema, çənələrin inkişafdan geri qalması, oklüziyanın pozulması və c. hansılar ki, xəstələrdə "qoca simasının"

görünüşünü yaradır. Təcrübələrimiz göstərir ki, ektodermal displaziyalı xəstələrin diaqnostikası və müalicə kompleksində stomatololoqun da iştrakı vacibdir.

Summary

About genetic dental dysplasia

R.V.Shadlinskaya

The aim of the present study was to clinically describe individuals with ectodermal dysplasia. Clinical studies of 15 patients with ectodermal dysplasia revealed characteristic symptoms in maxillofacial area- a prominent forehead, collapsed nose bridge, flat cheeks, reverted lips, deformed ears, sparse hair, smooth skin, absence eyebrows and eyelashes, oligodontia, anodontia, delayed tooth eruption and ex. The researches demonstrates the important role of dentists in diagnosis and treatment of patients with ED.

Daxil olub: 25.09.2014

AĞCİYƏRDƏN KƏNAR ÜZVLƏRİN VƏRƏMİ HADİSƏLƏRİNİN AŞKAR EDİLMƏSİ, ONLAR ARASINDA MENİNGİT, ENSEFALİT, MİELİTLƏRİN SƏVİYYƏSİVƏ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

C.Q.Əliyev

Bakı şəhəri, 4 №-li vərəm əleyhinə dispanser

Açar sözlər: meninqoensefalomielit, risk amili, sümük iliyi

Ключевые слова: менингоэнцефаломиелит, фактор риска, костный мозг

Key words: meningoensephalomielt, risk factor, fluid of spinal cord

Son illər dünyada ilkin qeydiyyata alınan fəal vərəm hadisələri içərisində ağciyərdən kənar üzvlərin vərəminin xüsusi çəkisi yüksəlməkdədir [7]. Bunun əsas səbəblərindən biri vərəmin aşkar edilməsində yeni müayinə üsullarının tətbiqi sayılır [1]. Belə ki, tətbiq olunan ultrasəs müayinəsi (USM), kompyuter tomoqrafiya (KT), maqnit rezonans tomoqrafiya (MRT), rəqəmsal rentgen-diaqnostik müayinələr əvvəllər aşkar edilməsi mümkün olmayan və ya aşkar edilməsində müəyyən çətinliklər olan qarın boşluğu, periferik limfa düyünləri, sümük-oynaq sistemi, baş beyin və s. üzvlərin vərəminin aşkar edilməsinə imkan yaratmışdır [4,8]. Sözsüz, əhali arasında vərəmin erkən aşkar edilməsi istiqamətində aparılan kütləvi müayinələrin səviyyəsi birbaşa vərəmin, o cümlədən ağciyərdən kənar formaların aşkarlanmasına müsbət təsir edir. Statistikadan aydın olur ki, Azərbaycanda 1965-ci ildə ilkin aşkar edilmiş xəstələr arasında ağciyər vərəmi 85,9%, ağciyərdən kənar üzvlərin vərəmi 14,1% təşkil etdiyi halda, müvafiq göstəricilər 1972-ci ildə 92,1% və 7,9% olmuşdur. Göstərilən müddətdə vərəmin aşkarlanmasında əsasən flüoroq-rafiyadan istifadə olunduğu üçün ağciyərdən kənar vərəmin aşkarlanması səviyyəsi tədricən aşağı düşmüşdür. Lakin, ağciyərdən kənar üzvlərin vərəmi arasında daha kəskin gedişə malik və əsasən letallıqla nəticələnən vərəm meningiti, ensefalit və mielitlərinin (MEM) xüsusi çəkisi xeyli yüksəlmişdir. Təbii ki, MEM-in 1965-1972-ci illərdə ilkin fəal vərəm xəstələri arasında rastgəlmə tezliyi uyğun olaraq 2,7% və 6,3% təşkil etmişdir. Sonralar müasir diaqnostik metodların tədricən vərəmin erkən aşkar edilməsinə tətbiqi MEM-in xüsusi çəkisinin kəskin artmasına səbəb olmuşdur. Belə ki, MEM-in ilkin xəstələr arasında xüsusi çəkisi 1982-ci ildə 4,2%, 1992-ci ildə 2,8% olmuşdur [2]. Sonralar ölkədə yeni iqtisadi inkişaf formasiyasına keçid baş vermişdir. Səhiyyəni bütün sahələrində olduğu kimi vərəm sahəsində

də tənəzzül baş vermişdir. Xəstəliyin erkən aşkar edilməsi istiqamətində kütləvi müayinələr aparılmamışdır. Bu isə sözsüz, xəstəliyin klinik strukturunda ağırlaşmaların baş verməsinin əsas səbəbi olmuşdur. Belə ki, 1990-1995-ci illərdə ilkin aşkar edilmiş fəal vərəm xəstələri arasında fibroz-kavernoz vərəm, səpələnmiş vərəm və vərəm MEM-nin xüsusi çəkisi 2,7%, 5,9% və 1,8% olmuşdur. İlkin ağciyər vərəmi xəstələri arasında dağılma mərhələsi 54,2% təşkil etdiyi halda, ətraf üçün təhlükəli yoluxucu xəstələrin aşkar edilməsi 21,2% (optimal səviyyə ≥70%) təşkil etmişdir. Ölkə iqtisadiyyatının bərpası müşahidə olunan 2002-ci ildə bütün sahələrdə olduğu kimi səhiyyədə də yeni inkişaf mərhələsi müşahidə olunmuşdur. Aparılan məqsədli müayinələr sayəsində vərəmin aşkar edilməsi 1,6

dəfə yüksəlmiş, əhali arasında xəstələnmə 60,4 olmuşdur. İlkin xəstələr arasında tənəffüs sisteminin vərəmi 96%, ağciyərdən kənar üzvlərin vərəmi isə 4% səviyyəsində olmuşdur [3]. İlkin xəstələr arasında fibroz-kavernoz, səpələnmiş və MEM hadisələri uyğun olaraq 0,6%, 3,4% və 1,2% təşkil etmişdir. On il sonra 2012-ci ildə ağciyərdən kənar üzvlərin vərəminin aşkar edilməsi bir qədər yüksələrək 6,6% səviyyəsinə çatmışdır [2]. Bu müddətdə Sankt-Peterburq şəhərində ilkin ağciyərdən kənar üzvlərin vərəmi xəstələri arasında MEM-lər 5,2%, qarın boşluğu üzvlərinin vərəmi 2,5%, sümük-oynaq sisteminin vərəmi 9,9%, tənəffüs üzvlərinin vərəmi 10,1%, dəri vərəmi 3,4%, periferik limfa düyünlərinin vərəmi 25%, göz vərəmi 20,2% təşkil etmişdir [5]. Azərbaycanda 2012-ci ildə ilkin fəal vərəm xəstələri arasında ağciyərdən kənar üzvlərin vərəmi 6,6% təşkil etmişdir. Bu xəstələr arasında MEM-lər 4,3%, sümük-oynaq sisteminin vərəmi 13%, tənasül sisteminin vərəmi 4,2%, periferik limfa düyünlərinin vərəmi 7,2%, bağırsaq vərəmi 3,6%, digər üzvlərin vərəmi 2,6% təşkil etmişdir. Göründüyü kimi müasir diaqnostik metodların tətbiqi (USM, KT, MRT, rəqəmsal şüa diaqnostika) ağciyərdən kənar üzvlərin vərəminin aşkar edilmə səviyyəsinin yüksəlməsinə imkan yaradır. Son illər müasir diaqnostikanın geniş tətbiqi sayəsində inkişaf etmiş ölkələrdə, xüsusən Kanadada, Avstraliyada ağciyərdən kənar üzvlərin vərəminin ilkin xəstələr arasında aşkarlanma səviyyəsi 50-75% təşkil edir [6]. Bu baxımdan ağciyərdən kənar üzvlərin vərəminin aşkarlanması istiqamətində diaqnostik imkanların genişləndirilməsi və təkmilləşdirilməsi aktual problem sayılır.

Elmi işin **məqsədi** son üç ildə (2011-2013-cü illər) baş vermiş MEM hadisələrinin ağciyərdən kənar üzvlərin vərəmi arasında rastgəlmə tezliyi və xüsusiyyətlərinin araşdırılması diaqnostikanın səviyyəsinin təhlilidir.

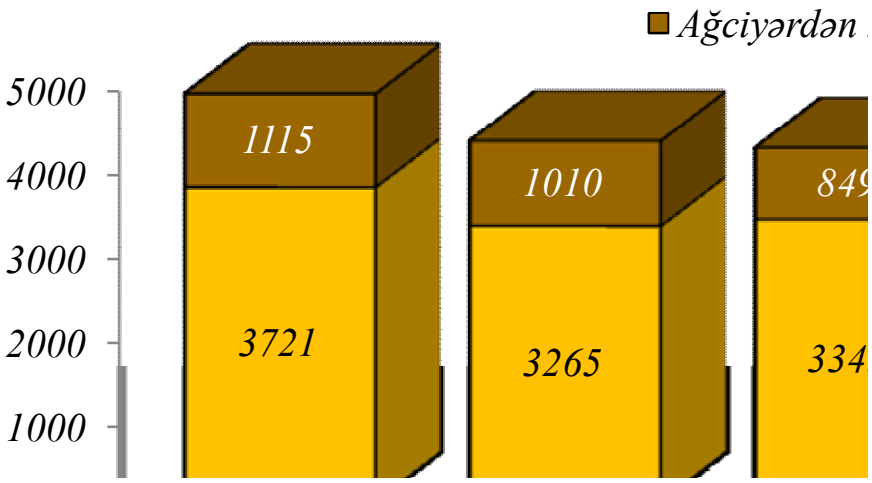
Bu məqsədə nail olmaq üçün aşağıdakı vəzifələr qarşıya qoyulmuşdur:

-Azərbaycanda 2011-2013-cü illərdə aşkar edilmiş ilkin fəal vərəm xəstələri arasında ağciyərdən kənar üzvlərin vərəminin, o cümlədən MEM-in rastgəlmə tezliyinin təyini

-MEM hadisələrinin xüsusiyyətlərinin təhlili

Tədqiqatın material və metodları. Azərbaycanda son üç ildə (2011-2013-cü illər) ilkin aşkar edilmiş xəstələr Dövlət Statistika Komitəsinin 30.01.2012-ci il tarixli 6/09 saylı qərarı ilə təsdiq olunmuş forması əsasında təhlil edilmişdir. İlkin xəstələr arasında ağciyərdən kənar üzvlərin vərəminin xüsusi çəkisi ayrı-ayrı klinik formalar üzrə təhlil edilmişdir. Vərəm MEM-nin xüsusiyyətləri yaş, cins, rastgəlmə tezliyi, başvermə mənbələri, MEM-lə fəsadlaşmada digər klinik formaların rolu, təmas amili, spesifik peyvəndin və kimyəvi profilaktikanın səviyyəsi, klinik əlamətlərin rastgəlmə tezliyi, OBM-də törədicinin tapılma səviyyəsindən asılı olaraq MEM-in rastgəlmə tezliyi təhlil edilmişdir. Elmi araşdırmada müqayisə olunan qruplar arasında dürüstlük səviyyəsi K.Pirsonun x^2 üsulu ilə müəyyənləşdirilmişdir.

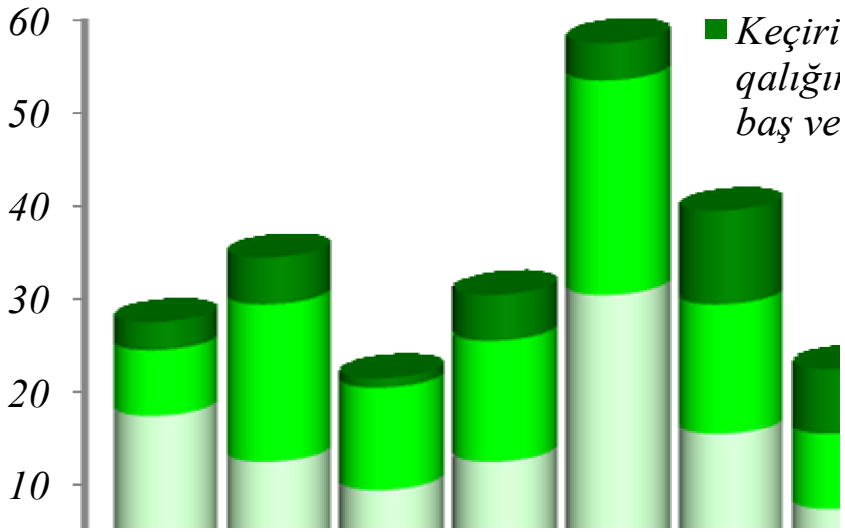
Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Azərbaycanda son üç ildə 13303 ilkin fəal vərəm xəstəsi aşkar edilmişdir. Onlar arasında ağciyər vərəmi 77,64±0,36% (10329 xəstə), ağciyərdən kənar üzvlərin vərəmi isə 22,36±0,36% (2974 xəstə) təşkil etmişdir. Ayrı-ayrı illər üzrə ilkin xəstələrin aşkar edilməsinin səviyyəsi şəkil 1-də göstərilmişdir. Şəkil 1-dən görünür ki, 2011-2013-cü illərdə ağciyərdən kənar üzvlərin vərəminin ilkin fəal xəstələr arasında xüsusi çəkisi uyğun olaraq 23,06±0,61%, 23,63±0,65% və 20,25±0,62% təşkil etmişdir. Ağciyərdən kənar üzvlərin vərəmi arasında ilkin qeydiyyata götürülmüş MEM hadisələri (izolyasiya olunmuş və keçirilmiş vərəmin qalığı fonunda baş vermiş hadisələr) 2011-ci ildə 5,92±0,7% (66 xəstə), 2012-ci ildə 4,36±0,6% (44 xəstə), 2013-cü ildə isə 3,77±0,65% (92 xəstə) təşkil etmişdir ($p<0,05$).



Şək.1. 2011-2013-cü illərdə ilkin aşkar edilmiş fəal vərəm xəstələrinin səviyyəsi

Vərəmin digər fəal klinik formalarının ağırlaşması şəklində baş vermiş MEM-lər son üç ildə 3,63±0,34% (108 xəstə) təşkil etmişdir. Beləliklə, təhlildən aydın olur ki, MEM hadisələri son üç ildə əsasən üç mənbədən formalaşır ki, bunlara: izolyasiya olunmuş MEM-lər 39,6±3,1% (99 xəstə), keçirilmiş vərəmin qalığı fonunda baş vermiş MEM-lər 17,2±2,4% (43 xəstə) və vərəmin digər fəal klinik formalarının fəsadlaşması şəklində baş vermiş MEM-lər 43,2±3,1% (108 xəstə) aiddir. Lakin, göstərilən müddətdə meningit mərkəzinə 420 xəstə daxil olmuşdur. Göstərilən bu xəstələrin yalnız 59,5% hissəsində MEM-lər vərəm mənşəli olmuşlar. Meningit şöbəsinə daxil olmuş və spesifik MEM təsdiq olunmuş 170 hadisə içərisində bakterial MEM 10,0±2,3% (17 xəstə), seroz MEM 19,4±3,0 (33 xəstə), baş beynin həcmli dəyişikliyi 5,3±1,9% (9 xəstə), baş beyin absesi 1,2±0,8% (2 xəstə), etiologiyası bəlli olmayan MEM 17,1±2,9% (29 xəstə), hemorragik insult 5,9±1,8% (10 xəstə), psixonevroloji simptomlarla müraciət 5,9±1,8% (10 xəstə), vərəm meningizmi 27,6±3,4% (47 xəstə), qida zəhərlənməsi 7,6±1,2% (13 xəstə) təşkil etmişdir. Bu isə MEM-in erkən diaqnostikasında olan ciddi çatmamazlıqları göstərir. MEM hadisələri arasında kişilər 56,8±3,1% (142 xəstə) təşkil edərək qadınlardan 1,3 dəfə çox müşahidə olunur.

MEM-in başvermə mənbəyindən asılı olaraq yaş xüsusiyyətləri şəkil 2-də verilmişdir.



Şək.2. MEM-in başvermə mənbəyindən asılı olaraq yaş xüsusiyyətləri

Şəkil 2-dən görünür ki, MEM-in başvermə mənbəyindən asılı olmayaraq erkən uşaq yaşlarında hadisələrin rastgəlmə tezliyi yüksəkdir. Belə ki, izolyasiya şəklində qeyd

olunan 99 MEM hadisəsi içərisində uşaqlar və yeniyetmələr 48,5% (48 xəstə) təşkil edir və 20-29 yaş qrupundan 5,3 dəfə, 30-39 yaş qrupundan 8,6 dəfə yüksəkdir. Uşaq və yeniyetmələr arasında müqayisə aparıldıqda 0-6 yaş qrupunda 50,0% (24 xəstə) təşkil edir ki, 7-14 yaş qrupundan 4,6 dəfə, yeniyetmələrdən isə 9,2 dəfə yüksək xüsusi çəkiyə malikdir. Analoji təhlil keçirilmiş vərəmin qalığı fonunda baş vermiş MEM hadisələrinə (43 hadisə) görə aparıldıqda uşaq və yeniyetmələr arasında xəstələnənlər 32,6% (14xəstə) təşkil edərək digər yaş qruplarını üstələyir. Erkən uşaq yaşlarında (0-6 yaş) MEM hadisələri uşaq və yeniyetmələrin 57,1% hissəsini təşkil edir. Analoji vəziyyət vərəmin ayrı-ayrı fəal klinik formalarının ağırlaşmaları zamanı baş vermiş MEM hadisələrində də təkrarlanır, uşaq və yeniyetmələrə görə müqayisədə erkən uşaq yaşları 58% (29 xəstə) olmaqla üstünlük təşkil edir. Başqa sözlə, erkən uşaq yaşlarında MEM hadisələri digər yaş qruplarını üstələyərək yüksək risk amili kimi dəyərləndirilir. Fəal vərəmin ayrı-ayrı klink formalarının MEM-lə fəsadlaşmasının rastgəlmə tezliyi təhlil edilmişdir. Aydın olmuşdur ki, 108 MEM (ümumi hadisələrin 43,2±3,1% hissəsi) hadisəsi ilkin vərəm kompleksindən sonra 4,8±1,4% (12 xəstə) halda, miliar vərəmdən sonra 11,2±2,0 (28 xəstə) halda, səpələnmiş vərəmdən sonra 12,0±2,1% (30 xəstə) halda, ocaqlı vərəmdən sonra 0,8±0,6% (2 xəstə) halda, fibroz-kavernoz vərəmdən sonra 8,0±1,7% (20 xəstə) halda, döşdaxili limfa vəzilərinin vərəmindən sonra 4,8±1,4% (12 xəstə) halda, mezenterial limfa vəzilərinin vərəmindən sonra 0,8±0,6% (2 xəstə) halda, sümük-oynaq sisteminin vərəmindən sonra isə 0,8±0,6% (2 xəstə) halda müşahidə olunmuşdur. Keçirilmiş vərəmin qalığı fonunda baş vermiş MEM hadisələri də əsasən fəal vərəmdə müşahidə olunan klinik formalarla eynidir. Belə ki, keçirilmiş vərəmin qalığı fonunda baş vermiş 43 (17,2±2,4%) MEM hadisəsinin 2,4±1,0% (6 xəstə) hissəsi ilkin vərəm kompleksinin, 1,6±0,8% (4 xəstə) miliar vərəmin, 2,4±1,0% (6 xəstə) səpələnmiş vərəmin, 1,6±0,8% (4 xəstə) ocaqı vərəmin, 2,4±1,0% (6 xəstə) sirrotik vərəmin, 6,0±1,5% (15 xəstə) döşdaxili limfa vəzilərinin, 0,8±0,6% (2 xəstə) sümük-oynaq siseminin vərəmindən sonrakı qalıqlarından baş vermişdir. Təhlildən görünür ki, MEM fəsadlaşmaları əsasən birincili vərəmin fonunda baş verir. Belə ki, ağırlaşmalarda səpələnmiş, miliar, döşdaxili limfa sisteminin və sümük-oynaq sisteminin vərəmi üstünlük təşkil edir. İkincili vərəmin xroniki forması sayılan fibroz-kavernoz vərəm və onun son nəticəsi sayılan sirrotik vərəm ikinci yeri tutur və 151 (108 fəal vərəm və 43 keçirilmiş vərəmin qalığı) MEM hadisəsi arasında 20,5% (31 hadisə) təşkil edir. MEM hadisələri arasında (250 xəstə) uşaq və yeniyetmələr 44,8% (112 xəstə) təşkil edir. Onlar arasında həyatın ilk günlərində aparılan vərəm əleyhinə peyvəndin nəticələri peyvənddən sonra bazunun arxa səthində baş vermiş çapığın ölçüsünə görə dəyərləndirildikdə aydın olur ki, bu xəstələr 24,1±7,1% (27 xəstə) halda peyvənd almamışlar. Onlar arasında 0-2 yaş 18,5±4,9% (5 xəstə), 3-6 yaş 17,6±4,9% (6 xəstə), 7-4 yaş 28,6±9,9% (6 xəstə), 15-18 yaş 33,3±8,6% (10 xəstə) təşkil edir. Peyvəndlə əhatə səviyyəsi isə 75,9±4,0%-dir (85 xəstə). Ən yüksək əhatə səviyyəsi 0-2 və 3-6 yaş arasında qeyd olunur və uyğun olaraq 81,5±7,5% (22 xəstə) və 82,4±6,5% (28 xəstə) təşkil edir. Yeniyetmələrin əhatə səviyyəsi nisbətən aşağı – 66,7±8,6% (20 xəstə) olmuşdur ($p<0,001$). Peyvənd alanlar arasında çapıq qeyd olunmayanlar və ya çapığın ölçüsü zəif (1-3 mm) olanlar uyğun olaraq 32,9±5,1% və 38,8±5,3% təşkil etmişdir. Beləliklə, peyvənd almayanlar, peyvənddən sonra çapıq olmayanlar və ya çapığın ölçüsü zəif olanlar ümumi MEM hadisələrinin 78,6%-ni (85 xəstə) təşkil edir. Sözsüz, bu da öz növbəsində vərəm MEM-nin superinfeksiya fonunda baş verməsində mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Belə ki, MEM hadisələri içərisində yüksək xüsusi çəkiyə malik olan 0-2 və 3-6 yaş qruplarında müvafiq göstərici 74,1% və 70,6% təşkil edir. Analoji təhlil vərəm əleyhinə aparılan kimyəvi profilaktikaya görə də aparılmışdır. Məlum olmuşdur ki, xəstəlikdən əvvəl müşahidə olunan uşaq və yeniyetmələr arasında Mantu 2 TV PPD-L tuberkulin sınağının "Viraj"-ı 28,3±5,8% (17 xəstə), hiperergiya reaksiyası 20,0±5,2% (12 xəstə), ötən ilə nisbətən tuberkulin sınağının müsbət nəticəsinin artması isə 50,0%±1,1% halda qeyd olunur ($p\leq0,05$). Beləliklə, kimyəvi profilaktikaya ehtiyacı olanlar 95,0±2,8 (57 nəfər) xəstə təşkil etmişdir. Lakin, metodik təlimata uyğun kimyəvi profilaktika alanların xüsusi çəkisi 10,5±4,1% (6 xəstə) təşkil etmişdir ($p\leq0,01$). İnfeksion allergiyanın ayrı-ayrı yaş qruplarına görə kimyəvi profilaktika alanlar 0-2 yaşda 10%, 3-6 yaşda 11,8%, 7-14 yaşda 16,7%, 15-18 yaşda isə 5,5% təşkil etmişdir. Beləliklə, təhlil göstərir ki, vərəm MEM-nin baş verməsində infeksion allergiyaya görə metodik təlimata uyğun kimyəvi profiaktika aparılmaması mühüm rol oynayır. MEM-in diaqnostikasında xəstəiyin başlamasının yarım-kəskin gedişi və mərhələlərlə klinik-nevroloji

əlamətlərin təzahürü prosesin spesifikliyi üçün xarakterik əlamət sayılır. Lakin, bu əlamətlər MEM-in başvermə mənbəyindən asılı olaraq müxtəlif səviyyəli intensivliyə malik olur. Təhlil göstərir ki, fəal vərəmin ağırlaşması şəklində baş vermiş MEM-də klinik-nevroloji əlamətlər izolyasiya olunmuş MEM-dən və keçirilmiş vərəmin qalığı fonunda baş vermiş MEM-dən zəif olur. Üstünlük bütün hallarda izolyasiya olunmuş MEM-in payına düşür. Bu isə müalicə zamanı qəbul edilən spesifik dərmanların immunostimulyativ təsiri ilə əlaqələndirilə bilər. Son üç ildə müşahidə olunan xəstələrin simptomlarının MEM-in başvermə mənbəyindən asılılığı aşağıdakı cədvəldə verilmişdir. Cədvəldən görünür ki, başlanğıc və əsas klinik əlamət olan baş ağrısı, qusma və yüksək hərarət fəal vərəmə görə müalicə alan MEM-lə fəsadlaşan xəstələrdə uyğun olaraq 93,5±2,4%, 95,4±2,0% və 94,4±2,2% təşkil etdiyi halda müvafiq göstərici izolyasiya olunuş MEM-də uyğun olaraq 99,0±1,0%, 100%, 97,0±1,7%, keçirilmiş vərəmin qalığı fonunda baş vermiş MEM-də 97,7±2,3%, 97,7±2,3%, 95,3±3,2% təşkil edir ($p \leq 0,001$).

Analoji vəziyyət nevroloji əlamətlərdə də özünü göstərir. Belə ki, Brudzinski simptomunda dəyişiklik çox fərqlənməsə də, aşağı Brudzinski simptomu izolyasiya olunmuş MEM-də 82,8±3,8% təşkil edərək digər MEM-dən çox yüksək səviyyədə durur. Analoji tendensiya baş beyin əlamətlərində də özünü göstərir. Çox ciddi fərq parez və ifliclərdə müşahidə olunur. Belə ki, izolyasiya olunmuş MEM-də uyğun olaraq 40,4±4,9% və 46,5±5,0% təşkil etdiyi halda fəal vərəmin ağırlaşması şəklində olan MEM-də 26,9±4,3% və 25,0±4,2% ($p \leq 0,05$), keçirilmiş vərəmin qalığı fonunda baş vermiş MEM-də isə 46,5±7,6% və 39,5±7,5% ($p \leq 0,01$) təşkil edir.

Onurğa beyni mayesinin (OBM) klinik, laborator təhlilində müvafiq dəyişiklklər də özünü büruzə verir. OBM-in təhlilində spesifik MEM-lər üçün xarakterik əlamətlərə sitoz, zülalın yüksək səviyyəsi, şəkər və xloridlərin aşağı səviyyəyə enməsi, Pandi reaksiyasının intensivliyi, fibrin pərdəni düşməsi və OBM-də sadə mikroskopiya metodu ilə mikobakteriyanın tapılması aid edilir. Təhlil göstərir ki, OBM-də vərəm törədicisinin tapılması istisna olmaqla digər laborator göstəricilər virus və bakterial MEM-də də optimal həddən kənara çıxır. Fibrin pərdənin düşməsi, Pandi reaksiyası isə müayinə edənin fərdi qiymətləndirməsindən asılıdır.

Cədvəl

MEM-in başvermə mənbəyindən asılı olaraq klinik-nevroloji əlamətlərin səviyyəsi

Simptomlar	İzolyasiya olunmuş MEM		Fəal klinik formaların ağırlaşmasından olan MEM		Keçirilmiş vərəmin qalığı fonunda baş vermiş MEM	
	müt.r	% (99xəstə)	müt.r	% (108 xəstə)	müt.r	% (43 xəstə)
Baş ağrısı	99	100,0	101	93,5±2,4	42	97,7±2,3
Qusma	98	99,0±1,0	103	95,4±2,0	42	97,7±2,3
Yüksək hərarət	99	100	102	94,4±2,2	41	95,3±3,2
Boyun əzələlərinin gərginliyi	96	97,0±1,7	103	95,4±2,0	42	97,7±2,3
Brudzinski simptomu	90	90,9±2,9	99	91,7±2,7	39	90,7±4,4
Aşağı Brudzinski simptomu	82	82,8±3,8	81	75,0±4,2	35	81,4±5,8
Baş beyin sinir əlamətləri	84	84,8±3,6	80	74,1±4,2	36	83,7±5,6
Davamlı patoloji reflekslər	43	43,4±6,0	44	40,7±4,7	20	46,5±7,6
Göz dibində durğunluq	44	44,4±5,0	42	38,9±4,7	18	41,9±7,5
Diplopiya	16	16,2±3,7	15	13,9±3,3	7	16,3±5,6
Eşitmə sinirinin nevriti	2	2,0±1,4	-	-	1	2,3±2,3
Üz sinirinin pozğunluğu	16	16,2±3,7	9	8,3±2,7	9^	20,9±6,2
Psixi pozğunluq	28	28,3±4,5	28	25,9±4,2	16	37,2±7,4
Parezlər	40	40,4±4,9	29*	26,9±4,3	20^	46,5±7,6

İfliclər		46	46,5±5,0	27**	25,0±4,2	17	39,5±7,5
Amneziya, afaziya		44	44,4±5,0	22***	20,4±3,8	14	32,6±7,1
Sidik ifrazının pozulması		18	18,2±3,9	16	14,8±3,4	7	16,3±5,6
Ağciyərlərdə auskultasiyaya aid dəyişikliklər		2	2,0±1,4	108***	100,0	22^^^	51,2±7,6
Arit miya	Taxikardiya	63	63,6±4,8	63	58,3±4,7	26	60,5±7,5
	Bradikardiya	8	8,1±2,7	5	4,6±2,0	3	7,0±3,9
Qan təzyi qində	Hipertoniya	16	16,2±3,7	9	8,3±2,7	5	11,6±4,9
	Hipotoniya	22	22,2±4,2	12*	11,1±3,0	8	18,6±5,9
İştahasızlıq		38	38,4±4,9	39	36,1±4,6	16	37,2±7,4
Qəbizlik		37	37,4±4,9	37	34,3±4,6	15	34,9±7,3
İshal		4	4,0±2,0	2	1,9±1,3	1	2,3±2,3
Qarın divarının içəri dartılması		45	45,5±5,0	40	37,0±4,6	18	41,9±7,5

Qeyd: göstəricilər arasındakı fərqin statistik dürüstlüyü: 1.İzolyasiya olunmuş forma ilə: * - $p_1<0,05$; ** - $p_1<0,01$; *** - $p_1<0,001$; 2.Fəal klinik formaların ağırlaşmasından olan qrup ilə: ^ - $p_2<0,05$; ^^ - $p_2<0,01$; ^^^ - $p_2<0,001$

Bütün bunlara baxmayaraq izolyasiya olunmuş MEM-də əldə olunan nəticələrin xüsusi çəkisi fəal vərəmin ağırlaşması şəklində baş vermiş MEM-lər və keçirilmiş vərəmin qalığı fonunda baş vermiş MEM-i üstələyir. Belə ki, OBM-də zülalın (qlobulinlərin) izolyasiya olunmuş MEM-də >1,5 q/l-dən yüksək səviyyəsi 20,2±4,0%, fəal vərəmin ağırlaşması şəklində baş vermiş MEM-də 13,0±3,2%, keçirilmiş vərəmin qalığı fonunda baş vermiş MEM-də 20,9±6,2% təşkil edir ($p\leq0,001$). Analoji vəziyyət Pandi reaksiyasının kəskin bulanıq (++++) səviyyəsində də özünü göstərir və uyğun olaraq 7,1±2,6%, 1,9±1,3%, 7,0±3,9% təşkl edir ($p\leq0,001$). Müvafiq göstərici OBM-in sitozun $>0,3x10^6$/litr səviyyəsində 71,1±4,5%, 27,8±4,3%, 74,4±6,7% təşkil edir ($p\leq0,001$).

Təhlil göstərir ki, OBM-də şəkərin ≤10mkmol/litr səviyyəsi uyğun olaraq 42,4±5,0%, 37,0±4,6% ($p\geq0,05$) və 79,1±6,2% ($p\leq0,001$). Xloridlərin ≤50mkmol/l səviyyəsi uyğun olaraq 5,1±2,2%, 5,6±2,2% ($p\geq0,05$) və 7,0±3,9% ($p\leq0,01$) təşkil edir. Bütün hallarda fibrin pərdənin düşməsi qeyd olunur. Yuxarıda qeyd etdiyimiz kimi bu əlamətlərin qismən az və ya çox səviyyəsi bakterial və virus MEM-də də mövcuddur. Ona görə də OBM-də mikobakteriyanın sadə mikroskopiya yolu ilə tapılması əsasən patoqnomonik əlamət sayılır və diaqnostikanın əsasını təşkil edir. Təhlil göstərir ki, OBM-də sadə mikroskopiya ilə mikobakteriyanın tapılması izolyasiya olunmuş MEM-də 23,2±4,2%, fəal vərəmin fəsadlaşmasından baş verən MEM-də 16,7±3,6% ($x^2=1,4$ $p_1>0,05$), keçirilmiş vərəmn qalığı fonunda baş vermiş MEM-də 20,9±6,2% ($x^2=0,09$, $p_1>0,05$) şəklində mümkün olmuşdur. Beləliklə, təhlil göstərir ki, bu günkü epidemioloji vəziyyətdə OBM-də mikobakteriyanın sadə mikroskopiya üsulu ilə tapılması orta hesabla 20,0% halda mümkündür və bu əsil diaqnostik kriteriya sayılır. Təhlil göstərir ki, yüksək tibbi xidmət və diaqnostik imkanlara malik olan yaşayış məntəqələrindən uzaqlaşdıqca, xüsusən dağlıq, dağətəyi yaşayış məntəqələrində MEM-in erkən diaqnostikası məsələləri aktual olaraq qalır və bu da letallıq nəticələrini yüksəldir.

Beləliklə, son üç ildə (2011-2013) Azərbaycanda baş vermiş MEM hadisələrinin xüsusiyyətlərinin təhlili gösərir ki, MEM-in baş verməsində erkən uşaq yaşları, ətrafda, xüsusən ailədən kənar vərəmli xəstə ilə təmas, vərəm əleyhinə effektsiz vaksin və kimyəvi profilaktika yüksək risk qrupları sayılır. Klinik-nevroloji və laborator əlamətlər izolyasiya olunmuş MEM-də daha kəskin, vərəm əleyhinə spesifik müalicə alanlar arasında isə nisbətən zəif şəkildə özünü göstərir. Diaqnostikada OBM-də sadə mikroskopiya yolu ilə mikobakteriyanın tapılması əsas rol oynayır ki, bu da müasir epidemioloji vəziyyətdə 20,0% halda mümkündür. Ona görə də OBM-də spesifik

müayinələrin immunogenetik, molekulyar-genetik, molekulyar-fenotipik istiqamətdə aparılması məqsədəuyğundur. Beləliklə, təhlil göstərir ki, son üç ildə (2011-2013-cü illər) ölkədə ilkin aşkar edilmiş fəal vərəm xəstələri arasında ağciyərdən kənar üzvlərin vərəmi ağciyər vərəminə nisbətən 3,5 dəfə az aşkarlanmışdır. Aşkar edilmiş ağciyərdən kənar üzvlərin vərəmi arasında vərəm meningitləri, ensefalitləri və mieliləri 8,4% (250 xəstə) təşkil edir ki, bu da həddən artıq yüksək səviyyədir (optimal halda müşahidə olunmamalıdır).

ƏDƏBİYYAT

1. Məmmədbəyov E.N., Əliyev K.Ə., Axundova İ.M. və b.Vərəm xəstəliyinin molekulyar-genetik diaqnostikası. Metodik tövsiyyə. Bakı, 2010, 24 s.
2. Şıxəliyev Y.Ş. Vərəm xəstəliyinin epidemiologiyası gərgin olan regionlarda vərəm əleyhinə tədbirlərin intensiv şəkildə aparılma metodlrı. Bakı: Elm, 2003, 146 s.
3. Курбанова М.Б. Факторы риска и заболеваемость туберкулезом среди детей и подростков, проживающих в г. Баку // Пробл.туб, 2014, №11, с. 30-36.
4. Лазарева О.Л. Особенности диагностики, течения и лечения туберкулезного менингита у взрослых: Автоеф. дис….канд. мед. Наук. М., 2002.
5. Шилова М.В. Распространенность туберкулеза в Российской Федерации // Эпидемиол. и санитария, 2009, №15,с.5-11.
6. Шилова М.В. Эпидемическая обстановка по туберкулезу в Российской Федерации к началу 2009 г. // Пробл. Туб., 2010, №5, с. 14-21.
7. Danzon M. План «Остановить ТБ» для 18 наиболее приоритетных стран Европейского региона. ВОЗ, 2007, с. 7-11.
8. Henry M., Holzman R. Tuberculosis of the Brain, meninges and spinal cord. İn Room W a Garay S (ed) Tuberculosis. Philadelphia, 2004, p. 445-464

Резюме

Выявление случаев внелегочного туберкулеза, в частности менингита, энцефалита, миелита, их уровень и особенности

Дж.К.Алиев

Анализ данных исследований по выявлению случаев МЭМ, проведенных в Азербайджане за последние три года (2011-2013 года) показывают, что к повышенной группе риска возникновения МЭМ относятся ранний детский возраст, особенно контакт с туберкулезными больными вне семьи, не эффективная противотуберкулезная вакцинация и химиопрофилактика. Клинико-неврологические и лабораторные показатели более остро проявляются у изолированных больных с МЭМ, а у больных получающих специфическое лечение проявляется относительно слабо. Основную роль в диагностике играет метод определения микобактерий простой микроскопии СМЖ, а это при возможностях современной эпидемиологии составляет 20% случаев. Поэтому целесообразно проводить специфические исследования СМЖ иммуногенетическими, молекулярно- генетическими, молекулярно-фенотипическими методами. Таким образом, анализируя данные за последние три года (2011-2013) среди впервые выявленных активных туберкулезных больных количество внелегочных форм туберкулеза в 3,5 раза меньше легочных форм. Было выявлено, что менингиты, энцефалиты и миелиты составляют 8,4% (250 больных) от общего количества внелегочных форм туберкулеза, а это очень высокий показатель (в оптимальном случае не должно обнаруживаться).

Summary

The determination of tubercular cases of the organs except lungs; meningitis, encephalitis, myelitis levels and characteristics among them

J.G.Aliyev

The analysis of the features of the MEM cases happened in Azerbaijan in the last three years (2011-2013) displays that early child ages; contact with a tubercular patient in around, especially with one apart from a family; ineffective anti-tuberculosis vaccine; and chemical prophylaxis are taken into account like high risk factors in the occurence of the MEM. Clinic-neurological and laboratory signs show themselves sharply in isolated MEM, do themselves relatively in a weak manner among patients getting specific treatment against tuberculosis. Finding microbaterium with a simple microscopic method in diagnosis in the FSC plays a necessary role, it is possible in 20 per cent cases in modern epidemiological condition. Consequently, specific examinations in the FSC in immunogenetic,

molecular-genetic, molecular-phenotypic directions are purposeful. So, the analysis depicts that tuberculosis of the organs except lungs has been relatively found 3.5 times less than pulmonary tuberculosis (lung tuberculosis) among active tubercular patients of the year determined in the last three (2011-2013). Tubercular meningitis, encephalitis, myelitis among found tuberculosis of the organs except lungs comprise 8.4 per cent (250 patients), this is extremely a high level in turn (it must not be observed optimallity).

Daxil olub: 23.10.2014

AĞIZ BOŞLUĞUNDA ƏMƏLIYYATDAN SONRAKI YARALARIN SAĞALMASINA KLINIKI VƏ INSTRUMENTAL NƏZARƏT

Ç.R. Rəhimov, T.R.Quliyev
Azərbaycan Tibb Universiteti, ağız və üz-çənə cərrahiyyəsi kafedrası, Bakı

Açar sözlər: cərrahi yaralar, sağalma prosesi, kliniki və instrumental üsullar, elektron mikroskop
Ключевые слова: хирургические раны, процесс восстановления, клинические и инструментыльные способ, электронный микроскоп
Key words: surgical wounds, the recovery process, clinical and instrumental methods, electron microscope

Agız boşluğunun patoloji prosesləri xəstəlikləri əhali arasında ən yayılmış xəstəliklərdən hesab edilir. Belə ki, böyük əhalinin 99%-i ,uşaqlar arasında isə 80 %-ə qədər ağız boşluğu orqan və toxumalarının müxtəlif növ patologiyalarına rast gəlinir [1,2,3,4,5,6]. Son illər bu patoloji proseslərin cərrahi üsulla müalicəsinin sayı artıb, cərrahi müdaxilələrin həcmi genişlənib və eyni zamanda bununla əlaqədar cərrahların qarşısında qoyulan məsələlər mürəkkəbləşib.

Yerinə yetirilən əməliyyatlara qoyulan əsas tələblər əməliyyatdan sonrakı yaraların fizioloji sağalmasına nail olmaq, tez bir zamanda zədədlənmiş toxumalrın funksional və estetik göstəricilərini bərpa etməkdir. Sağalma prosesinin fizioloji gedişatının pozulması müxtəlif növ ağırlaşmalara gətirib çıxarır, bu da aparılan cərrahi əməliyyatlarda uğursuz nəticə kimi qəbul edilir.

Üz-çənə, eləcə də plastik cərrahiyyəyə aid ədəbiyyatlarda üz dərisində əməliyatdan sonrakı yaraların sağalma prosesi xüsusiyyətlərinə, bu prosesə təsiredici vasitələrin axtarışına kifayət qədər yer ayırlır. Ağız boşluğunda cərrahi yaraların sağalması prosesin öyrənilməsinə, səmərəli diaqnostika və müalicə usulların axtarışına isə ədəbiyatlarda nadir hallarda rast gəlinir [7,8]. Aparılan tədqiqatların təhlili göstərir ki, burada hələ ki, dəqiq diaqnostika və müalicə alqoritmi formalaşmayıb.

Ağız boşluğunda cərrahi yaraların sağalması prosesin öyrənilməsində yararlı olan metodların axtarışı üçün ilk növbədə dəridə tədbiq olunan usullarının səməriliyinin təhlilinin aparılmasını, eləcə də dəri ilə ağız boşluğu selikli qişasında

yaralarda sağalma prosesinin fərqinin öyrənilməsi məsələsini vacib hesab edirik.

Ümumiyyətlə, cərrahi əməliyyatdan sonrakı yaraların sağalam prosesinə nəzarət müxtəlif kliniki və instrumental metodlarla aparıla bilər [9].

Digər xəstəliklərin diaqnostikasında olduğu kimi burada kliniki göstəricilər əsas hesab edilir. Bədən hərarəti, qan göstəriciləri, yarada qranulyasiyanın əmələ gəlməsi, epitelizasiyanın başlanması kimi kliniki göstəricilər öyrənilir. Bunalar hələ Qalen vaxtlarından cərrahi yaraların kliniki simptomları kimi göstərilir.

Bədənin hərarəti (color) yara prosesinin qiymətləndirilməsində vacib amil hesab edilir. Hərarətin yüksək və ya subfebril hərarətin davamlı olması yaralarda yerli və ya ümumi ağırlaşmaların inkişafını göstərir.

Ağrı (dolor) göstəricisi yaranın iltihablaşmasının əsas simptomlarından biridir. Ağrının əmələ gəlməsinin səbəbi yerli qan təchizatının pozulması, toxuma daxili təzyiq və güclənən asidozdur.

Yaraətrafı toxumaların rənginin dəyişilməsi (rubor) yerli hemodinamikanın pozulması nəticəsində yara sahəsində ocaqlı hiperemiyanın əmələ gəlməsidir.

Yaraətrafı yumşaq toxumaların şişkinliyi də iltihablaşmanın vacib əlamətlərindəndir. Şiş-kinliyin artma sürəti və sahəsinə görə yarada baş verən prosesləri proqnozlaşdırmaq olur.

Bunlarla yanaşı cərrahi əməliyyat nəticəsində zədədlənmiş toxumaların funksiyasının pozul-ması (functio laesa) faktı qeyd edilir [10,11].

Bu metodlar yaranın sağalma prosesinə nəzarətinin sübyektiv usulları kimi qəbul olunur. Obyektiv uslullar kimi isə periferik qanın göstəriciləri, planimetriya metodu, yaralardan alınan yaxmaların sitoloji müayinəsi, yara ifrazatında- Ph müayinəsi, tərkibində zülalın müayinəsi, bakteroloji müayinənin kəmiyyət və keyfiyyət göstəriciləri və s. qəbul olunur.

Laborator metodlar. Laborator müayinə üsulu olaraq, qanın ümumi göstəricilərinin qiymətləndirilməsi heç də hər zaman ağız boşluğunda əməliyyatdan sonrakı yaraların vəziyyətini əks etdirmir.

Erkən dövrlərdə yaralarda gedən sağalma prosesisini izləmək və qiymətləndirmək üçün **rentgenolji müayinə metodları** da (ORT, KT, MRT və s.) kifayət qədər aşağı səmərəliliyə malikdir (12).

Yaraların sağalmasının kliniki və laborator müşahidəsi ilə yanaşı sağalmanın ayrı-ayrı dövrlərində toxumalarda baş verən dəyişiklikləri qiymətləndirmək üçün əlavə olaraq instrumental metodlarla müayinə zəruri hesab edilir.

Lazer dopler fluorometriyası. Lazer dopler fluorometriyası (LDF) yeni diaqnostika metodu hesab edilir [13,14). Bu metodla kapilyar səviyəsində qan dövranın vəziyyəti öyrənilir hansı ki, orqan və toxumaların metabloik proseslərinə, ilthabı və reparativ proseslərin gedişatına təsir edir. LDF- lazer dopler fluorometerlərlə aparılır.

Bu qeyri-invaziv dolayı qrafik metodla Dopler təsiri ilə kiçik damarların morfofunksional vəziyyətini və damarxarici dəyişiklikləri təsvir etmək imkanı yaranır. Bu üsulun üstünlüyü davamlı olaraq dərinin və selikli qişanın üst qatlarında mikrosirkulyasiyanın dəyişməsinin öyrənilməsidir. Burada monoxrom lazer şüaları fibroskop vasitəsilə yara səthinə ötürülür və toxuma, eləcə də qan elementlərindən geri qayıdan dalğa spektoru öyrənilir.

Dopler fluorometriyası vasitəsilə qan axının öyrənilməsi yerli toxumalarda iltihabi prosesin inkişafını və obyektiv olaraq onun sərhədlərini müəyyənləşdirməyə imkan verir.

İnfraqırmızı termoqrafiya. İnfraqırmızı termoqrafiya yarada sağalmanın müxtəlif mərhələlərində metobalik dəyişiklikləri öyrənməyə imkan verir. Sağalmanın erkən mərhələsinin termoqrafik görüntüsü yara sahəsində parlaqlığın artması ilə xarakterizə olunur. Yara iltihablaşdığı zaman toxumaların bütün zədələnmiş sahələri parlaqlığın kəskin artması kimi, nekroz sahələri isə bunun ardından qaranlıq görüntü sahələri kimi müəyyəm edilir (15,16). Yaralarda infraqırmızı süalanmanın öyrənilməsi televiziya prinsiplərinə əsaslanan xüsusi vizual sistemi olan termoqraflarla aparılır.

Üsul yaraların sağalmasının birincili öyrənilməsi zamanı informativdir.

Elektrotermometriya. Yaraların sağalması zədədlənmiş toxumalarda temperatur dəyişikliklə müşaidə olunur. Bu yara prosesində gedən ekzo və endotermik biokimyəvi reaksiyalarla, zədədlənmiş sahədə mərkəzi termoidarəetmənin və qan dövranın pozulması ilə və s. amillərlə əlaqəlidir. Yara prosesində bu ölçülərin dinamik aparılmasının diaqnostik və proqnostik əhəmiyyəti var [9].

Elektrotermiya prinsipi sirkulyator pozulma dərəcəsinə və iltihabi prosesin intensivliyinə uyğun normal və zədələnmiş toxumaların temperatur fərqinə əsaslanır.Tədqiqat elektrotermometr vasitəsilə və ya temperaturu 0.05 C dəqiqliklə ölçən sensor cihazlarla aparılır. İltihablaşmış və ona simmetrik olan sağlam sahələr arasında temperatur fərqi 2-3 C

dərəcəyə, yaranın birincili sağalması zamanı isə 0,3-0,8 C dərərcəyə çatır. Beləliklə , iltihabi sahədə temperatur sağlam toxuma ilə müqayisədə 1.0-1.5 C dərəcə yüksək olur.

Yara tenziometriyası. Yaraların sağalma prosesinin qiymətləndirilməsində obyektiv meyar yaranın mexaniki möhkəmliyi hesab edilir. Bu metodun mahiyyəti təkcə yara prosesinin öyrənilməsi deyil, həmçinin ona müxtəlif amillərin təsirinin öyrənilməsidir.

Sağalma prosesində yara kənarının bitişməsi zamanı möhkəmliyin ölçülməsi məqsədi ilə yara tenziometri PTM-2 cihazından istifadəni təklif edilir(17). Cihaz yara kənarından 2 mm məsafədə fiksator vasitəsilə dəriyə bərkidilir. Rezin balon vasitəsilə vurulan hava tədricən yara kənarlarına yayılır, hansi ki, sistemə qoşulmuş manometr vasitəsilə ölçülür. Kiçik qopmalar yara kənarının bitişmə möhkəmliyini əks etdirir. Bu üsul eksperimental tədqiqatlarda yalnız bir göstəricinin- toxumalarda möhkəmlik həddinin öyrənilməsində geniş şəkildə istifadə edilir.Yaranın digər biomexaniki xüsusiyyətlərini - elastikliyini, sərtliyini müəyyənləşdirmək üçün УМИВ-3 universal cihazından istifadəsi təklif olunub [18].

Planimetriya. Planimetrik üsulla yaranın epitelizasiya surətinin öyrənilməsi, həmin sahənin ölçülərinin zaman vahidində dəyişilməsinə əsalanir. Bu məqsədlə kliniki təcrübədə L.N. Popovun testindən daha çox istifadə olunur [9].Yaraya steril plastik salafan çəkilir və onun üzərinə yaranın konturu tətbiq edilir. Şəkil qrafik kağız üzərinə köçürülərək, yara sahəsi ölçülür. Ölçülmə bir neçə gündən sonra təkrarən aparılır və yara səthinin sahəsinin azalması faizi əvvəlki nəticə ilə nisbətdə aşağıdakı düsturla hesablanır:

$$x = \frac{(C - Cn)100\%}{t}$$

Düstürda-

C - əvvəlki ölçülmədə yara sahəsi;

Cn - mövcud vəziyyətdə yara sahəsinin ölçüsü;

t - ölçülmələr arasındakı günlərin sayıdır.

Sağalmanın normal gedişatında gün ərzində yara sahəsinin kiçilməsi 4% təşkil edir.

Kapilyarometriya

Yara sahəsində mikrosirkulyasiya - kapilyar assimetriya indeksinə əsasən qiymətləndirilir (19). Kapilyarların hesablanması M-70A kapilyarskopla həyata keçirilir. Yara sahəsində və bədənin simmetrik hissələrində kapilyarların nisbətinin hesablanması aparılır.

$$KAİ = \frac{B}{C}$$

Düsturda: B - bədənin simmetrik sahələrində kapilyarların sayı; C-yara sahəsində onların sayını göstərir. Normada KAİ=1,0±0,1 göstərir. Iltihablaşama zamanı bu indeks 0,45±0,05 həddinə kimi aşağı düşür, regenerasiya mərhələsində isə 0,7±0,05 kimi yuxarı qalxır.

Qazların gərginliyinin öyrənilməsi. Yara sahəsində qazların gərginliyinin öyrənilməsi o faktlara əsaslanır ki, yerli hipoksiya şəraitində sağalma prosesi kəskin ləngiyir [9,20,21]. Bu zaman toxumada $p0_2$ 1,3-2,7 kPa qədərə düşür və nəticədə toxuma tənəffüsünun pozulmasına gətirir [9]. Müəyyən olmüşdur ki, zədələnmədən ilk 5 gün sonra iltihablaşmış toxumalarda $pC0_2$ kifayət qədər çoxdur. Yaranın sağalma prosesinin reparativ mərhələsində bu göstəricilər bərabərləşir, p02 isə 3.9 kPa qədər artır. Bu günə kimi dəridə istifadə olunan istrumental metodlardan çox az sayda öz tətbiqini ağız boşluğu selikli qişasında müxtəlif cərrahi əməliyyatlardan sonra toxumalarda gedən dəyişiklikləri öyrənmək üçün istifadə olunmuşdur. Belə ki, Sardini, Carini və digər tədqiqatçılar ağız boşluğu selikli qişasında sağalma prosesində əhəmiyyəli rolu olan mikrosirkulyasiyanı qimətləndirməkdən məqsədilə videokapilyaroskopdan istifadə etmişdilər [22].

Digər tədqiqatçıların apardıqları tədqiqat işlərində isə infraqırmızı lazer terapiyasının ağız boşluğu selikli qişasının sağalma prosesinə müsbət təsiri öyrənilmişdir [23]. Bunula belə yuxarıda sadalanan laborator instrumental metodlar öz geniş kliniki tətbiqini tapmamışdır. Bu həm avadanlıqların mürəkkəbliliyi, həm də alınan məlumatların təsvirinin çətin olması ilə əlaqədar ola bilər.

Histoloji və histokimyəvi metod. Cərrahi yaralarda sağalma prosesinin diaqnostikasında zədədlənmiş toxumaların histoloji və histokimyəvi metodlarla öyrənilməsi daha dəqiq obyektiv metod kimi qəbul olunur. Histoloji metodlarla yara prosesinə qatılan toxuma və hüceyrələrin strukturu və funksiyası öyrənilir. Bu metod histoloji avdanlıq vasitəsi ilə həyata keçirildiyindən onun imkanları texnoloji tərəqqi ilə bilavasitə əlaqədar olub. Belə ki, elektron mikroskopiyanın tədbiqi yara prosesini hüceyrə və subhüceyrə səviyyəsində, yarada ilthablaşmanın, reparativ regenerasiyanın, çapıqlaşmanın və yara sağalmasının digər mərhələlərinin molekulyar dəyişiliklər səviyyəsində öyrənilməsi imkanları yaradır [24,25,26,27].

Bu baxımdan elektron mikroskop vasitəsilə dəridə və ağız boşluğu selikli qişasında cərrahi

yaralarda sağalma prosesinin fərqliliyinin öyrənilməsi, dəridə aparılan cərrahi yaralarda istifadə olunan diaqnostika və müalicə prinsiplərini ağız boşluğu selikli qişasında tədbiqinin səmərəliyini təsdiq edə bilər. Göstərilənlər yalnız eksperiment şəraitində ağız boşluğunun müxtəlif sahələrində yaradılan biomodellərdə yaraların kliniki monitorinqini, yara prosesinin müxtəlif mərhələlərində götürülən bioptatların submikroskopik səviyyədə öyrənilməsini və sağalma prosesində daha effektiv müalicə alqoritmlərinin işlənilməsi istiqamətində tədqiqatların aparılması zəruridir.

ƏDƏBİYYAT

1. Cadugo M.A., Chua M.G et al. A preliminary clinical study on the oral lesions among the Dumagats // J. Philipp. Dent. Assoc. 1998, v.50, p.36-42

2. Campisi G., Margiotta V.// Oral mucosal lesions and risk habits among men in an Italian study population // J. Oral Pathol. Med., 2001, v.30, p.22-28

3.Jainkittivong A., Aneksuk V., Langlais R.P Oral mucosal conditions in elderly dental patients // Oral Dis., 2002, v.8, p.218-223

4. Pentenero M., Broccoletti R. et.al The prevalence of oral mucosal lesions in adults from the Turin are // Oral Dis., 2008, v.14, p.356-366

5. Jahanbani J., Sandvik L. Evaluation of oral mucosal lesions in 598 referred Iranian patients // Open Dent. J., 2009, v.3, p.42-47

6.Mohammad A., Bobby J. et al. // Prevalence of oral mucosal lesions in patients of the Kuwait University Dental Center // Saudi Dent J., 2013, v25(3), p.111-118

7.Wong J.W., Gallant-Behm C. et al. Wound healing in oral mucosa results in reduced scar formation as compared with skin: evidence from the red Duroc pig model and humans // Wound Repair Regen., 2009, v.17(5), p.717-2

8.Germscheid N.M., Thornton G.M., Hart D.A. et al Wound healing differences between Yorkshire and red Duroc porcine medial collateral ligaments identified by biomechanical assessment of scars // Clinical Biomechanics , 2012, v.27, Issue 1, p.91-99

9. Абаев Ю.К. Справочник хирурга. Раны и раневая инфекция.Ростов н/Д:Феникс,2006,427 с.

10.Branski L.K., Gauglitz G.G., Herndon D.N., Jeschke M.G. A review of gene and stem cell therapy in cutaneous wound healing // Burns, 2009, v.35(2), p.171-80

11.Eric S., Alberto R. Inflammation, wound repair, and fibrosis: reassessing the spectrum of tissue injury and resolution // Journal of Pathology, 2013, v.229, p.141-144

12.Liudmila Y.O., Anna A.B. Doppler flowmetry as a tool of predictive, preventive and personalised dentistry // EPMA J., 2013, v.4(1), p.21.

14.Сабанцева Е.Г. Роль микроциркуляции в патологии слизистой оболочки полости рта (аспекты диагностики, патогенеза и терапии): Автореф. дис. … док. мед. наук. М., 2005, 39 с.

15. Maria Helena Chaves de Vasconcelos Catão Effects of red laser, infrared, photodynamic therapy, and green LED on the healing process of third-degree burns: clinical and histological study in rats // Lasers in Medical Science, 2015, v.30, Issue 1, p.421-428

16.Rezende S.B., Ribeiro M.S. et.al Effects of a single near-infrared laser treatment on cutaneous wound healing: biometrical and histological study in rats //J Phot. Photob., 2007, v.87(3), p.145-153

17.Фенчин К.М. Заживление ран. Киев: Здоров-я, 1979, 168 с

18. Мишарев О.С., Абаев Ю.К., Прокопчук Н.Р. Об оценке прочности сращения краев раны // Вестн. хирургии, 1984, № 11, с. 82-83

19.Шапошников Ю.Г., Рудаков Б.Я., Чернецов А.А. Оценка течения репаративных процессов в ранах // Хирургия, 1984, № 4, с.11-13

20.Ерюхин И.А., Гельфанд Б.Р., Шляпников С.А. Хирургические инфекции: Практическое руководство. Изд. 2-е, пер. и доп. М: Литтера, 2006,736с.

21.Аксёнов К.А., Ломакин М.В Особенности заживлении хирургических ран в полости рта // Российская стоматология, 2008, №1, с.69-72

22. Scardina G.A., Carini F. et. al Microcirculation in the healing of surgical wounds in the oral cavity// Int J Oral Maxillofac Surg., 2013, v.42(1), p.31-35

23. Parichehr G., Gholamreza J. et.al Assessment of the effect of diode laser therapy on incisional wound healing and expression of iNOS and eNOS on rat oral tissue // Dent Res., 2013, v.10,p.348-352

24. Eming *S.A.*, Krieg T., Davidson J.M. Inflammation in Wound Repair: Molecular and Cellular Mechanisms // Journal of Investigative Dermatology, 2007, v.127, p.514-525

25. Young A., Mc Naught C. The physiology of wound healing // Wound Management, 2014, v. 32, Issue 9, p.445-450

26.Christos P., Christos T. Cutaneous scarring: Pathophysiology, molecular mechanisms, and scar reduction therapeutics: Part I. The molecular basis of scar formation // Journal of the American Academy of Dermatology., 2012, v. 66, p.1-10

27.Gallant C.L., Olson M.E., Hart D.A. Molecular, histologic, and gross phenotype of skin wound healing in red Duroc pigs reveals an abnormal healing phenotype of hypercontracted, hyperpigmented scarring // Wound Repair Regen., 2004, v.12(3), p.305-19

Резюме

Клинический и инструментальный контроля вылечивания ран после операции в ротовой полости

Ч.Р.Рагимов, Т.Р.Гулиев

В статье проанализированы некоторые вопросы методов исследования ротовой полости для определения процесса заживления. приведены и описаны различные методы клинических и инструментальных исследований.

Summary

Clinical and instrumental control of the course of wound process

Ch.R. Rahimov, T.R.Guliyev

The article analyzes some of the issues of research methods for the determination of the mouth of the healing process. are shown and described various methods of clinical and instrumental studies.

Daxil olub: 23.10.2014

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Н.М. Камилова, И.А. Султанова, С.С. Сафарова, К.А.Аббасова

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра Акушерства-гинекологии I

Açar sözlər: məcburi köçkünlər, qaçqınlar, həyat keyfiyyəti, tibbi-sosial yardım

Ключевые слова: вынужденные переселенцы, беженцы, качество жизни, медико-социальная помощь

Keywords: internally displaced persons, refugees, quality of life, health and social care

Данная работа выполнена при поддержке Фонда развития науки при Президенте Азербайджанской Республики EİF/MQM-2-Şuşa-2013-3(9)-10/07/3-M-03.

XX в. принес новые масштабы, новые причины, новые проблемы. Процесс глобализации проявился и в этой области. Рост населения, совершенствование транспорта и оружия- создали предпосылки для увеличения потока беженцев. В итоге к концу XX века их число оценивается более чем в 19 млн. человек. Процесс затронул десятки стран. Это уже глобальная проблема [1,2].

Беженец - это иностранец или лицо без гражданства, которое покинуло страну своего гражданства (прежнего обычного места жительства) в силу того, что подвергалось преследованиям или имеет обоснованные опасения стать жертвой преследований по признаку расы, национальности, вероисповедания, гражданства, принадлежности к определенной социальной группе или политических убеждений и не может или не желает пользоваться защитой своей страны или вернуться в нее по указанным причинам [3].

Систематизирующим фактором качества жизни является здоровье (индивидуальное, общественное, семейное, профессиональное), которое определяется шестью основными составляющими - заболеваемость и связанная с ней продолжительность жизни (смертность), потребление товаров и услуг (с ним связаны геоэкология и гигиена производства), риск как социально-биологическое явление, потомство (семья), медико-санитарное состояние (здравоохранение). Здоровье отдельного человека определяется как динамическое (на протяжении всей жизни) равновесие организма с окружающей средой при непрерывной биологической и социальной адаптации к ее изменениям, защите от

неблагоприятных факторов, при свободном осуществлении всех присущих человеку биологических и социальных функций [4].

Здоровье индивида не является строго детерминированным, что связано с многообразием факторов, влияющих на здоровье человека, и большим диапазоном индивидуальных колебаний основных показателей жизнедеятельности [5].

Важнейшей медико-социальной проблемой мигрантов является дезадаптация. Дезадаптация - это следствие травматизации. Однако не всякая травма, как бы тяжела она ни была, обязательно ведет к развитию посттравматического стрессового состояния и дезадаптации. Ее обусловливают два основных фактора [6]:
1)преморбидные особенности пострадавшего;
2) медико-социальные условия в которые он попадает.

В настоящее время адаптируемому человеку важны наряду с психологическими и психо-терапевтическими реальное изменение его жизненных условий, которые позволили бы ему жить «нормально» [7].

В результате военной агрессии армянских вооруженных сил, в 1988 - 1992 году, против нашей страны, 20 % Азербайджанских земель - Нагорный Карабах, а также территории прилегающих к нему 7 районов были оккупированы 700 тысяч наших соотечественников, проживавших в Нагорном Карабахе, и в прилегающих к нему районах, а также в соседних населенных пунктах, граничащих с Арменией и Нагорным Карабахом, были лишены своих постоянных мест жительств, став вынужденными переселенцами, и временно поселились в 62 городах и районах, в 1600 густонаселенных объектах.

Материалы и методы исследования. Программа комплексного социально-медицинского исследования проведенного в 2015 г. включала в себя несколько этапов. Для определения тенденций в состоянии здоровья, для учета эффективности медицинских и социальных мероприятий, планирования ресурсов здравоохранения на первом этапе проведено исследование состояния здоровья миграционных групп и сравнительный анализ показателей с коренным населением.

На первом этапе исследования проведен социологический опрос мигрантов и последующий анализ самооценки здоровья. Карта социологического опроса включала в себя вопросы,охватывающие основные параметры, определяющие качество медико-социальной и социально-бытовой жизни. Медико-социологический опрос проведен у 400 беженцев и 300 коренного населения. Наряду с данной программой изучения качество жизни нами был дополнительно использован международный стандартизированный вопросник SF-36.

Качественная репрезентативность выборки была достигнута путем обеспечения соответствия полового и возрастного деления. Исследования качества жизни выполнены в соответствии с общими принципами проведения социологических исследований. Оценка осуществляется в баллах для каждого критерия. Максимальная шкала соответствует 100 баллам. Критериями качества жизни по вопроснику SF-36 являются: PF- физическая активность (прямо пропорциональная связь: чем выше балл, тем больше физическая активность); RP- роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (обратно пропорциональная связь: чем выше балл, тем меньше роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности);

BP -шкала боли (обратно пропорциональная связь: чем выше балл, тем меньше респондент испытывает боли); GH-общее состояние здоровья; VT- жизнеспособность (прямо пропорциональная связь: чем выше балл, тем выше жизнеспособность респондента); SF- социальная активность (прямо пропорциональная связь: чем выше балл, тем выше социальная активность респондента); RE- роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (обратно пропорциональная связь: чем выше балл, тем меньше роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности); MH- психическое здоровье (прямо пропорциональная связь: чем выше балл, тем лучше психическое здоровье респондента); PH - сравнение самочувствия с предыдущими годами (прямо пропорциональная связь: чем ниже балл, тем значительнее ухудшилось самочувствие респондента за год).

Статистическая обработка данных проводилась по общепринятым методам вариационной статистики после проверки

рядов на нормальность распределения. В зависимости от типа распределения данных достоверность различий между показателями независимых выборок оценивались по непараметрическому U-критерию Манн-Уитни или по t-критерию Стьюдента (M ± m). Статистический анализ осуществлялся в пакете прикладных лицензионных программ «Statistica 6.0», «Microsoft Office 2007».

Результаты обследования. Для решения целей и задач проводилось детальное изучение состояния здоровья женщин и мужчин беженцев. Исследование было проведено в основном после 22-24 лет переселения и охватило как первых переселенцев (50%), так и их потомство(50%).

Во время исследования принимали во внимание анамнестические данные, учитывали распространенность нервно-психических расстройств, железодефицитной анемии, наличие заболеваний желудочно-кишечного тракта, мочеполовой и костно-мышечной систем.

Состояние здоровья анализировалось в динамике по данным детального осмотра. Интересным представляется факт, что, прежде всего, происходит нарушение нервно-психической сферы, что объясняется длительным действием стрессовой ситуации. Нарушения других систем мы определяли как вторичные.

Нервно-психические нарушения в основном проявлялись в виде головных болей (65%), раздражительности (47%), нарушение сна (42%), эмоциональные срывы (27%).

Как отмечают, у мужчин эти жалобы составили, соответственно 44%, 79%, 36%, 54%. Следовательно, у мужчин чаще наблюдаются раздражительность и эмоциональные срывы.

Однако следует отметить, что в первые годы переселения данные жалобы отмечались практически в 90 – 100% случаев.

Большое значение в настоящее время придается индексу массы-тела, который является одним из составляющих критериев соматического здоровья. Так среди обследованных мужчин ИМТ составлял в основном 24-28 (N до 24) у старшего поколения и 27-30 у молодежи. Соответственно у женщин 30-34 и 35-37, т.е. у женщин выявлено достоверное увеличение массы тела в обеих группах.

Результаты опросы показали неравномерное распределение трудовой деятельности среди беженцев. В основном трудоустроены были мужчины, которые были задействованы в работе низкой квалификации – рабочие, строители с ненормированным режимом. В основной массе женщины занимались домашним хозяйством.

У обследованных выявлена высокая частота железодефицитной анемии во всех группах – 86%, связанная прежде всего с несбалансированным и ненормированным питанием. У мужчин этот факт связывали с режимом работы.

Удельный вес женщин с нарушениями со стороны сердечно - сосудистой системы в период миграции составил 42% у старшего поколения и 17% среди молодежи. Среди старшего поколения в основном отмечалась гипертоническая болезнь (37%), а среди молодежи – артериальная гипотония (15%).

Патология органов дыхания представлена в нашем исследовании острыми респираторными и хроническими заболеваниями-тонзиллит, гайморит, бронхит во всех группах. Со слов респондентов отмечается неоднократное обострение этих заболеваний за год.

Резко возросла заболеваемость желудочно-кишечного тракта. Основной удельный вес составили заболевания желудка (68% и 35% у женщин, 72% и 43% у мужчин), что связано с ненормированным, неправильным питанием. У мужчин этот факт связывали с режимом работы. Наиболее часто встречался гастрит (56%), колит (39%), холецистит (36%), язва желудка (11% у мужчин и в 2% у женщин старшего возраста).

Показатель заболеваемости мочевыделительной системы – один из высоких. Общая заболеваемость, прежде всего, представлена воспалительными процессами – пиелонефрит – (56% и 34% у женщин, 62% и 49% у мужчин), цистит (38% и 14% у женщин и 57% и 36% у мужчин), уретрит, чаще у мужчин-19%.

Что касается заболеваний костно-мышечной системы, то данная патология более присуща старшей возрастной группе по типу остеоартритов (46% и 18%) и остеопороза (22% и 39%).

Проведенный анализ выявил достаточно высокую частоту заболеваемости. На каждого обследуемого приходилось от 3 до 5 нозологий.

Неудовлетворительное состояние здоровья у женщин и мужчин беженцев прежде всего

связано с перенесенным стрессом в результате военного конфликта. В интересах сохранения здоровья мигрантов необходимо проводить мероприятия по снижению степени влияния вышеперечисленных факторов на организм человека. Однако, наряду с другими важными задачами сохранения здоровья находится проблема выбора параметров и критериев оценки здоровья, как на индивидуальном, так и на коллективном уровнях, в основе которой лежит отсутствие всеобъемлющего определения самого понятия «здоровье».

Для решения вопросов управления качеством жизни необходима единая система контроля качества медико-социальной помощи. К сожалению, вынужденные переселенцы в большинстве своем не могут получить необходимую медико-социальную помощь необходимо рассмотреть вопрос о внесении определенного комплекса медико-социальных мер в территориальные программы обязательного медицинского страхования, а также развивать программы оказания медико-социальной помощи мигрантам и вынужденным переселенцам через систему добровольного медицинского страхования. Организованная медицинская помощь в местах расселения данной группы будет способствовать снижению заболеваемости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кудрич Л.А., Алексеева Ю.А., Жуков С.В. и др. К вопросу о состоянии уровня здоровья детей - вынужденных переселенцев. / Материалы III Международной конференции "Болезни цивилизации в аспекте учения В.И.Вернардского". М.: Издательство Российский университет Дружбы народов, 2005, с.86-88

2. Дошицин Ю.П., Лапин Н.Н. Проблема неинфекционных заболеваний среди вынужденных переселенцев / Актуальные проблемы профилактики неинфекционных заболеваний. М., 1995, с.47

3. Калугина З.И. Беженцы и вынужденные переселенцы в сель-ском районе: мнения сторон // Регион, 1996, № 1, с.144-156.

4. Кузьмичев М.В. Управление институтами социальной адаптации вынужденных переселенцев: Автореф. дис.. канд.соц.наук. Саратов, 2003, 21с.

5. *Алексейцева А.А.* Беженец или проситель убежища: разграничение понятий / XXXI Международная студенческая научно-практическая конференция. М., 2015

6. Андриченко Л. В. Международно-правовая защита беженцев и лиц, перемещенных внутри страны / Миграция, права человека и экономическая безопасность современной России: состояние, проблемы, эффективность защиты: Сборник статей / Под ред. д.ю.н., профессора, академика РАЕН и ПАНИ В.М. Баранова. Нижний Новгород, 2004

7. Гилл Г.С. Статус беженца в международном праве. М., 2006, с.647.

Xülasə

Azərbaycan Respublikasında məcburi qaçqınların sağlamlığının vəziyyətinin kompleks qiymətləndirilməsi

N.M.Kamilova, İ.Asultanova, S.S.Səfərova, K.A.Abbasova

2015-ci ildə aparılan kompleks sosial-tibbi tədqiqatlar bir neçə mərhələdən ibarət olmuşdur. Birinci mərhələdə sağlamlıq vəziyyətində tendensiyaların müəyyən edilməsi, səhiyyə ehtiyatlarının planlaşdırılması üçün miqrasiya qruplarının səhhət vəziyyəti tədqiq edilmiş və yerli əhali ilə müqayisədə göstəricilərin təhlili aparılmışdır. Həyat keyfiyyətinin idarə edilməsi məsələləsinin həll edilməsi üçün tibbi-sosial yardımın keyfiyyətinə nəzarətin vahid sistemi yaradılmalıdır. Təəssüf ki, məcburi qaçqınlar əksər hallarda zəruri tibbi-sosial yardımı ala bilmir. Məcburi tibbi sığortanın regional proqramında kompleks tibbi-sosial tədbirlərin təyin edilməsi haqqında məsələyə baxmaq, mühacir və məcburi köçkünlərə könüllü tibbi sığortalama sistemi vasitəsilə tibbi-sosial yardım proqramını inkişaf etdirmək lazımdır. Həmin qrupdan olan əhaliyə yerləşdiyi yerlərdə təşkilatı tibbi yardımın göstərilməsi xəstələnmə dərəcəsini aşağı sala bilər.

Summary

Complex health assessment displaced persons of Azerbaijan Republic

N.M. Kamilova, I.A. Sultanova, S.S. Safarova, K.A. Abbasova

The comprehensive program of socio-medical research conducted in 2015 g.vklyuchala in several stages. To determine trends in health status, to take into account the effectiveness of medical and

social activities, planning of health care resources in the first phase investigated the health status of migratory groups and comparative analysis of the indigenous population. To address issues of management quality of life needs a common system of quality control of medical and social care. Unfortunately, the IDPs in the majority can not get the necessary medical and social care need to consider making certain complex medical and social measures in the territorial program of compulsory health insurance, as well as to develop programs to provide medical and social assistance to migrants and displaced people through the system voluntary health insurance. Organized medical care in the field of settlement of this group will help to reduce the incidence.

Daxil olub: 30.10.2014

PARODONTOLOJI CƏRRAHİYYƏDƏ DİŞ ƏTİ QALINLIĞININ KÖKÜN ÖRTÜLMƏSİNƏ OLAN TƏSİRİNİN QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

C.R. Əhmədbəyli
Yeditepe Universiteti Stomatologiya Fakültəsi Parodontologiya Kafedrası, Istanbul, Türkiyə

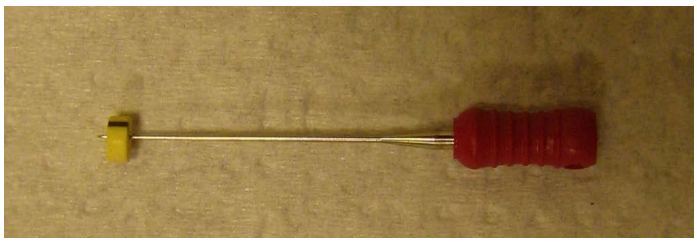
Açar sözlər: parodontoloji cərrahiyyə, diş əti qalınlığı, kökün örtülməsi
Ключевые слова: пародонтальная хирургия, толщина десны, закрытие рецессии десны
Key words: periodontal surgery, the thickness of the gums, gingival recession closure

Dişəti çəkilmələrinin cərrahi müalicəsində diş ətinin qalınlığı və biotipi diş kökünün tam örtülməsinə və estetik nəticəyə təsir edən əhəmiyyətli faktordur [1,2,3,4]. Diş ətinin qalınlığı <1.5 mm olduqda- incə, qalınlığı ≥2 mm olduqda isə qalın olaraq müəyyən olunmuşdur. Parodontal xəstəliklərin daha çox diş əti incə biotipli olan xəstələrdə meydana gəldiyi, iltihabi reaksiyaların və ya travmatik diş fırçalama nəticəsində gələn xəsarətin asanlıqla diş əti çəkilmələrinə səbəb olduğu hesab edilir [5,6]. Diş ətinin qalınlığı 0,8-1,2 mm aralığında olduqda, diş kökünün örtülmə prognozunun daha yüksək olduğu bildirilmişdir [1,2,4].

Tədqiqatin materialları və metodları. Bu tədqiqat Yeditepe Universiteti stomatologiya fakültəsi parodontologiya kafedrasının klinikasına müraciət edən tibbi baxımdan sağlam olan, parodont toxumalarının sağlamlığına və ya sağalmasına təsir göstərə bilən dərman istifadə etməyən, hamilə olmayan, kökün çəkilmə səthində çürük və ya restavrasiyaları olmayan, siqaret çəkməyən yüksəkliyi ≥3 mm və diş əti qalınlığı <0,8 mm olan Miller təsnifatına görə I və II sinif diş əti çəkilmələri olan 24 xəstə daxil edildi.

Tədqiqatın məqsədi diş əti çəkilmələrinin parodontologı cərrahiyyəsində diş əti qalınlığının kökün örtülməsinə olan təsirinin qiymətləndirilməsi. Tədqiqat aparılan bütün xəstələrdə ilkin parodontologı mualicədən ən azı 8 həftə sonra ərp (PI) və qanama indeksi (GI) təkrarən qiymətləndirildi və yalnız PI və GI <1 olanlara cərrahiyyə əməlliyyatı təyin edildi [7]. Tədqiqata uyğun 12 xəstədə taca yönəldilmiş dilim metodu (kontrol qrupu), diyər 12 xəstədə isə eyni metoda əlavə olaraq hüceyrəsiz dermal matrisa membranı (AlloDerm® Regenerative Tissue Matrix, BioHorizons, ABŞ) (test qrupu) tətbiq edildi.

Cərrahiyənin aparılıdığı gün və tədqiqatın 12-ci ayında diş ətinin çəkilmə yüksəkliyinin eyni nöqtədə və bucaqda dəqiqliklə ölçülməsi üçün fərdi akril şınalardan və 0,4 mm diametrlik 15 mm uzunluğunda kalibrlənmiş parodontal zonddan (PCP 15 UNC, Hu-Friedy, ABŞ), diş əti qalınlığı isə diş əti kenarı ilə mukogingival birləşmə xətti arasındaki keratinləşmiş toxumanın tam orta nöqtədə (Şək.1) endodontik sprider (Endodontic Spreader #25 25 mm, Mani, Yaponiya) və kalibrasiyası 0,05 mm olan rəqəmsəl alət (Stainless Steel Digital Caliper 75 mm, Shan, Çin) (Şək. 2) istifadə edilmişdir.



Şək. 1. Endodontik sprider (Endodontic Spreader #25 25 mm, Mani, Yaponiya)



Şək. 2. Kalibrasiyası 0,05 mm olan rəqəmsəl alət (Stainless Steel Digital Caliper 75 mm, Shan, Çin)

Yerli anesteziya tətbiq olunduqdan sonra, endodontik sprider diş ətinə minimal təziq ilə sərt toxumalar his edilənə qədər perpedikular olaraq batırıldı və sprider uzərindəki silikon stopper ilə sabitləndi. Sonrasında isə rəqəmsəl alət ilə spriderin diş ətinə batırılma galınlığı dəqiqliklə ölçüldü (Cədvəl 1).

Xüsusi proqramdan (NCSS 2007 & PASS 2008 Statistical Software, ABŞ) istifadə edilməklə statistik təhlil aparıldı. Kökün ortalama örtülmə faizi [(əməliyyat əvvəlində çəkilmə yüksəkliyi- əməliyyatın 12-ci ayının sonundakı çəkilmə yüksəkliyi) / əməliyyat əvvəlində çəkilmə yüksəkliyi] x 100% formulası əsasında hesablandı. Tam örtülmə faizi isə diş kökü tam örtülmüş xəstələrin faiz nisbəti ilə qiymətləndirildi. $p<0,05$ olduqda göstəricilər arasında statistik olaraq əhəmiyyətli fərq var idi.

Cədvəl 1

Cərrahiyyə əməliyyatından əvvəl dişəti qalınlığının və 12-ci ayının sonundakı diş əti qalınlığı artım fərqinin qruplar arasında qiymətləndirilməsi.

Diş əti qalınlığı	Taca yönəldilmiş dilim metodu + hüceyrəsiz dermal matrisa membranı qrupu (T) (mm)	Taca yönəldilmiş dilim metodu qrupu (K) (mm)	p
Əməliyyat əvvəlində	0,75±0,06	0,71±0,08	0,198
Əməliyyat əvvəlində və 12-ci ayının sonundakı artım fərqi	0,69±0,10	0,07±0,04	0,001

Mann Whitney U testi, $p<0,05$

Cədvəl 2

Cərrahiyyə əməliyyatından əvvəl və 12-ci ayının sonundakı diş əti qalınlığının qruplar daxilindəki qiymətləndirilməsi

Diş əti qalınlığı	Taca yönəldilmiş dilim metodu + hüceyrəsiz dermal matrisa membranı qrupu (T) (mm)	Taca yönəldilmiş dilim metodu qrupu (K) (mm)
Əməliyyat əvvəlində	0,75±0,06	0,71±0,08
Əməliyyatın 12-ci ayında	1,41±0,11	0,77±0,09
p	0,002	0,005

Paired Sample t-testi, p<0,05

Tədqiqatın sonunda qruplar daxilindəki dəyişiklik fərqi *Paired Sample t* və *Wilcoxon* testləri, qruplar arasındakı dəyişiklik fərqi Student's T və Mann-Whitney U testləri, diş əti qalınlığının kökün örtülməsinə olan korrelyasiyası isə Spearman's rho testi əsasında statistik işləndi. p<0,05 olduqda göstəricilər arasında statistik olaraq əhəmiyyətli fərq var idi.

Alınmiş nəticələr və onların müzakirəsi. Kriteriyalara uygun orta yaş həddi 29,20±5,03 il olan 24 xəstədə Miller təsnifatına görə yüksəkliyi ≥3 mm və diş əti qalınlığı <0.8 mm olan 48 ədəd I və II sinif diş əti çəkilmələri tətqiqata daxil edildi. Bütün xəstələrdə sağalma uğurlu olduğuna görə heç biri tədqiqat obyektindən çıxarılmadı. Cərrahiyyə əməliyyatından əvvəl ortalama dişəti qalınlığını göstəricisinin qruplar arasında statistik olaraq əhəmiyyətli fərqi yox idi (p>0,05). Tədqiqatın 12-ci ayında test qrupunda ortalama dişəti qalınlığını 0,69±0,10 mm artaraq 1,41±0,11 mm, kontrol qrupunda isə 0,07±0,04 mm artaraq 0,77±0,09 mm-idi (Cədvəl 2).

Əməliyyatın 12-ci ayının sonundakı kökün ortalama örtülməsi test qrupunda 94,84%, kontrol qrupunda isə 74,99%-idi. Diş kökü tam örtülmüş xəstələrin faiz nisbəti test qrupunda 83,33%, kontrol qrupunda isə 50,0%-idi (Cədvəl 3).

Tədqiqatın sonunda hər iki qrup daxilindəki dişəti qalınlığını artımı, qruplar arasındakı dişəti qalınlığını artım fərqi və kökün ortalama örtülməsi nəticələrində statistik olaraq əhəmiyyətli fərq var idi (p<0.05).

Cərrahiyyə əməliyyatın 12-ci ayının sonundakı diş əti qalınlığı və kökün ortalama örtülməsi arasında statistik olaraq əhəmiyyətli müsbət korrelyasiya aşkar edldi (r=0,56; p<0,05). Diş əti qalınlığı ≥1,3 mm olanda, kökü tam örtülmüş xəstələrin faiz nisbəti artmaqdadır. Əldə olunan nəticələr ədəbiyyatda göstərilən nəticələrə uyğun olmuşdur. Belə ki, ədəbiyyatda taca yönəldilmiş dilim metodu istifadə olunduqda dişəti qalınlığını artımı- 0,05 mm (8) ilə 0,24 mm (9), kökün ortalama örtülməsi 53% (10) ilə 92,49% (11), diş kökü tam örtülmüş xəstələrin faiz nisbəti isə 7,7% (12) ilə 73% (13) arasında göstərilmişdi (Cədvəl 4).

Cədvəl 3

Cərrahiyyə əməliyyatın 12-ci ayının sonundakı kökün ortalama örtülməsi və diş kökü tam örtülmüş xəstələrin faiz nisbətinin qruplar arasında qiymətləndirilməsi

	Taca yönəldilmiş dilim metodu + hüceyrəsiz dermal matrisa membranı qrupu (T)	Taca yönəldilmiş dilim metodu qrupu (K)	*p*
Kökün ortalama örtülməsi (%)	94,84±12,09	74,99 ±28,07	0,049^{+}
Diş kökü tam örtülmüş xəstələr (%)	83,33	50,00	0,193^{++}

Qeyd: $^{+}$ Mann Whitney U testi, $^{++}$ Chi-square testi, p<0,05

Cədvəl 4

Cərrahiyyə əməliyyatın 12-ci ayının sonundakı diş əti qalınlığının kökün ortalama örtülməsinə olan korrelyasiyasının (nispətin) qiymətləndirilməsi. Spearman's rho testi, p<0,05

	r	p
Diş əti qalınlığının kökün ortalama örtülməsinə olan korrelyasiyası (nispəti)	0,465	0,022

Taca yönəldilmiş dilim metodu və hüceyrəsiz dermal matrisa membranı ilə birlikdə istifadə olunduqda isə dişəti qalınlığını artımı 0,32 mm (14) ilə 1,03 mm (15), kökün ortalama örtülməsi 50% (16) ilə 98,58% (14), diş kökü tam örtülmüş xəstələrin faiz nisbəti isə 30% (15) ilə 91,67% (14) arasında göstərilmişdi. Müayinələr başlandıqdan 12 ay sonra tset qrupunda dişəti qalınlğı 0.75±0.06 mm ilə 1.41±0.11 mm arasında, nəzarət qrupunda isə 0,71±0,08 mm ilə 0,77±0,09 mm arasında olmuşdur. Resessiya hündürlüyü, resessiyanın orta və tam örtülməsinin faiz göstəricisi, uyğun olaraq test qrupunda 3,08±0,51 mm, 94,84%, 83,33%, nəzarət qrupunda isə 2,37±0,83 mm, 74,99%, 50% olmuşdur.

Beləlilkə, qeyd olunanları nəzərə alaraq diş əti incə biotipli olan xəstələrdə Miller təsnifatına görə I və II sinif diş əti çəkilmələrinin parodontoloji plastik cərrahiyyəsində taca yönəldilmiş dilim metoduna əlavə olaraq hüceyrəsiz dermal matrisa membranının istifadəsini diş əti qalınlığının artırılması və diş kökünün tam örtülməsi üçün etibarlı müalicə metodu kimi təklif edirik.

ƏDƏBİYYAT

1. Huang L.H., Neiva R.E., Wang H.L. Factors affecting the outcomes of coronally advanced flap root coverage procedure // J Periodontol., 2005, v.76, p.1729- 34
2. Baldi C., Pini Prato G., Pagliaro U. et al Coronally advanced flap procedure for root coverage. Is flap thickness a relevant predictor to achieve root coverage? A 19-case series // J Periodontol., 1990, v.70, p.1077-84
3. Fu J.H., Yeh C.Y., Chan H.L. et al Tissue biotype and its relation to the underlying bone morphology // J Periodontol., 2010, v.81, p.569-74
4. Hwang D., Wang H.L. Flap thickness as a predictor of root coverage: a systematic review // J Periodontol., 2006, v.77, p.1625-34
5. Claffey N., Shanley D. Relationship of gingival thickness and bleeding to loss of probing attachment in shallow sites following nonsurgical periodontal therapy // J Clin Periodontol.,1986, v.13, p.654-57
6. Müller H.P., Eger T. Gingival phenotypes in young male adults // J Clin Periodontol., 1997, v.24, p.65-71
7. Löe H. The gingival index, the plaque index and the retention index systems // J Periodontol., 1967, v.38, p.610-16
8. Lima J.A., Santos V.R., Feres M. et al Changes in the subgingival biofilm composition after coronally positioned flap // J Appl Oral Sci., 2011, v. 19, p.68-73
9. Cortes A.Q., Martins A.G., Nociti F.H. et al Coronally positioned flap with or without acellular dermal matrix graft in the treatment of Class I gingival recessions: A randomized controlled clinical study // J Periodontol., 2004, v.75, p.1137-44
10. Jagannathachary S., Prakash S. Coronally positioned flap with or without acellular dermal matrix graft in the treatment of class II gingival recession defects: A randomized controlled clinical study // Contemp Clin Dent, 2010, v.1, p.73-78
11. Cardaropoli D., Cardaropoli G. Healing of gingival recessions using a collagen membrane with a hemineralized xenograft: A randomized controlled clinical trial // Int J Periodontics Restorative Dent, 2009, v.29, p.59-67
12. De Queiroz Côrtes A., Sallum A.W., Casati M.Z. et al A two-year prospective study of coronally positioned flap with or without acellular dermal matrix graft // J Clin Periodontol., 2006, v.33, p. 683-89
13. Nazareth C.A., Cury P.R. Use of anorganic bovine-derived hydroxyapatite matrix/cell-binding peptide (P-15) in the treatment isolated Class I gingival recession of defects: A pilot study // J Periodontol., 2011, v.82, p.700-7
14. Woodyard J.G., Greenwell H., Hill M. et al The clinical effect of acellular dermal matrix on gingival thickness and root coverage compared to coronally positioned flap alone // J Periodontol., 2004, v.75, p.44-56
15. Paolantonio M., Dolci M., Esposito P.D. et al Subpedicle acellular dermal matrix graft and autogenous connective tissue graft in the treatment of gingival recession: A comparative 1-year study // J Periodontol., 2002, v.73, p.1299-1307
16. Joly J.C., Carvalho A.M., da Silva R.C. et al Root coverage in isolated gingival recessions using autograft versus allograft: a pilot study // J Periodontol., 2007, v. 78, p.1017-22

Резюме

Влияние толщины десны на закрытие рецессии десны после пародонтальной хирургии

Д.Р. Ахмедбейли

Целью данного исследования было оценить влияние толщины десны на закрытие рецессии десны после пародонтальной хирургии у 24 пациентов с 48 рецессиями ≥3 мм и толщиной десны <0.8 мм I и II класса по Miller, используя коронально смещенный лоскут (контрольная группа) и коронально смещенный лоскут комбинированный с бесклеточным дермальным матриксом (тестовая группа). Были проанализированы следующие показатели: высота рецессии, толщина десны, процент среднего и полного закрытия рецессии, а также корреляция между толщиной десны и закрытием рецессии. Межгрупповое сравнение выявило существенные статистические различия по показателям как редукция высоты рецессии, толщина десны, процент среднего закрытия рецессии в пользу тестовой группы ($p<0.05$). Корреляция между толщиной десны и закрытием рецессии была существенно положительная ($r=0.465$; $p<0.05$).

Summary

Influence of gingival thickness on root coverage during periodontal surgery

C.R. Ahmedbeyli

The objective of this study was to evaluate the influence of gingival thickness on root coverage following coronally advanced flap with or without acellular dermal matrıx graft for the treatment of gingival recessions with thin tissue biotype. A total of 24 patients with 48 Miller Class I & II recessions ≥3 mm and gingival thickness <0.8 mm were included and divided into test (coronally advanced flap+acellular dermal matrıx graft) and control (coronally advanced flap) groups. Recession height, gingival thickness, mean and complete root coverage, correlation between gingival thickness and root coverage were analyzed. Twelve months after the surgery, gingival thickness increased from 0,75±0,06 mm to 1,41±0,11 mm in test group, and from 0,71±0,08 mm to 0,77±0,09 mm in control group. Mean and complete root coverage were 94,84% (Recession height reduction: 3,08±0,51 mm) and 83,33% in test group, 74.99% (Recession height reduction: 2,37±0,83 mm) and 50,00% in control group, respectively. Inter-group differences were found to be statistically significant for recession height reduction, gingival thickness increase and mean root coverage in favor of test group ($p<0,05$). There was a significant positive correlation between gingival thickness and mean root coverage ($r=0,465$; $p<0,05$).

Daxil olub: 12.11.2014

ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ В КРОВИ ИНСУЛИНОПОДОБНОГО ФАКТОРА РОСТА–1

А.Г. Ахвердиева[1], И.В. Майден[2], К.В. Дашичев[2]

[1]Баку Медикал Плаза, Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики, Баку

[2]Ярославская государственная медицинская академия, кафедры факультетской педиатрии с пропедевтикой детских болезней, Министерства Здравоохранения Российской Федерации, Ярославль

Açar sözlər: yarımçıq doğulmuş, insulinəbənzər böyümə faktoru – 1
Ключевые слова: недоношенные, инсулиноподобный фактор роста–1
Key words: premature newborns, insulin –like growth factor – 1

Выяснение механизмов приспособления преждевременно родившихся детей к внеутробному существованию имеет важнейшее значение для практического здравоохранения, поскольку до настоящего времени заболеваемость и смертность среди них во много раз превышает аналогичные показатели у доношенных детей. Незрелость

функциональных систем и необходимость в относительно большем по сравнению с доношенными сверстниками поступлении с пищей энергии определяют существенные особенности нутритивного статуса недоношенных новорожденных детей [1,2,3,4]. Несмотря на определенные успехи современной нутрициологии, вопросы питания преждевременно родившихся детей к настоящему моменту не могут считаться решенными, что обусловлено многообразием факторов, влияющих на нутритивный статус этих детей. Важным аспектом данной проблемы представляется гормональная регуляция обменных процессов, в частности, роль инсулиноподобного фактора роста-1 (ИФР-1), регулирующего метаболизм тканей на клеточном уровне и входящего в эндокринную систему соматотропного гормона [5]. Однако, в литературе различные стороны обменных процессов, происходящих в организме недоношенных новорожденных детей, рассматриваются, в основном, изолированно друг от друга. Очевидно, что изучение метаболизма основных нутриентов во взаимосвязи с уровнем в крови ИФР-1 способствовало бы более полному пониманию условий, требуемых для полноценного развития этих детей, что и определило актуальность настоящего исследовани

Цель исследования - на основе результатов определения уровня в крови инсулиноподобного фактора роста-1 и основных нутриентов оценить характер взаимосвязи между ними у недоношенных новорожденных детей в процессе неонатальной адаптации, что позволит наметить пути оптимизации их нутритивной поддержки.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования служили 47 недоношенных новорожденных детей с гестационным возрастом 28-36 недель, с массой тела при рождении 1050-2660 г и постнатальным возрастом от 3 до 30 дней, находившихся в областном отделении недоношенных детей г. Ярославля (РФ). Состояние обследованных детей при рождении и в процессе наблюдения оценивалось как среднетяжелое. Новорожденные с тяжелыми заболеваниями в исследование не включались. Большинство детей рождались в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар не менее 7 баллов. Состояние центральной нервной системы в течение периода наблюдения у них оценивалось как церебральная ишемия 1-2 степени. У 12 недоношенных детей имелись симптомы задержки внутриутробного развития (ЗВУР), в основном, асимметричного типа. Из сопутствующей патологии у недоношенных детей наиболее часто имели место конъюгационная желтуха и респираторный дистресс-синдром. Все обследованные дети находились на искусственном вскармливании. Обследование проводилось дважды: в возрасте 3-15 дней после рождения и повторно - через последующие две недели.

Обследование недоношенных новорожденных детей включало общеклинические методики. Параметры физического развития при рождении оценивались по сигмальной и центильной таблицам. Определение содержания в сыворотке венозной крови инсулиноподобного фактора роста – 1 (ИФР-1) проводилось иммуноферментным методом с помощью набора OCTEIA IGF-1. Параллельно с ИФР-1 в сыворотке венозной крови определялось содержание альбумина, триглицеридов (ТГ), общего холестерина (ОХ), липопротеинов высокой (ЛПВП) и низкой (ЛПНП) плотности, а также глюкозы. Цифровой материал обрабатывался с помощью программы Statistica V.6 компании Stat Soft, 2001. Определялись средние величины исследуемых показателей (M), стандартные отклонения (SD), уровни достоверности (p) различия значений показателей между группами по критерию Стьюдента (t-test), а для непараметрических показателей использовался точный метод Фишера. Различие между группами считались достоверными при значениях $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение. Анализ уровня в крови ИФР-1 у недоношенных детей показал, что первоначальные его значения имели значительный разброс, а динамика показателя была разнонаправленной. Оказалось, что у обследованных детей имели место два варианта характеристик данного показателя: относительно низкий и высокий первоначальные уровни соответственно с последующими их повышением и снижением в динамике наблюдения. Значения содержания в крови гормона и его изменения были следующими: первоначальные значения данного показателя составили 11,9±8,5 и 20,8±13,0 мкг/л ($p<0,05$), а при повторном

исследовании 25,5±13 и 13,4±11 мкг/л (p<0,05) соответственно. По этим признакам из числа обследованных детей были выделены две группы Первую группу составили дети с относительно низким первоначальным уровнем гормона и последующим его повышением, во вторую группу были включены дети относительно высоким первоначальным уровнем гормона и последующим его снижением. У матерей недоношенных детей второй группы беременность чаще осложнялась инфекционными (локальными) заболеваниями (p<0,05) (рис.). Различие гестационного возраста (ГВ) и массы тела при рождении (МТр) между этими группами недоношенных детей было несущественным (табл. 1). Частота симптомов ЗВУР у детей второй группы была существенно выше и составила 42%, у детей первой группы - 24% (p<0,05). К окончанию неонатального периода у детей второй группы по сравнению с первой чаще развивалась ранняя анемия недоношенных, частота которой составила соответственно 16,7 и 6,9% (p<0,05).

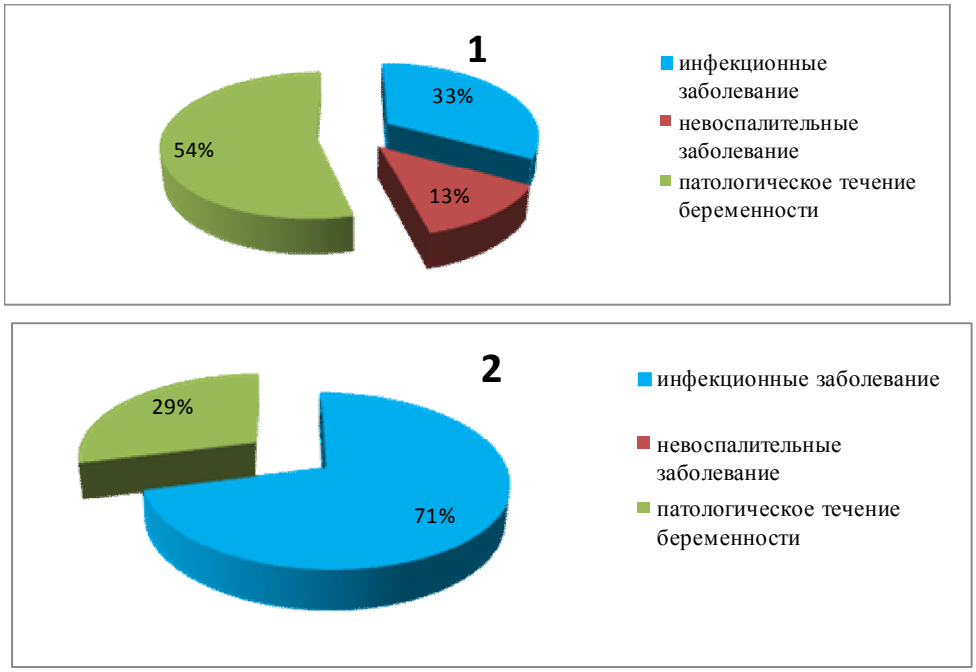


Рис. Частота заболеваний во время беременности матерей недоношенных детей первой (1) и второй (2) групп

Таблица 1

Клинические показатели недоношенных детей первой и второй групп

Группы недоношенных детей	Показатели, M±SD		n
	ГВ, нед.	МТр, г	
Первая	33±3	1717±450	27
Вторая	32±1 p>0,05	1493±345 p >0,05	20

Примечание: p – степень различия между группами

Таблица 2

Биохимические показатели крови у недоношенных детей при различном первоначальном содержании в крови ИФР-1 (M±SD)

Содержание в крови	Группы недоношенных			
	Первая		Вторая	
	I	II	I	II
альбумина, г/л	35,2±5,2	36,8±4,8	35,1±6,8	32,6±6,3*
ТГ, мкмоль/л	0,91±0,3	0,80±0,2	1,04±0,5	0,86±0,4
ОХ, мкмоль/л	2,86±0,7	3,31±0,5	0,80±0,3	0,85±0,4

ЛПВП, мкмоль/л	0,95±0,25	1,14±0,2**	0,80±0,3	0,85±0,4*
ЛПНП, мкмоль/л	1,43±0,43	1,44±0,33	1,58±0,4	1,59±0,8
глюкозы, ммоль/л	4,36±1,3	4,58±1,13	3,40±1,3*	4,51±1,87**

Примечание: I и II – первое и второе исследования; *– достоверное различие между группами; **- достоверное различие в динамике внутри группы.

У Сопоставление показателей нутритивного статуса в крови недоношенных детей обеих групп выявило определенные различия (табл.2).

Детей первой группы динамика биохимических параметров была менее выраженной и касалась лишь некоторого повышения уровня ЛПВП. У детей второй группы в начале периода наблюдения отмечались низкие значения содержания в крови глюкозы, а при повторном исследовании - снижение содержания альбумина и ЛПВП, но- относительное повышение содержания глюкозы. Соотношение уровней триглицеридов и общего холестерина между группами не имело существенного различия и в обеих группах оставалось стабильным.

Исследование содержания в крови ИФР-1 и основных нутриентов свидетельствует о том, что метаболические процессы в организме недоношенного новорожденного ребенка могут протекать по одному из двух вариантов, которые формируются внутриутробно и, в большей степени, зависят от тяжести неблагоприятных условий развития плода. Дети с менее благоприятными антенатальными условиями развития имеют относительно высокие первоначальные значения содержания в крови ИФР-1, которые можно расценить как реакцию на неблагоприятные условия развития плода, возникающую внутриутробно и персистирующую в течение ранней постнатальной адаптации после рождения [6]. По данным литературы при изучении морфофункционального состояния симпатоадреналовой системы у недоношенных новорожденных детей в аналогичных условиях было установлено высокое напряжение адаптации [7]. В литературе имеются указания на то, что подобная последовательность реакций в организме плода и новорожденного возможна у недоношенных новорожденных, родившихся от матерей с осложненным течением беременности и родового акта, результаты этого процесса клинически характеризуются как синдром энергетической недостаточности [8]. На основании результатов нашего исследования с учетом данных, опубликованных другими авторами, выявленная прямая корреляционная связь уровня белка и динамики содержания в крови ИФР-1 у недоношенных новорожденных детей второй группы можно предположить, что имела место «мобилизация» обменных процессов у плода с постепенной депрессией («истощением») этих процессов после рождения. Косвенно это положение подтверждается динамикой содержания в крови глюкозы [8]. Кроме того, в условиях энергетического дефицита, свойственного этим детям, эндогенные белки могут использоваться как источник энергии. Дефицит белка помимо отрицательных последствий для роста может приводить к снижению содержания в плазме инсулиноподобного фактора роста, нарушению деятельности клеточных транспортеров глюкозы и энергетическому дефициту клетки [9]. Очевидно, что подобные процессы, связанные с дефицитом белков, могут лежать в основе более высокой частоты ранней анемии недоношенных, отмеченной в наших наблюдения у детей этой группы.

Заключение. При выхаживании недоношенных новорожденных детей динамика уровня в крови ИФР-1 может быть использована как маркер метаболических процессов. Недоношенным детям со снижением уровня в крови ИФР-1 необходим контроль уровня в крови альбумина и своевременная коррекция потребления белков.

ЛИТЕРАТУРА

1.Нетребенко О.К. Потребности недоношенных детей в основных макронутриентах. М.: ООО «НЕСТЛЕ ФУД», 2004.

2.Скворцова В.А., Боровик Т. Э., Яцык Г. В. и др. Вскармливание недоношенных детей // Лечащий врач, 2006, №2, с. 64-68.

3.Яцык Г.В. (ред.) Руководство по неонатологии. М.: Гардарики, 2004.

4.Lucas A., Fewtrell M.S., Morley R. et. al. Randomyzed trial of nutrient-enriched formula versus standard formula for post discchrge preterm infants // Pediatr., 2001, v.108 (3), p.703-711.
5.МакДермотт М. Т. Секреты эндокринологии. СПб.: Бином - Невский Диалект, 2001
6.Краснопольский В.И. (ред.) Компенсаторные механизмы развития плода в условиях плацентарной недостаточности. М.: «Медкнига» , 2008.
7.Дашичев В.В., Кулибина О.В., Дашичев К.В. К вопросу об адаптивных реакциях глубоконедоношенного новорожденного ребенка. Новости здравоохранения. Ярославль, 2009, с. 30-32.
8. Шабалов Н.П. Неонатология. М.: «МЕДпресс-информ», 2009, Т. 1.
9.Пруткин М. Е. Вестник интенсивной терапии №3 / Интенсивная терапия в педиатрии. Протокол парентерального питания в практике отделения интенсивной терапии новорожденных. Екатеринбург, 2004

Xülasə

Qanda müxtəlif səviyyəli insulinəbənzər boy faktoru-1 ilə yarımçıq yenidoğulmuş uşaqların nutritiv statusunun göstəricilərinin xarakteristikası

A.H. Haqverdiyeva, İ.V. Mayden, K.V.Daşicev

Yarımçıq doğulmuş yenidoğulmuş uşaqlarda qanda əsas nutrientlərin səviyyəsi insulinəbənzər böyümə faktoru 1-in miqdarından aslı olaraq təyin edilmişdir Araşdırma 2 dəfə 2 həftəlik intervalla aparılmışdır. Araşdırmanın nəticəsi yarımçıq doğulmuş yenidoğulmuş uşaqların orqanizmində bətin daxili inkişaf şəraiti ilə müəyyünləşən metabolik proseslərin requlyasiyasında gözəçarpan fərqlərin olduğunu göstərir. Müayinə olunan uşaqlar arasında qanda insulinəbənzər böyümə faktor 1-in ilkin səviyyəsinin nisbətən yuxarı həddə olması, sonradan qanda albumin səviyyəsinin azalması ilə korrelə olan azalmaya meyl göstərən qrup ayrılmışdır. Bu qrupa daxil olan uşaqların analarının hamiləlik dövrü nisbətən ağrılaşmış keçmişdir. Qanda insulinəbənzər böyümə faktor 1-in səviyyəsinin qeyd olunan variantda dinamikası bu uşaqların orqanizmində zülalların defisitinin artmasının markeri ola bilər, hansı ki, bu uşaqlara qulluq zamanı nəzərə alınmalıdır.

Summary

Blood levels of insulin – like growth factor – 1 and major nutrients in the aspect of their relationship in preterm infants

A.G. Haqverdiyeva, I.V.Mayden, K.V.Dashichev

The analysis of interrelation of the insulin - like growth factor -1 at premature newborn children is carried out. Researches it was carried twice with two week interval. The study levels shows that metabolic processes in organism of premature children may be regulated by one of the two options that are determined by the terms fetal development. In preterm infants with initially low blood insulin – like growth factor – 1 (IGF -1) dynamics of main nutrients was less marked and covered only raise the level of HDI cholesterol. Children with less favourable conditions of development had antenatal high initial value content in the blood of IGF -1. Identified characteristics of metabolic processes in quiet children can be seen as a reflection of their mobilization in fetuses and persisted during postnatal adaption after birth followed by a depression in the late neonatal period. In preterm infants with high levels of IGF -1 in the blood level of growth factor significantly declined in parallel with a reduction in the levels of albumin.

Daxil olub: 15.12.2014

QALXANABƏNZƏR VƏZİ KİÇİK DÜYÜNLƏRİNİN DİFFERENSİAL DİAQNOSTIKASINDA ANGİOGENEZİN ƏHƏMİYYƏTİ: KLİNİK, ULTRASƏS, MORFOLOJİ PARALELLƏR

B.A. Ağayev [(1)], İ.Ə. Həsənov , R.Z. Mahmudov [(1)]

Akad. M.Topçubaşov ad. Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi (1);
Mərkəzi Gömrük Hospitalı (2) və "Ömür" tibb klinikası

Açar sözlər: tireoid mikrodüyünlər, angiogenez
Ключевые слова: тиреоидные микроузлы, ангиогенез
Keywords: thyroid micro sites, angiogenesis

Qalxanabənzər vəzi (QV) düyünlərinin differensial diaqnostikası, optimal müalicə taktikasının seçilməsi və proqnozlaşdırılması klinik tireoidologiyada aktual məsələlər sırasındadır. Xüsusən də, ölçüləri 1,0 sm civarında və ondan kiçik olan düyünlərin klinik təbiətinin düzgün təyini ciddi çətinliklər ilə bağlıdır [1,2]. Müxtəlif mənbələrə görə, cərrahi müdaxiləyə qədərki dövrdə orqandakı "subsantimetrlik", "mikro" düyünlərin şiş və ya qeyri- şiş təbiətini xəstələrin yalnıiz 8,0-23,0%-də dəqiqləşdirmək mümkün olur [3,4]. Qalxanabənzər vəzi mikrodüyünləri (QVMD) müxtəlif böyümə templəri və bədləşmə (maliqnizasiya) potensialı ilə səciyyələnir ki, bu da həmin törəmələrin differensasiyasında etibarlı meyarların tərtibini daha da mürəkkəbləşdirir [5,6,7]. Son illər QBMD-nin differensial diaqnosikasında və proqnozlaşdırılmasında müvafiq düyünlərin incə iynə toxuma bioptatlarının və postoperasion morfoloji təhlilində "angiogenez" parametrlərinin mümkün əhəmiyyətinə xüsusi diqqət yetirilir [8]. Bununla belə, QVMD xəstələrində angogenezin morfoloji göstəriciləri ilə texniki cəhətdən daha əlverişli və asan olan ultrasəs müayinəsinin "qan cərəyanı", "damarlanma" göstəriciləri arasında paralellər, klinik-morfoloji təhlillər praktik aparılmamışdır. Yeri gəlmişkən, QVMD xəstələrində preoperasion dövrdə ultrasonoqrafik icra edilmiş damarlanma təhlili olduqca zidiyyətli nəticələr verir [9]. Ultrasəs doppleroqrafik müayinədə (UDM) QV mikrodüyünü vaskulyarizasiyası parametrlərinin həmin düyünün morfoloji təyin edilmiş bədlik potensialı, eləcə də - angiogenez göstəriciləri ilə əlaqəsi isə çox zəif öyrənilmişdir [9, 10].

Məqsəd. Qeyd edilənləri əsas götürərək hazırki tədqiqatın məqsədi "zob", "tireoid adenoma" və "tireoid xərçəng" xəstələrindən orqandakı subsantimetrlik düyünlərin ultrasəs-doppleroqrafik və morfoloji müayinələrinin nəticələrinin müqayisəli təhlili əsasında yönəldici diaqnostik meyarların tərtibi olmuşdur.

Tədqiqat material və metodları. Ümumilikdə, 2003-2012-ci illər ərzində kompleks pre-, postoperasion tədqiqatlar əsasında seçilmiş 160 xəstədən 46-da- "tireoid zob", 40-da – "tireoid adenoma", 74-də- "latent (klinik gizli gedişli) tireoid karsinoma" aşkarlanmışdır. Diaqnoz bütün hallarda morfoloji analiz ilə təsdiqlənmişdir. 66 xəstədə (41,3%) QVMD müəyyənləşdirilmişdir ki, bunlar da konkter olaraq hazırki tədqiqatın kontingentini təşkil etmişdir (cədvəl1)

Cədvəl 1

Tədqiqat kontingentinin xəstələrinin klinik qruplar üzrə paylanması

S№	Klinik qrup	Ümumi say	Tireoid mikrodüyün
1	Tireoid zob	46	20 (43,5%)
2	Tireoid adenoma	40	14 (35,0%)
3	Latent (klinik gizli gedişli) karsinoma	74	32 (43,2%)
Yekun		160 (100,0%)	66 (41,3%)

Cədvəl 2.

Qalxanabənzər vəzi mikrodüyünləri olan xəstələrin cins üzrə paylanması

S№	Klinik qruplar	Cins	Say	Cəmi
1	Tireoid zob	qadın	14	20
		kişi	6	
2	Tireoid adenoma	qadın	10	14
		kişi	4	
3	Latent (klinik gizli gedişli) karsinoma	qadın	25	32
		kişi	7	
Yekun		qadın	49 (74,2%)	66 (100,0%)
		kişi	17 (25,8%)	

QVMD təyini üçün əsas əlamətlər aşağıdakılar olmuşdur: palpasiyada QV-də düyün müəyyən olunmaması, ultrasəs müayinəsində-maksimal ölçüləri 1,0 sm-i keçməyən aydın və

ya qeyri-dəqiq konturlu, müxtəlif exogenlik dərəcələrində düyünlü sahələr, postoperasion kompleks morfoloji analizdə nativ vəziyyətdə maksimal ölçüləri 1,0 sm və dah az olan parenximadaxili düyünlər tapılması. Mikro-düyünlərin verifikasiyası üçün ümumi qəbul olunmuş klinik, ultrasonoqrafik və morfometrik parametrlər əsas götürülmüşdür [2,3,11,12]. 66 xəstədən 24-də (36,4%) orqanda birdən artıq (2 və daha çox) subsantimetrlik düyün müəyyən edilmişdir ki, bunlardan 10-u zob, 5-i-adenoma, 9-u isə- latent karsinoma xəstəsi olmuşdur.

66 xəstədən 62-si (93,9%) əməliyyata qədər 1,0 ildən 15,0 ilə qədərki bir müddətdə konservativ müalicə almışdır.

Xəstələr sırasında qadınlar mütləq çoxluq təşkil edmişdir, belə ki, 66 xəstədən 49-u (74,2%) 25,0-63,0 yaşlar arasındakı qadınlar olmuşdur (cədvəl 2).

Əməliyyata qədərki dövrdə 66 xəstədən yalnız 11-də (16,7%) mikrodüyünlü sahədən incə iynə aspirasion toxuma bioptatı almaq mümkün olmuşdur ki, bu da, ilk növbədə texniki çətinliklər ilə şərtlənmişdir. Ancaq preoparasion dövrdə bütüm hallarda (66,0; 100,0%) orqanın ümumi ultrasəs analizi ilə yanaşı, dopplero-qrafik kartlaşdırma zamanı mikrodüyün və orqanın onun ətrafındakı zonalarının damarlanma tipi; qan cərəyanın maksimal sistolik sürəti (MSS), rezistentlik indeksi (Rİ), yuxarı qalxanabənzər arteriyada qan cərəyanı sürəti də təyin edilmiş, bu zaman müvafiq protokollar və standartlar əsas götürülmüşdür [5,7,9,10]. Əməliyyatdan sonra isə bütün xəstələrdə material kompleks morfoloji-morfo-metrik analizdən keçirilmişdir. Morfoloji tədqi-qatlar zamanı ümumi histoloji qiymətləndirmə ilə bərabər, müvafiq kəsiklərində (1mm^2-də yeni formalaşan mikrodamarların sayı), qan mikroda-marları şəbəkəsinin ümumi sıxlığı (1mm^2-də prekapillyarlar, kapillyarlar, postkapillyarların miqdarı) da öyrənilmişdir. Immunhistokimyəvi üsulla angiogenezi qiymətləndirmək üçün "damar endotelinin böyümə faktoru (VEGF)", "CD31 (PECAM-1)" və "CD 34 (Qbend)" parametrləri əsas görürülmüşdür. Həmin immunhistokimyəvi markerlər stretavidin-biotin kompleksi (DAKO) ilə vizualizasiya edilmişdir [13,14,15]. Morfometrik təhlillər "Nikon" işıq-optik mikroskopunda "Krüss Topica Digital" kamera-sının köməkliyi ilə yarımavtomatik rejimdə yerinə yetirilmişdir.

Xəstələrdə konkret ultrasəs göstəricisi ilə törəmənin morfoloji tipi (zob, adenoma, xərçəng), morfoloji damarlanma variantları, dərəcələri, angiogenez intensivliyi arasında ikifaktorlu xətti qeyri-parametrik statistik təhlil icra edilmiş, müxtəlif parametrlərin bir-biri ilə korrelyasiya xarakteri və intensivliyi p=0,95 ($p \leq 0,05$) etibarlılıq səviyyəsində korrelyasiya əmsalı (p) və Pirson kriterisi χ^2) ilə öyrənilmişdir [16].

Nəticələr və onların müzakirəsi. Göstərildiyi kimi, 66 xəstənin hamısında cərrahi əməliyyat icra olunmuşdur. Əməliyyat həcmi və taktikası seçilərkən diaqnostika mərhələsində alınmış ümumi-klinik, ümumi- laborator, cərrahi müdaxiləyə mütləq və nisbi göstərişlər nəzərə alınmışdır. Əməliyyatlar əksərən (59 xəstə; 89,4%) "parsial" xarakter daşımışdır ki, bu da düyünün təkliyi, mikrodüyünlərin kompakt, qovuşmuş kompleks halında yerləşməsi, ölçüləri və preoperasion dövrdə bədləşmə barədə hər hansı bir rəyin verilməməsi ilə bağlı olmuşdur.

Orqanda əməliyyatlar aşağıdakı şəkildə qruplaşdırılmışdır: sadə strumektomiya- 40; bir payın mikrodüyünlə birlikdə parsial rezeksiyası (genişləndirilmiş strumektomiya)- 12; payın irisahəli rezeksiyası-7; orqanın istmus hissəsinin və bir payını əhatə etmiş hemitireoidektomiya-3; subtotal tireoidektomiya- 4 xəstə (cədvəl 3)

Cədvəl 3

Qalxanabənzər vəzi mikrodüyünləri olan xəstələrdə cərrahi əməliyyatlar (xəstələrin sayı)

S№	Əməliyyatlar	Klinik qruplar			Cəmi
		Tireoid zod	Tireoid adenoma	Latent (klinik gizli gedişli)	
1	Sadə strumektomiya	13	10	17	40 (60,6%)
2	pay parsial rezeksiyası (genişləndirilmiş strumektomiya)	3	1	8	12 (18,2%)
3	Pay irisahəli rezeksiyası	2	2	3	7 (10,6%)
4	Hemitireoidektomiya	1	1	1	3 (4,5%)
5	Subtotal tireoidektomiya	1	-	3	4 (6,1%)
Yekun		20	14	32	66 (100,0%)

Son 7 xəstədə əməliyyat həcminin əhəmiyyətli dərəcədə artıqdığı heç də mikrodüyünlərin ölçüləri ilə yox, onların sayı (multinodulyar proses) və müxtəlif zonalarda (pay+istmus; paylar+istmus) yerləşməsi ilə əlaqəli olmuşdur. Yeri gəlmişkən, xəstələrdə orqanın mikrodüyünləri isə çoxocaqlı (multifokal) zədələnmələri zamanı, qalxanabənzər vəzidə cərrahi əməliyyatın mümkün qədər geniş həcminin, radikallığının tərəfdarları son illər artmaqdadır [1, 2, 17]. Biz isə hesab edirik ki, multifokal mikrodüyünlər şəraitində qalxanabənzər vəzidə əməliyyat planlaşdırılarkən "orqansaxlığıcı" ilə "radikallıq" arasında optimal bir nöqtə tapılmalı, xəstələrdə laborator, ultrasəs, preoperasion morfoloji analizlərin göstəriciləri, prosesin klinik xüsusiyyətləri nəzərə alınmalıdır.

Xüsusi qeyd edirik ki, kontingentə daxil edilmiş "latent (klinik gizli gedişli) tireoid karsinoma" diaqnozlu 32 xəstədə də əməliyyata qədərki laborator, ultrasəs və aspirasion punksiyanın ümumi-sitoloji analizləri xərçəngi aşkarlamaq üçün yetərli olmamışdır. Fikrimizcə, bu cəhət tireoid mikrokarsinomaların preoperasion diaqnostikasında daha dəqiq meyarların tərtibini labüd edur. Bu nöqteyi- nəzərdən hesab edirik ki, subsantimetrlik düyünün ultrasəs vizualizasiyasında, incə iynə aspirasion və toxuma biopsiyası prosedurunda yeni texniki yanaşma, sitoloji və ya histoloji təhlildə isə yeni, daha informativ üsulların tətbiqi zəruridir; bu qənaətimiz problemlə sistemli məşğul olan digər tədqiqatçıların fikirləri ilə də üst-üstə düşür [5,7,9,11].

Ultrasəs-doppleroqrafik olaraq xəstələrdə orqanın və düyünün damarlanmasının 4 tipi sistemləşdirilmişdir. Xüsusi qeyd edilməlidir ki, bunlardan "qarışıq tip" 32 xərçəng xəstəsindən 24-də (75,0%) müəyyən olunmuşdur ki, bu rəqəm də ədəbiyyat məlumatlarına (60,0-95,0%), ümumilikdə, uyğun gəlir [5,10]. Beləliklə, retrospektiv analizə əsasən hesab edirik ki, preoperasion ultrasonoqrafik analizdə təyin edilmiş "düyünün qarışıq tip (peri-, intranodulyar, xaotik) damarlanması" ilə "latent tireoid karsinoma" arasında orta dərəcəli statistik etibarlı düz-mütənasib korrelyasiya vardır ($r=0,56$; $p<0,05$; $\chi^2=29,0$).

Ultrasəs müayinəsində mikrodüyün damar şəklinin güclənməsi 20 "zob" xəstəsindən 4-də (20,0%), 14 "tireoid adenoma" xəstəsindən 4-də (28,6%), "latent (gizli gedişli klinik gedişli) tireoid karsinoma" diaqnozlu 32 xəstədən isə 25-də (78,1%) qeyd edilmişdir. Beləliklə, "damar şəkli güclənməsi" parametri "zob" və "tireoid adenoma"nın verifikasiyasında diaqnostik əhəmiyyətli deyildir. Ancaq xəstələrdə ultrasonoqrafik təyin edilmiş hipervaskulyarizasiya və "xərçəng" diaqnozu arasında orta dərəcəli statistik dürüst düz-mütənasib korrelyasion əlaqə mövcuddur ($r=0,53$; $p<0,05$; $\chi^2=28,0$). Başqa sözlə, QV mikrodüyünün həmin ultrasəs parametri "latent tireoid mikrokarsinoma"nın preoperasion diaqnostikasında yönəldici əhəmiyyətli ola bilər; bu barədə bir sıra digər müəlliflər də yazırlar[5, 9].

Ultrasəs-doppleroqrafik olaraq düyünlü sahədə "maksimal sistolik sürət (MSS)", "rezistentlik indeksi (Rİ)" və "yuxarı qalxanabənzər arteriyada qan cərəyanı sürəti" parametlərinin düyünlərin postoperasion müəyyənləşdirilmiş morfoloji tipi, variantları və bədlik (maliqnizasiya) dərəcəsi ilə ciddi əlaqəsi tapılmamışdır. Bununla belə, "latent tireoid karsinoma" diaqnozlu 32 xəstədən 10-da (31,2%) MSS və yuxarı qalxanabənzər arteriyada qan cərəyanı sürətinin artması, Rİ- in isə, əksinə, azalması müşahidə edilmişdir.

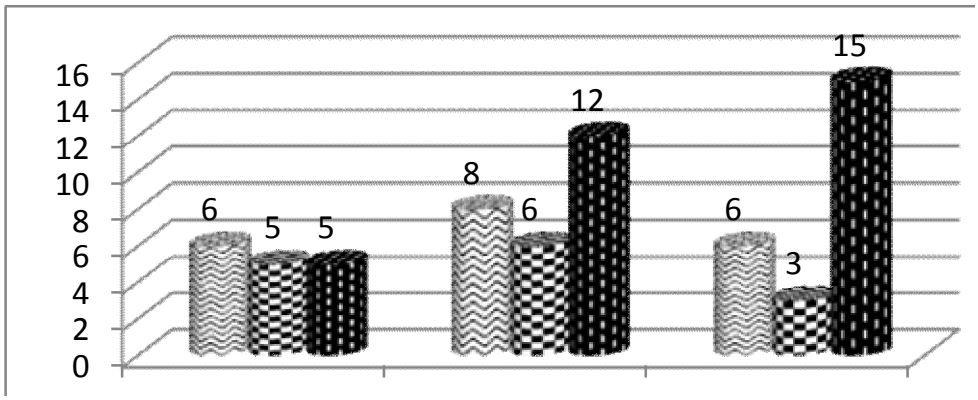
Beləliklə, qalxanabənzər vəzi mikrodüyünlərinin differensial diaqnostikasında ultrasəs-doppleroqrafik müayinələrin nəticələri hələ də qənaətbəxş deyildir və bəzi tədqiqatçılar göstərdikləri kimi [9], bu istiqamətdə tədqiqatlar aktuallığını saxlamaqdadır.

Postoperasion morfoloji analizlərin nəticələrinin QVMD verifikasiyasında, diaqnoz üçün "qızıl standart" ki götürmüşük, baxmayaraq ki, ayrı-ayrı tədqiqatçılar morfoloji təhlilin vacibliyini qeyd etsələr də, onun mütləq diaqnostik əhəmiyyətinə tənqidi yanaşırlar [11, 18].

Qalxanabənzər vəzin müxtəlif morfoloji tipli mikrodüyünlərində qan mikrodamarlarının ümumi sıxlığının aşağıdakı səviyyələrini müəyyən etmişik: "aşağı" - 1,0 mm^2-də 30-dan az; "orta" - 1,0 mm^2-də 31-40; "yüksək" - 1,0 mm^2-də 41-dən çox mikrodamar.

Qalxanabənzər vəzin müxtəlif morfoloji tipli mikrodüyünlərində qan mikrodamarların ümumi sıxlığının aşağıdakı səviyyələrini müəyyən etmişik.

Mikrodamarların sıxlığına görə isə QVMD olan xəstələr aşağıdakı kimi qruplaşdırılmışdır (Şək.1).



Şək.1. Qlaxanabənzər vəzi mikrodüyünləri toxumasında mikrodamarlar şəbəkəsinin sıxlığına görə paylanması

Göründüyü kimi, mikrodamar şəbəkəsinin "aşağı" sıxlıq göstəricisi ilə qalxanabənzər vəzidəki mikrodüyünün klinik mahiyyəti (zob, adenoma, karsinoma) arasında sistemli, statistik etibarlı əlaqəsi yoxdur. Bununla belə, mikrodamarların yüksək sıxlığı (>41,0/mm^2) daha çox "latent tireoid karsinoma" xəstələrində təsadüf etmişdir. Belə ki, "yüksək" sıxlıq göstəricisinə malik 24 xəstədən 15-də postoperasion olaraq "karsinoma" aşkarlanmışdır. Beləliklə, qalxanabənzər vəzidə mikrodüyün toxumasında mikrodamarların şəbəkəsinin yüksək sıxlığı ilə "latent (gizli klinik gedişli) tireoid karsinoma" arasında statistik etibarlı, orta intensivlikli, düz mütənasib korrelyasion əlaqə mövcuddur (r=0,58; p<0,05; χ^2=26,8).

Nəticələrimizə əsasən, qalxanabənzər vəzinin müxtəlif mikrodüyünlərində yeni (de novo) formalaşan damarların sıxlığı ilə həmin düyünün klinik təbiəti arasındakı əlaqələr daha sistemli xarakterdədir. Belə ki, postoperasion immunhistokimyəvi-morfometrik təhlildə istər zob, istər tireoid adenoma, istərsə də latent tireoid karsinoma xəstələrində angiogenezin daha çox mozaik-ocaqlı, xaotik xarakterdə getdiyi aydınlaşdırılmışdır. Bununla belə, maliqnizasiyalı düyünlərdə həm daxili hissələrdə, həm də düyünün həqiq və ya psevdo kapsulu boyunca nizamsız angiogenez ilə bərabər, funksional-fəal mikrodamarların sayının kəskin azalması, orta və iri diametrli arteriyalarda və venalarda isə fibroz, mənfəz qapanması təzahürləri də qeyd edilmişdir. Funksional-fəal kapillyarların sıxlığının bu cür kəskin azalması nə "zob", nə "adenoma" xəstələri üçün səciyyəvi deyildir. Buna əsasən güman edirik ki, xaotik angiogenez ilə bərabər, perikapsulyar və interstisial angio-fibroz, angio-obturasiya mikrodüyün bədləşmə dərəcəsinin təyinində yönəldici-diaqnostik əhəmiyyətli ola bilər.

QV mikrodüyündə və onun bilavasitə ətrafındakı orqan zolağında angiogenez intensivliyi aşağıdakı qaydada qiymətləndirilmişdir: "aşağı; 1,0+"- yeni yaranan mikrodamarlar kəsik sahəsinin ¼-də (25,0%-ə qədərlik sahədə); "orta; 2,0+"- kəsik sahəsinin təxminən ½-də 26,0-50,0%), "yüksək 3,0+"- kəsik sahəsinin ¾-də (51,0-75,0%) və "çox yüksək; 4,0+"- kəsik sahəsinin 5/4- hissəsindən çoxunda (>76,0%) tapılır. Qeyd edilməlidir ki, bu təsnifat praktik işdə daha səmərəlidir və bəzi müəlliflərin [3,8,12] təklif etdikləri mütləq rəqəmlər əsasındakı bölgülərdən daha asan tətbiq oluna bilər.

Toxuma kəsiklərində angiogenez intensivliyi ilə mikrodüyünün morfoloji tipi (zob, adenoma, karsinoma), morfoloji variantı (zob, adenoma, karsinomanın müxtəlid histoloji variantları), bədlik dərəcəsi (histodifferensiasiya E0-E3) arasında əlaqələrin mahiyyətinin araşdırılması hazırda davam etdirilir. İlkin nəticələrimizə görə, müxtəlif mikrodüyünlərdə yeni yaranan mikrodamarların həm yerləşmə, həm də sıxlıq xüsusiyyətləri mürəkkəb qarşılıqlı əlaqələr ilə səciyyələnir. Belə ki, bədləşmiş mikrodüyündə (latent tireoid karsinomada) bir tərəfdən xaotik, yüksək və ya çox yüksək intensivliklə angiogenez müşahidə olunsa da, digər tərəfdən-mikrodamarların əksəriyyəti funksional-fəal deyildir.

Nəticə: 1. Multifokal mikrodüyünlər şəraitində qalxanabənzər vəzidə əməliyyat planlaşdırılarkən "orqansaxlayıcılıq" ilə "radikal- lıq" arasında optimal bir nöqtə tapılmalı və bu məqsədlə, digər göstəricilər ilə bərabər, preoperasion müəyyən edilmiş damarlanma, angiogenez parametləri nəzərə alınmalıdır. 2. Preoperasion ultrasonoqrafik təyin edilmiş

"düyünün qarışıq tip (peri-, intranodulyar xaotik) yüksək intensivlikdə damarlanması" ilə "latent tireoid karsinoma" arasında orta dərəcəli statistik etibarlı düz-mütənasib əlaqə vardır və bu xüsusiyyətlər "latent tireoid mikrokarsinoma"nın preoperasion diaqnostikasında yönəldici əhəmiyyətli ola bilər. 3.Qalxanabənzər vəzi mikrodüyünündə "mikrodamarlar şəbəkəsinin ümumi yüksək sıxlığı+ funksional-fəal mikrodamarların aşağı xüsusi payı" və "yüksəkintensivlikli xaotik angiogenez" ilə "latent (gizli klinik gedişli) tireoid mikrokarsinoma" arasında statistik etibarlı, düz-mütənasib korrelyasion əlaqə mövcuddur və bu morfoloji parametrlər yönəldici-diaqnostik kriterilər kimi istifadə oluna bilər.

ƏDƏBİYYAT

1. Hay I.D., Hutchinson M.E., Gonzalez-Losada T. et al. Papillary thyroid microcarcinoma: a study of 900 cases observed in a 60-year period // Surgery, 2008, v.144, No6, p. 980-987
2. Воробьев И.Н. Хирургические аспекты диагностики и лечения непальпируемых узловых образований щитовидной железы: Дис. ... канд. мед. наук. Екатеринбург, 2009, 110 с.
3. Ланцов Д.С. Морфология и пролиферативная активность микрокарциномы щитовидной железы: Автореф. дис. … канд. мед. наук. Обнинск, 2007, 18 с.
4. Zamanov R. Anamnestic, laboratory, instrumental and morphologic properties of asymptomatic thyroid carcinomas: retrospective multifactor analysis // Abstracts of XII Intern. Euroasian Kongress of Surgery and Gastroenterology, 13-16 October, 2011. Baku, 2011, p. 302-303.
5. Сенча А. Н. Методы лучевой визуализации в диагностике и лечении заболеваний щитовидной железы: Дис. … докт. мед. наук, М., 2008, 226 с.
6. Рачинский С.В., Цветкова Е.В. Клинико-морфологическое значение малого рака щитовидной железы // Онкохирургия (Москва), 2008, №1, с. 143.
7. Tae H., Lim D., Baek K. et al. / Diagnostic Value of Ultrasonography to Distinguish Between Benign and Malignant Lesions in the Management of Thyroid Nodules // Thyroid, 2007, v.17, №5, p. 461-466.
8. Owen M., Alarcon T., Maini, P., Byrne H. Angiogenesis and vascular remodelling in normal and cancerous tissues // Journal of Mathematical Biology, 2009, v.58, N4-5, pp. 689-721.
9. Ito Y., Amino N., Yokozawa T. et al. Ultrasonographic evaluation of thyroid nodules in 900 patients: comparison among ultrasonographic, cytological, and histological findings // Thyroid, 2007, v.17, №12, p. 1269-1276.
10. Dural A., Gonenc M., Buyukasik S. et al. The Correlation Between Sonographic and Histopathological Findings in Thyroid Nodules // Eur. Thyroid J. 2012, 1 (Suppl 1):75–208. 36th Annual Meeting of the ETA. p.105
11. Berker D., Aydin Y., Ustun I. et al. The Value of Fine-Needle Aspiration Biopsy in Subcentimeter Thyroid Nodules // Thyroid, 2008, v. 18, N6, p. 603-608.
12. Лушников Е.Ф., Втюрин Б.М., Цыб А.Ф. Микрокарцинома щитовидной железы. М.: Медицина, 2003, 262 с.
13. www.immunohistochemistryprotocols.com.
14. Mikel U. (Editor). Advanced Laboratory Methods in Histology and Pathology. AFIP, Washington, DC, 1994, 254 p.
15. Руководство по иммуногистохимической диагностике опухолей человека / Под ред. С.В. Петрова, Н.Т. Райхлина. Казань, «Титул», 2004, 456 с.
16. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. СПб: ВмедА, 2002, 266 с.
17. Yeung M., Serpell J. Management of the solitary thyroid nodule // Oncologist, 2008, v.13, №2, p. 105-112.
18. Lanshchakov K., Belousov P., Vanushko V. et al. Preoperative Malignancy Risk Prediction in Thyroid Nodules with "Follicular Neoplasm" Cytology // Eur. Thyroid. J., 2012; 1 (suppl. 1):75–208, 36th Annual Meeting of the ETA. p.175, P.249

Резюме

Значение ангиогенеза в дифференциальной диагностике мелких узлов щитовидной железы: клинические, ультразвуковые, морфологические параллели

Б.А. Агаев, И.А. Гасанов, Р.З. Махмудов.

У 66-ти больных с мелкими (до 1,0 см) узлами в щитовидной железе проведен комплексный ретроспективный анализ клинических, ультразвуковых, морфологических

данных и особенностей хирургического лечения. Выполнены орган-сохраняющие операции различных объемов, в основном – струмэктомия, парциальные резекции органа. Операциям предшествовал достаточно длительный период малоэффективной консервативной терапии или же – множественность узлов в органе. Выявлена корреляция некоторых допплерографических параметров со злокачественностью тиреоидных узлов до 1,0 см, хотя надежных преоперационных ультразвуковых признаков малигнизации последних не установлено. При послеоперационном иммуногистохимическом и морфометрическом анализе образцов мелких узлов обнаружено что, «общая высокая плотность микрососудов + низкий удельный вес функционально-активных капилляров в сочетании с хаотичным ангиогенезом высокой интенсивности» статистически достоверно коррелирует с озлокачествлением отмеченных узлов. Исходя из чего рекомендовано использование отмеченных морфологических параметров как дополнительных критериев в верификации латентной тиреоидной карциномы.

Summary

The meaning of angiogenesis in the differential diagnostic of small thyroid nodules: clinical, ultrasound, morphological parallels

B.A. Agayev, I.A. Hasanov, R.Z. Makhmudov.

In the 66 patients with small (till 1,0 sm) of the nodes in the thyroid gland conducted a comprehensive retrospective analysis of clinical, ultrasound, morphological data and characteristics of surgical treatment. Performed organ-preserving surgery of different sizes, mostly - strumectomy, partial resection of the body. Operations was preceded by a sufficiently long period of conservative therapy ineffective or - multiple nodes in the body. The correlation of certain parameters dopplerographic malignancy of thyroid knots to 1.0 cm, although reliable ultrasonic preoperative ultrasound signs of malignancy of last sites is not established. When postoperative immunohistochemical and morphometric analysis of samples of small nodes found that "the overall high density of microvessels + low proportion of functionally active capillaries combined with chaotic angiogenesis high intensity" statistically significantly correlated with malignancy selected nodes. On the basis of what is recommended to use the marked morphological parameters as additional criteria to verify the latent thyroid carcinoma.

Daxil olub: 12.08.2014

ANADANGƏLMƏ DODAQ-DAMAQ YARIQLARI OLAN ŞƏXSLƏRDƏ ÇƏNƏLƏRİN RENTGENOLOJİ GÖRÜNTÜLƏRİNİN XARAKTERİSTİKASI

N.A.Pənahov, E.Y. Həsənli

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: dodaq-damaq yarıqları, diş-çənə anomaliyaları, ortopantomoqram, telerentgenoqram

Ключевые слова: расщелины губы и неба, зубочелюстные аномалии, ортопантомограмм, телерентгенограмм

Keywords: cleft lip and palate, dental and facial anomalies, ortopantomogrammu, telerentgenogramm

Müasir təbabətin aktual problemləri arasında yuxarı dodağın, alveol çıxıntısının, sərt və yumşaq damağın anadangəlmə yarıqları olan uşaqların tibbi reabilitasiyası böyük əhəmiyyət kəsb edən məsələlərdən sayılır.

Anadangəlmə inkişaf qüsurları çox müxtəlif şəkilli olub, nozoloji formalarının sayı minlərlə hesablanır [1,7]. Bu sırada, anadangəlmə üz-çənə patologiyaları 4-7-ci yerlərdə dayanaraq, bütün anadangəlmə anomaliyaların 13-30%-ni təşkil edir və orqanizmin anatomik və funksional dəyişiklikləri ilə müşayət olunur [4,5]. Bu dəyişikliklərin ifadə dərəcəsi dodaq- damaq yarıqları olan uşaqlarda yarığın forması, ölçüsü, uşağın yaşı, yanaşı gedən patologiyadan, aparılan müalicədən asılıdır. Bu zaman tənəffüs, əmmə, udma və səs əmələgətirmə funksiyaları müxtəlif dərəcədə pozulmaqla yanaşı, öz növbəsində, uşaq orqanizminin bir çox sistemlərinin normal funksiya göstərməsini çətinləşdirməklə, ümumi

inkişafı zəiflədir [3,6]. Bu faktorların qarşılıqlı təsiri həyat keyfiyyətini aşağı salaraq, çox vaxt ömürlük əlilliklə nəticələ bilər.

Anadangəlmə inkişaf qüsurları olan xəstələrin diş sıralarının formalaşmasının pozulması iki əsas anadangəlmə faktorla şərtlənir: ayrı-ayrı dişlərin və diş qruplarının düzgün olmayan yerləşməsi nəticəsində baş vermiş, diş sırasının yaranmasının pozulması və diş sıraları formasının anomaliyası [2]. Diş sıralarının morfoloji quruluşunun pozulmasının əsas növlərindən biri ayrı-ayrı dişlər arasında məsafələrin artması və ya sıx yerləşməsidir ki, bu da dişlərin sayının artması yaxud azalması ilə, ölçülərinin dəyişilməsi və vəziyyət anomaliyası ilə şərtlənir [8].

Tədqiqatın **məqsədi** anadangəlmə dodaq-damaq yarığı olan şəxslərdə çənələrin rentgenoloji görüntülərinin xarakteristikasının öyrənilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Anadangəlmə dodaq-damaq yarığı diaqnozu təsdiqlənmiş 23 nəfərdə diş cərgələrinin vəziyyəti öyrənilmişdir.

Diaqnozun dəqiqləşdirilməsi, müalicənin plan və proqnozunu müəyyən etmək, müalicə prosesində gedən dəyişiklikləri öyrənmək üçün nişangahlı rentgenoqrafiya, vizioqrafiya, rəqəmsal ortopantomoqrafiya və telerentgenoqrafiya aparılmışdır.

Nişangahlı rentgenoqramlarda dişlərin sərt toxumasının və parodontunun vəziyyəti, destruktiv dəyişikliklərin, kistaların, qranulomaların olması müəyyənləşdirilmişdir.

Çənələrin ortopantomoqramında dişin say anomaliyaları, o cümlədən adentiya, komplektdən kənar dişlərin vəziyyəti və miqdarı, retensiyaya uğramış dişlərin vəziyyəti və miqdarı, daimi dişlərin çıxma istiqaməti və yerləşdiyi səviyyə, yuxarı və aşağı mərkəzi kəsici dişlər arasında orta xəttin üst-üstə düşməsi, diş cərgələrinin sağda və solda, şaquli və meziodistal istiqamətlərdə münasibəti, ayrı-ayrı dişlərin korpuslu yerdəyişməsi və əyilməsi, vertikal yerdəyişmə təyin edilmişdir. Həmçinin daimi dişlərin sıx yerləşməsi, yuxarı və aşağı çənələrdə mərkəzi kəsici dişlərin boylama oxlarının yelpiyəbənzər vəziyyəti, daimi dişlərin tac və köklərinin formalaşma səviyyəsi, yuxarı və aşağı çənələrdə üçüncü molyarların retromolyar sahədə tutduqları yer, müalicə mərhələsində və nəticələr yoxlanılan zaman daimi dişlərin oxlarının əyilmə bucaqları, aveol çıxıntısının sümük toxumasının parçalanmasının lokalizasiyası və ölçüləri dəqiqləşdirilmişdir. Ortopantomoqramda yuxarı çənənin inkişaf asimmetriyası, dişlərin boylama oxlarının normal vəziyyətdən kənara çıxması, diş saylarının anomaliyaları (komplektdənkənar dişlərin olması, adentiyalar), Enql təsnifatına görə köpək dişlərin və birinci daimi molyarların meziodistal münasibəti, Endryüsə görə okklüziyanın 6 açarı aydınlaşdırılmışdır.

Çənə sümüklərinin sagital və şaquli parametrləri, üzün yumşaq toxumalarının konturları, üz-çənə nahiyəsinin deformasiya və anomaliyalarının skelet formalarını diaqnozlaşdırmaq üçün telerentgenoqrafik tədqiqat metodu tədbiq edilmişdir.

Başın telerentgenoqramının analizləri zamanı bucaqlı və xətti parametrlər təyin edilmişdir. Şvarts metoduna, MDTSU-nun ortodontiya kafedrasında qəbul edilmiş üsula görə və Di-Paolo metoduna əsasən telerentgenoqramların analizi aparılmışdır. Başın yan proyeksiyada telerentgenoqramında kəsici dişlərin və molyarların mailliyi və vəziyyəti, çənə sümüklərinin sagital və vertikal ölçüləri, kəllədə çənə sümüklərinin, onların hissələrinin vəziyyəti və qarşılıqlı münasibəti, üz skeletinin profilinin tipi, burun-göz kompleksinin ölçüləri, üz şöbəsinin böyümə tendensiyası öyrənilmişdir. Başın düz proyeksiyada telerentgenoqramında kəllənin üz şöbəsinin və burunun köndələn ölçüləri, alın sümükləri səviyyəsində kəllənin eni, orbitin, alın sümüklərinin, yuxarı çənənin, burunun, birinci daimi molyarların, aşağı çənə bucaqlarının ölçüləri öyrənilmişdir.

Tədqiqat nəticəsində alınan nəticələrin orta qiyməti və onların statistik baxışdan dürüstlüyü variasion statistika metodu ilə, parametrik və qeyri-parametrik metodların köməyi ilə: t (Stüdent), U (Vilkinson-Manna-Uitni), χ^2 (müvafiqlik əmsalı) kriterisindən istifadə etməklə müəyyən edilmişdir.

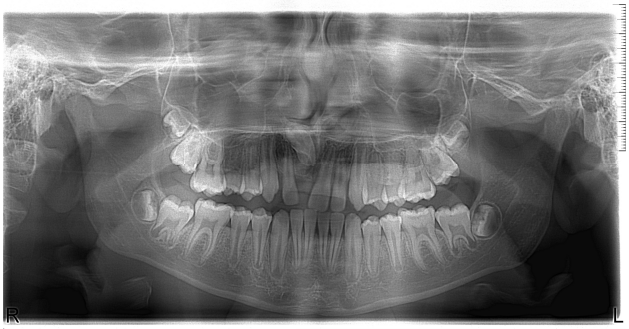
Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi. Dodaq-damaq yarıqları zamanı diş-çənə anomaliyasının diş-alveol və yaxud sklet formasının olması ortopantomoqram ilə, həmçinin ön və yan proyeksiyalarda çəkilmiş telerentgenoqramlara əsasən təyin edilmişdir. Xəstələrin ortopantomoqramının öyrənilməsi nəticəsində aşağıdakı dəyişikliklərin olması müəyyən edilmişdir.

Yarıq olan tərəfdə alveol çıxıntısının kənarı, anomal formalı, retensiya olunmuş 11, 12, 21, 22-ci dişlərdən biri və ya bir neçəsi ilə əhatəlidir. Bəzi hallarda burada 13 yaxud 23-cü dişlər də yerləşmiş, 12 və ya 22-ci dişlərin adentiyası olmuşdur.

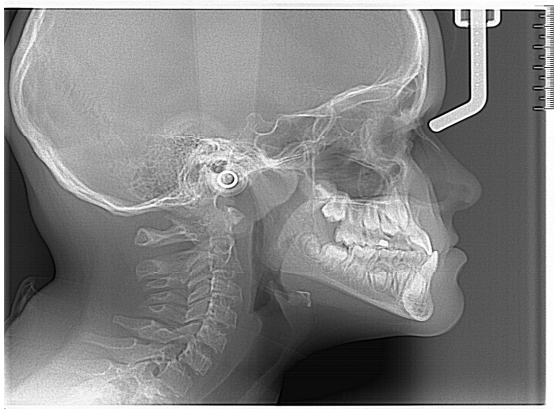


Şək1. Soltərəfli dodaq-damaq yarığı olan xəstə A.-nın ortopantomoqramı.

Şəkil 1-də təqdim edilmiş ortopantomoqramda sol tərəfli tam dodaq-damaq yarığının burun boşluğu ilə əlaqəli olması, armudabənzər dəliyin dibinin sümük toxumasındakı qüsur, burun arakəsməsinin vəziyyəti və istiqaməti, armudabənzər dəliyin yan divarlarının və burun balıqqulaqlarının vəziyəti aydın görünür. Şəkildə 22-ci dişin birincili adentiyası, 13 və 21-ci dişlərin tortoanomaliyası, 23-cü dişin retensiyası, 35-ci dişin yarımretensiyası ayırd edilir. 11, 12, 13 və 14-cü dişlərin, eləcə də 24,25 və 26-cı dişlər olan nahiyədə diş sıralarının sıxlığı anomaliyası qeydə alınmışdır. Bu xəstədə yarıq olan nahiyədə həmçinin 62 və 63-cü dişlərin yerləşmə anomaliyası da mövcuddur. Aşağı çənədə 33 və 34-cü dişlər, eləcə də 43 və 44-cü dişlər də sıx yerləşmişlər. Xəstənin 38 və 48-ci dişlərinin mayalarının da anomal yerləşməsi diqqəti cəlb edir. Sifətin estetik mərkəzinin yerdəyişmiş olması, aşağı və yuxarı çənələrdə bu xətlərin üst-üstə düşməməsi də aydın görünür.



Şək. 2. Sağtərəfli dodaq-damaq yarığı olan xəstə B.-nin ortopantomoqramı



Şək. 3. Xəstə C.-nin başının yan proyeksiyada çəkilmiş telerentgenoqramı

Şəkil 2-də sağtərəfli dodaq-damaq yarığı olan xəstənin çənələrinin ortopantomoqramı verilmişdir. Xəstə B.-nin yarıq olan nahiyədə 11-ci dişinin retensiyası, 12 və 13-cü dişlər, həmçinin 21, 22 və 23-cü dişlər arasında trema, 13, 14, 15-ci dişlərin, eləcə də 23, 24, 25 və 26-cı dişlər arasında diş cərgəsinin sıxlığı, 38 və 48-ci dişlərin mayalarının yerləşmə anomaliyası aydın görünür.

Şəkil 3-də xəstə C.-nin başının yan proyeksiyalarda çəkilmiş telerentgenoqramının analizi nəticəsində aşağı çənənin ölçülərində böyümə aşkar edilmişdir. Bu, burun tənəffüsünün pozulması, aşağı burun balıqqulaqlarının hipertrofiyalaşması, dilin ağızda qeyri-düzgün vəziyyətdə yerləşməsi ilə əlaqədar ola bilər. Nəticədə aşağı çənə sümüyünün arxa rotasiyası və çənə bucağının böyüməsi ilə nəticələnir. Sifətin ön hüssəsinin hündürlüyü normal olmuş, bəzən isə aşağı çənənin ön hissəsinin böyüməsi hesabına artmış olmuşdur. Çənənin ön hissəsi isə yuxarı çənənin ön hissəsinin inkişafdan qalmasına cavab olaraq, eləcə də aşağş çənə bucağının artması hesabına böyümüş olur.

Ümumiyyətlə, dodaq-damaq yarıqları zamanı NAPg bucağının artması nəticəsində kəllə skletinin sifət hissəsinin basılmış və ya düz profili aşkar edilmişdir.

Xəstələrdə yuxarı dodağın distal vəziyyəti, PNS-ANS xətləri uzunluqlarının kiçilməsi, SNA və SNB bucaqlarının azalması nəticəsində yuxarı çənənin apikal bazisinin və aşağı çənə bazisinin arxa vəziyyəti müşahidə olunmuşdur. Ba-A və Ba-PNS xətlərinin qısalması nəticəsində molyararxası nahiyədə sifətin dərinliyinin azalması müşahidə edilimişdir.

Dodaq-damaq yarıqları olan xəstələrin hamısında kəllənin üz hissəsinin nəinki qnatik nahiyəsi, eləcə də burun boşluğu-gözyuvası nahiyəsinin quruluşunda norma ilə müqayisədə dəyişikliklər aşkar edilmişdir. Xəstələrdə həmçinin S-PNS xəttinin hünüdürlüyü və PNS-ANS xətinin uzunluğu azalması nəticəsində burun boşluğu-gözyuvası nahiyəsinin hündürlüyü və uzunluğu da qısalmışdır (P<0,05).

Aşağı çənənin enində, Go-Go xətlərində norma ilə müqayisədə dürüst dəyişiklik aşkar edilməmişdir (P>0,05). NGoGn bucağının artması hesabına aşağı çənənin aşağı hissəsinin, eləcə də Go bucağının artması hesabına aşağı çənə bucağının böyüməsi sifətin aşağı üçdə bir hissəsinin hündürlüyünün artmasına gətirib çıxarır.

Beləliklə, yaş normaları ilə müqayisə etdikdə dodaq-damaq yarıqları zamanı yuxarı çənənin telerentgenoloji parametrlərinin bir çoxunda dəyişikiklərin olması müəyyən edilmişdir. Düz proyeksiyada çəkilmiş telerentgenoqramda yarıq olan tərəfdəki kiçik fraqmentin diş-alveol ölçülərinin kiçilməsi, yuxarı çənənin mərkəzi kəsici diş nöqtəsinin yarıq olan tərəfə sürüşməsi, yuxarı çənənin diş sırasının formasının dəyişilməsi, müvafiq olaraq aşağı çənənin də diş sıralarının formasında dəyişiklik aşkar edilmişdir. Aşağı çənənin çənəaltı nöqtəsinin yarıq olan tərəfə sürüşməsi, çox hallarda da aşağı çənə şaxəsinin yarıq olan tərəfdə hünüdürlüyünün kiçik olması aşkarlanmışdır (P<0,01)

Yan proyeksiyada çəkilmiş telerentgenoqramda kəllə əsasına nəzərən kəsici dişlərin yerləşməsi və əyilmə bucaqları dəyişilmişdir. Yuxarı kəsici dişlərin retrovəziyyəti və retruziyası daha çox ifadə olunmuş, nəticədə kəsici dişlər arasındakı bucağın qiyməti artıq oluşdur.

Kəllə əsasına nəzərən yuxarı çənənin vəziyyəti yuxarı mikro-ortoqnatik yaxud yuxarı mikro-retroqnatik olmuşdur.

Beləliklə, başın ön və yan proyeksiyalarda çəkilmiş telerentgenoqramlarında dodaq-damaq yarıqları üçün ümumi olaraq aşağıdakı xarakterik əlamətlər kompleksinin olması müəyyənləşdirilmişdir. Yuxarı çənədə Z-Z xətti boyunca almacıq sümüyü nahiyəsinin daralması, N-S xətti boyunca kəllə əsasının ön hissəsinin qısalması, NSL-PNS boyunca sifətin arxa yuxarı hündürlüyünün azalması, J-J boyunca kəllə əsasının daralması, Js-ms boyunca yuxarı diş sırasının qısalması, Ba-ANS boyunca üzün dərinliyinin azalması xarakterik olmuşdur. Həmçinin yuxarı çənənin əsasının cJ-ANS boyunca ön nahiyədə qısalması, yuxarı çənənin apikal bazisinin ZSNA boyunca arxa vəziyyəti, Bbicl-NL boyunca ön yuxarı diş-alveol hündürlüyünyn azalması, ZNSL/NL boyunca yuxarı çənənin anteinklinasiyasının artması və ZNSL/OcP boyunca okklüziya müstəvisinin kəllə əsası müstəvisinə olan mailliyinin artması aşkar edilmişdir (P<0,01).

Dodaq-damaq yarıqları zamanı başın ön və yan proyeksiyalarda çəkilmiş telerentgenoqramlarında aşağı çənədə ümumi olaraq aşağıdakı xarakterik əlamətlər kompleksinin olması müəyyənləşdirilmişdir. Çənəaltı nöqtənin yarıq olan tərəfə sürüşməsi, Go-Go boyunca aşağı çənə bucaqları nahiyəsində enin dəyişilməməsi, ZSNB boyunca aşağı çənənin apikal bazisinin arxa vəziyyəti, ZSNPg boyunca çənəaltı nahiyənin arxa vəziyyəti xarakterik olmuşdur. Həmçinin aşağı çənə bucağının ZarGoGn boyunca artması, aşağı çənə şaxəsinin Ar-Go boyunca uzanması, aşağı ön diş-alveol hündürlüyünün artması, sifətin aşağı ön hündürlüyünün ANS-Gn boyunca artması və aşağı çənənin ZNSL/ML boyunca retroinklinasiyasının artması müşahidə olunmuşdur. 31 və 41-ci dişlərin yerdəyişmələri, 16 və 26-cı dişlər nahiyəsində diş sırasının daralması, yuxarı və aşağı dişlərin retropozisiyası, yuxarı dodağın çapıq deformasiyası, yuxarı dodağın retropozisiyası və hündürlüyünün azalması aşkar edilmişdir.

Nəticə. Beləliklə, rentgenoloji müayinələrinin nəticəsində anadangəlmə dodaq-damaq yarıqları olan xəstələrin əksəriyyətində dişlərin, xüsusilə də yuxarı çənənin ön hissəsində diş cərgəsində sıx yerləşməsi müəyyənləşdirilmişdir. Yuxarı və aşağı çənədəki mərkəzi kəsici, yan kəsici, köpək dişlər və premolyarlar arasında fissur-qabar münasıbətinin olmaması, yuxar və aşağı frontal dişlər arasında müxtəlif dərinlikdə şaquli əks qapanmanın olması, okklüziya müstəvilərinin deformasiyası, molyar dişlərin fissur-qabar

münasibəti deyil, əsasən qabar-qabar münasibə- tində görüşməsi aşkar edilmişdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Qarayev Z.İ. Üz-çənə anomaliyalarının genetik aspektləri və inbridinq. Bakı: Təbib, 1997, 112 s.
2. Pənahov N.A. Azərbaycan Respublikasında yeniyetmələr arasında diş-çənə anomaliyalarının və deformasiyalarının epidemiologiyası, ortodontik və ortopedik müalicəyə ehtiyac, kompleks müalicə və profilaktika tədbirlərinin əsaslandırılması. T.ü.e.d. ... dis. avtoreferatı. Bakı, 2013, 44 s.
3. Yusubov Y.Ə., İmanquliyeva Q.L. Anadangəlmə dodaq və damaq yarıqları olan uşaqların tibbi və sosial problemləri. Qafqazın stomatoloji yenilikləri. Bakı, 2008, s. 64-68.
4. Пустовалова Н.А., Ефимова Т.В. Организация диспансерного наблюдения и комплексного лечения детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба. Функционально-эстетическая реабилитация больных с врожденными расщелинами лица / Материалы Всеросс. конф. М., 2002, с. 22-23.
5. Рогинский В.В., Стукалов М.В., Арсенина О.И., Мамедов А.А. Ортодонтическая и хирургическая реабилитация детей с недоразвитием верхней челюсти после хейлоуранопластики. Развитие региональной детской стоматологии на рубеже столетий/ Материалы конф. Краснодар, 2001, с. 110-113.
6. Симановская Е.Ю., Захарова Н.И., Еловикова А.Н., Щеглова А.П. Результаты комплексного лечения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // Ортодонтия. 2003, №2, с. 14-17.
7. Carvajal R., Miralles R., Ravera M. Follow-up of electromyographic and cephalometric finding in patients with unilateral cleft lip and palate after months of continuous wearing of a special removable appliance // Cleft-Palate-Craniofac-J. 1995, p. 323-327.
8. Prescott N. J., Malcolm S. Folate and Face: Evaluating the Evidence for the Influence of Folate Genes on Craniofacial Development. Cleft Palate Craniofac. J. 2002, v. 39, №3, p. 327-331.

Резюме

Характеристика рентгенологических проявлений челюстей у лиц с врожденными расщелинами губы и неба

Н.А.Панахов, Э.Я. Гасанли

Целью исследования явилось изучение характеристики рентгенологических проявлений челюстей у лиц с врожденными расщелинами губы и неба. Были обследованы 23 больные с врожденными расщелинами губы и неба. В результате обследования у большинства обследованных пациентов были выявлены скученности зубов в зубных рядах, особенно в переднем отрезке верхней челюсти. Были выявлены также отсутствие фиссурно-бугоркового контакта между верхними и нижними центральными, боковыми резцами, клыками и премолярами, наличие вертикального обратного перекрытия между верхними и нижними фронтальными зубами, деформация окклюзионной плоскости.

Summary

Condition of the occlusion in patients with cleft lip and palate

N.A.Panahov, E.Y.Hasanli

Purpose of this study was to investigate the characteristic of radiological manifestations of the jaws in patients with cleft lip and palate. Were examined 23 patients with cleft lip and palate. Surveys of the majority of patients studied were found crowding of teeth in the dental arches especially in the anterior segment of the upper jaw. In patients have been identified as the lack of fissure-tubercular contact between the upper central and lateral incisors, canines, premolars, the presence of vertical reverse overlap between the upper front teeth, deformation of the occlusal surface.

Daxil olub: 20.11.2014

ŞƏKƏRLİ DİABET VƏ EREKTİL DİSFUNKSİYA QEYD EDİLƏN XƏSTƏLƏRDƏ KAVERNOZ ARTERİYALARIN ENDOTELİAL FUNKSİYASI

R.M. Məmmədhəsənov, T.V.Mehdiyev
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: şəkərli diabet, erektil disfunksiya, endotelial disfunksiya, kavernoz arteriyaların diametrinin faizlə böyüməsi, zirvə sistolik sürəti, son diastolik sürət
Ключевые слова: сахарный диабет, эректильная дисфункция, эндотелиальная дисфункция, увеличение диаметра кавернозных артерий в процентах, пиковая систолческая скорость, конечная дистолическая скорость
Keywords: diabetes, erectile dysfunction, endothelial dysfunction, increasing the diameter of the cavernous arteries in percentage sistolcheskaya peak speed, the final diastolic velocity

Şəkərli diabet (ŞD) nəinki inkişaf etmiş ölkələrdə, eyni zamanda inkişaf etməkdə olan ölkələrdə XXI əsrin əsas epidemiyalarından biridir. Beynəlxalq Diabet Federasiyasının (BDF) məlumatlarına görə (2013) dünyada 382 mln insan ŞD ilə xəstədir. Bütün ŞD xəstələrin təxminən 10 faizində I tip ŞD olduğu qeyd olunur [1,2]. ŞD-nin ən çox rast gəlinən fəsadlarından biri erektil disfunksiyadır (ED). ŞD-nin mövcudluğu eyni yaşda olan sağlam kişilərlə müqayisədə ED-nin inkişaf riskini 2-d dəfə artırır. ŞD ilə xəstələnmə 75% kişilərdə gec və ya tez ED-nin yaranması ilə müşahidə olunur. Həm də, sağlam kişilərlə müqayisədə ED daha erkən başlayır və onların həyatının keyfiyyətinə əhəmiyyətli dərəcədə mənfi təsir göstərir [3].

ŞD xəstələrin ED-nin patogenezində endotelial zədələnməsi praktiki nöqteyi nəzərdən xüsusi maraq yaradır. Vazokonstriktorlarla vazodilatatorlar arasında tarazlığın pozulması endotelial disfunksiyanın inkişafına səbəb olur. Nəticədə patoloji vazokonstriksiya, leykositlərin və trombositlərin endotelial hüceyrələrə adgeziyası, saya əzələ hüceyrələrinin proliferasiyası və hiperkoaqulyasiyası əmələ gəlir, bu da endotelin aterosklerotik zədələnməsinə gətirib çıxarır [4]. Kavernoz arteriyaların endotelial disfunksiyası kavernoz cisimlərə qan axınını azaldır və adekvat ereksiyaya çatmağa maneçilik törədir. ŞD xəstələrdə endotelial disfunksiyanın yaranmasında bir çox faktorlar, xüsusilə, oksigenin sərbəst radikallarının çoxalması, endotelial NO-sintazanın fəallığının azalması ilə müşahidə olunur, eləcə də hiperqlikemiya və hiperxolesterinemiya endotelə mənfi təsir göstərir [5]. Hazırki tədqiqatın məqsədi ŞD fonunda inkişaf ED zamanı kavernoz arteriyaların endotelial funksiyanı öyrənməkdir.

Tədqiqatın materiallar və metodları. Tədqiqata Azərbaycan Respublikası Şəki-Zaqatala,Balakən-Qəbələ regionunda yaşayan 293 ŞD olan kişi daxil edilmişdir. Xəstələrin yaş həddi 17 yaşdan 60 yaşa qədər (51.7±8.5 il) olmuşdur. ŞD-nin anamnezdə davametmə müddəti 6 aydan 30 ilədək (17.4±7.5 il) olmuşdur. Xəstələr 4 qrupa bölünmüşlər: I qrupa 18-29 yaşlarda 32 xəstə; II qrupa 30-39 yaşlarda 45 xəstə; III qrupa 40-49 yaşlarda 107 xəstə; IV qrupa 50-59 yaşlarda 109 xəstə daxil edilmişdir. Tədqiqatda Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) kiliniki tədqiqatda tətbiq edilən fərdi tibbi kartlardan istifadə edilmişdir. Xəstələrdə ereksiya funksiyasını qiymətləndirmək üçün ereksiya funksiyasının beynəlxalq indeksi (EFBİ) şkalası tətbiq edilmişdir. EFBİ üzrə 26 bal normal ereksiya funksiyası, 18-25 bal yüngül forma ED, 11-17 bal mülayim və ya orta ağır ED, 0-10 bal ağır forma ED kimi qəbul edilmişdir [6]. Xəstələrdə həyəcanlılıq və depressiya vəziyyətlərini qiymətləndirmək üçün həyəcanlılığın və depressiyanın hospital şkalasından istifadə edilmişdir [7]. Ereksiya vəziyyətləri Juneman K. Və həmmüəlliflərin təklif etdiyi cədvəl üzrə qiymətləndirilmişdir [8]. ED-nin diaqnostikası üçün xəstələr rutin müayinələr (anamnez, ümumi baxış, kliniki və biokimyəvi analizlər), xüsusi müayinələr (farmakodopleroqrafiya, zirvə sistolik sürəti (ZSS) və son diastolik sürət (SDS) tədqiq olunmuş, uroloqun, oftalmoloqun və psixatrın məsləhətləri aparılmışdır. ŞD xəstələrdə diabetin dekompensasiya vəziyyətini müəyyən etmək üçün qlikohemoqlobinin səviyyəsi, diabet neyropatiyasını təyin etmək üçün vibrasion, tempratur və taktil hissiyat yoxlanılmışdır.

Bütün xəstələrdə tədqiqatdan əvvəl və sonra kavernoz arteriyaların endotelial funksiyasını öyrənmək üçün Маэо Е.Б. və həmmüəlliflərin modifikasiya olunmuş müayinə üsullarından istifadə edilmişdir. Bu üsulun mahiyyəti ondan ibarətdir ki, kavernoz arteriyaların diametri USM-lə əvvəlcə yoxlanılır, sonra bazu arteriyasında arterial təzyiq ölçülür. Bundan sonra cinsiyyət orqanının əsasına manjet qoyulur və oraya xəstənin sistolik arterial təzyiqindən 10

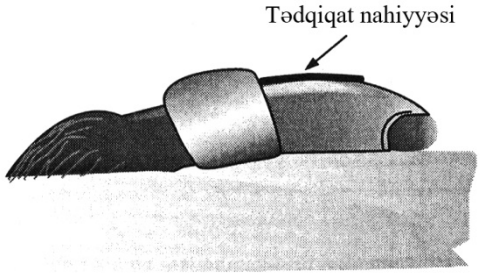
mm c.st. çox olmaqla hava vurulur və 5 dəqiqə ərzində kompressiya saxlanılır. Kompressiyadan distal hissəyə kavernoz arteriyalarla qan axınının olmaması USM dopleroqrafiyası ilə müəyyən edilir. 5 dəqiqədən sonra manjet çıxarılır (şək.1). Manjet qoyulan yerdən distal hissədə kavernoz arteriyaların diametri USM-lə ölçülür.

Kavernoz arteriyaların endotelial funksiyasını qiymətləndirmək üçün kavernoz arteriyaların diametrinin böyümə faizinin (KADBF) qiymətindən istifadə olunmuşdur:

$$KADBF=100\%x(D_{ks}-D_{kə})/D_{kə}$$

Burada, $D_{kə}$ - hər iki kavernoz arteriyaların kompressiyadan əvvəl diametrinin orta qiyməti; D_{ks} – hər iki kavernoz artriyaların kompressordan sonrakı diametrinin orta qiyməti. KADBF göstəricisi 50 %-dən az olarsa, bu kavernoz arteriyalarda endotelial disfunksiyanı göstərir.

Endotelial funksiyanı bazu arteriyalarında yoxlamaq üçün əvvəlcə arterial təzyiq ölçülür, sonra manjetə sistolik arterial təzyiqdən 50 mm c.st. çox olmaqla hava vurulur və 5 dəqiqə ərzində kompressiyada saxlanılır (şək.2).



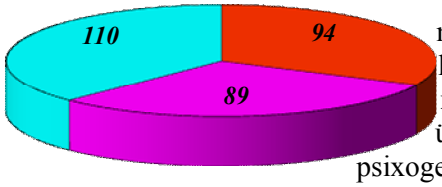
Şək.1 Kavernoz arteriyaların diametrinin postkompression dəyişilmələrinin tədqiqat sxemi



Şək. 2 Sağ bazu arteriyasının diametrinin USM ilə ölçülməsi

Bazu arteriyasının diametrinin kompressiyadan sonrakı və əvvəlki ölçülərinin faizlə böyüməsinin qiyməti hesablanır. Əgər bazu arteriyasının diametrinin böyüməsi 15 %-dən az olarsa, bu endotelial disfunksiya kimi qiymətləndirilir. Kavernoz və bazu arteriyalarının USM dopleroqrafiyası "Medison X-8" cihazı və LA 523 10-5 xətti vericisinin köməyi ilə yerinə yetirilmişdir. Alınan riyazi məluamatlar Styüdentin kriteriyaları üzrə variasion statistik üsulla işlənilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi. ŞD xəstələrdə ED-nin üzvi, psixogen vəqarışıq formaları EFBİüzrə sorğu kartları ilə xəstələrin obyektiv və instrumental müayinələri əsasında ayırd edilmişdir. Tədqiqat nəticəsində məlum olmuşdur ki, 293 ED qeyd edilən ŞD xəstənin 89-da (39,4±2,7%) üzvi ED, 94-də (32,1±2,7%) psixogen ED, 110-da (37,5±2,8%)



qarışıq ED olduğu qeyd olunmuşdur (şək.3).

Şək.3. Tədqiqatın kontingenti

89 xəstədə EFBİ 0-10 bal, 110 xəstədə EFBİ 11-17 bal, 94 xəstədə EFBİ 18-25 bal olduğu aşkar olunmuşdur. Kavernoz arteriyaların diametrinin faizlə böyüməsi müxtəlif qruplarda öyrənilmişdir (Cədvəl 1). 94 xəstədə psixogen ED və ya yüngül ED olması EFBİ-nin (18-25) bal səviyyəsinə, həm də HADS üzrə həyacanlılıq vəziyyətinin üstünlüyünə əsasən müəyyən olunmuşdur. Psixogen mənşəli yüngül ED qeyd edilən xəstələrdə KADBF göstəricisi 50% və ya ondan artıq olmuşdur. Eyni zamanda həmin xəstələrdə ZSS 35 mm/san-dən çox, SDS 5 mm/san az olmuşdur (şək. 4,5). 94 xəstədə depressiya halları HADS kartı və kliniki anamnestik məlumatlara əsasən müəyyən olunmuşdur. 110 xəstədə həyəcanlılıq və depressiya halları həm HADS kartı üzrə, həm də kliniki-anamnestik məlumatlar əsasında müəyyən edilmişdir.

Qarışıq ED xəstələrin sayı ayrılıqda götürülmüş üzvi və psixogen ED xəstələrdən çoxdur. Məhz bu fakt onu təsdiq edir ki, ED-nin etiopatogenezi multifaktorludur, həm də, üzvi ED xəstələrin sayı üstünlük təşkil edir. Psixogen amillər üzvi amillərin, üzvi amillər isə psixogen amillərin təsirini qarşılıqlı surətdə gücləndirir. Orta ağır və ağır forma ED qeyd edilən xəstələrdə fiziki fəallıq çox zəif, seksual fəallığın isə heç olmadığı qeyd edilmişdir. Apardığımız tədqiqatda həm yaşın və həm ŞD-nin ED-nin inkişafı üçün risk faktorları olduğu və yaşla ED-nin inkişafında xətti asılılığın mövcudluğu təsdiq olunur. Həm bazu, həm də kavernoz arteriyalarda KADBF göstəriciləri əsasında endotelial disfunksiyanın mövcudluğunu, eləcə də arteriogen ED-nin diaqnozunu qoymaq mümkündür (cədvəl 2.).

Cədvəl 1

SD xəstələrdə kavernoz arteriyaların diametrinin böyüməsinin faiz (KADBF) qiyməti

Qruplar	KADBF-in qiyməti
Bütün xəstələr (n=293)	57.5 ±28,4
Nəzarət	84,9 ± 11,7
Psixogen ED	81,4± 17,5
Arteriogen ED	28,9 ± 10,7
Venookkluzion ED	82,1± 26,8
Neyrogen ED	81,4 ± 12,8

Cədvəl 2

Müxtəlif quruplarda bazu arteriayasının diametrinin böyüməsinin postkompession göstəriciləri

Quruplar	KADBF –in qiyməti
Bütün xəstələr(n=293)	12,5±7,4
Nəzarət	16,9±4,9
Psixogen ED	19,2±2,8
Arteriogen ED	6,1± 3,4
Venookkluzion ED	18,1±6,5
Neyrogen ED	16,3±5,9

89 üzvi ED təyin edilən xəstələrin 72-də (81%) arteriogen, 9-da (%) venookkluzion, 8-də (%) qarışıq vaskulogen ED qeyd edilmişdir; 110 qarışıq ED-nin 80-da (72,73%) arteriogen ED, 17-də (15,46%) venookkluzion, 13-də (11,81%) qarışıq vaskulogen ED aşkar edilmişdir (cədvəl 2). 72 arteriogen ED qeyd edilən xəstələrdə KADBF göstəricisi 50%-dən az, ZSS 35 mm/san-dən az, SDS 5 mm/san-ə bərabər və ya ondan aşağı olmuşdur. Venookkluzion ED qeyd edilən xəstələrdə SDS 5 mm/san-dən çox olması ilə müşahidə olunmuşdur.

I və II tip ŞD xəstələr arasında üzvi ED aşkar edilənlərin sayı 199 (67,92%) nəfərdir. ED-nin etiopatogenezini aydınlaşdırdıqda I tip ŞD xəstələrin 32-dən 26-da (81,25%) psixogen ED, II tip ŞD xəstələrin 261-dən 68-də (26,05%) psixogen ED olduğu aşkar olundu. Deməli, I tip ŞD xəstələr arasında psixogen ED üstünlük təşkil edir ($p<0,001$).

Müayinə olunan 293 xəstənin 152-də (51,88%) arteriogen ED, 26-da (8,87%) venookkluzion ED, 21-də (7,18%) qarışıq vaskulogen ED qeyd edildi. Arteriogen ED xəstələrin sayı (venookkluzion və qarışıq vaskulogen ED) qeyd edilən xəstələrdən çox olduğu müşahidə edildi (Cədvəl 3). Bununla belə, 293 xəstədən 180-da (61,4%) diabet neyropatiyaları, o cümlədən avtonom diabet neyropatiyası qeyd edilmişdir.

Cədvəl 3
ED-nin etiopatogenezinə görə müayinə olunan ŞD xəstələrin kliniki xüsusiyyətləri

Göstəricilər		Psixogen ED (n=94) (%)	Arteriogen ED (n=152) (%)	Venookkluzion ED(n=26) (%)	Neyrogen ED (n=21) (%)
ŞD xəstələr	I tip ŞD(n=32)	26(81,3±6,9)	4(12,5±5,8)	1(3,1±3,1)	1(3,1±3,1)
	II tip ŞD(n=261)	68(26,12,7)	148(56,7±3,1)	25(9,6±1,8)	20(7,7±1,6)
p		$\chi2=18,1$; $p< 0,001$			
ED-nin ağırlıq dərəcəsi	yüngül ED (n=94)	87(92,6±2,7)	5(5,3±12,3)	2(2,1±1,5)	–
	orta ağır ED (n=110)	7(6,4±2,3)	75(68,2±4,4)	16(14,5±3,4)	12(10,9±3,0)
	ağır ED(n=89)	–	72(80,9±4,2)	8(9,0±3,0)	9(10,1±3,2)
p		$\chi2=230,0$; $p<0,001$			
ŞD-nin gedişi	Kompensasiya (n=75)	32(42,7±5,7)	29(38,7±5,6)	9(12,0±3,8)	5(6,7±2,9)
	dekompensasiya (n=218)	62(28,4±3,1)	123(56,4±3,4)	17(7,8±1,8)	16(7,3±1,8)
p		$\chi2=8,06$; $p< 0,05$			

Şəkərli diabetli kişi xəstələrdə ED-nin əmələ gəlməsinin multifikatorlu olduğunu nəzərə alıb müşahidə aparılan 293 ŞD xəstədə ED-nin etiopatogenezini tədqiq etdikdə məlum olur ki, ŞD ilə xəstələnmə müddəti artdıqca üzvi mənşəli ED-nin rast gəlmə tezliyi də artır. ($\chi^2=31,02$; $p<0,001$). Həmin qrupa daxil olan xəstələrdə KADBF göstəricisi 50 %-dən aşağı, ZSS 35 mm/san dən aşağı olmuşdur. Göstərilən xəstələrin əksəriyyətində diabetin dekompensasiya vəziyyətləri (HbA_{Ic} ≥6,5%) qeyd edilmişdir. Tədqiqatın nəticələri digər tədqiqatçıların aldıqları nəticəyə uyğundur [9,10]. ŞD ilə xəstələnmə müddəti 5 ilə qədər olan 142 xəstədən 27-də (9,2±1,7%) üzvi ED, 51-də (17,4±2,2%) qarışıq həm üzvi, həm də psixogen ED, 64-də (21,8±2,4%) psixogen ED olduğu qeyd edilmişdir. Bu rəqəmlər bir daha təsdiq edir ki, diabetlə xəstələnmə müddəti az olan xəstələrdə psixogen ED daha çox (2 dəfə) üstünlük təşkil edir (cədvəl 4).

ŞD ilə xəstələnmə müddəti 6-10 ilə qədər olan 77 xəstədən 27-də (9,2±3,7%), üzvi ED, 29-da (9,9±1,7) qarışıq ED, 21-də (7,2±1,5%) psixogen ED müşahidə olunmuşdur. Cədvəldən göründüyü kimi xəstələnmə müddəti 6-10 ilə qədər olan ŞD xəstələrdə qarışıq ED xəstələr üstünlük təşkil edir.

ŞD ilə xəstələnmə müddəti 10 ildən yuxarı olan 74 xəstədən 35-də (11,9±1,9%) üzviED, 30-da (10,2±1,8%) qarışıq ED, 9-da (3,1±1,0) psixogen ED olduğu qeyd edilmişdir. Cədvəldən göründüyü kimi ŞD ilə xəstələnmə müddəti 10 ildən yuxarı olan xəstələrdə üzvi və qarışıq ED

xəstələrin sayı psixogen ED xəstələrdən bir neçə dəfə çox rast gəlinir (χ^2= 31,02; p< 0,001).

ŞD xəstələrdə retroqrad eyakulyasiya avtanom diabet neyropatiyasının fəsadlarından biri olub, çox vaxt geri dönməz hesab edilir və əksər hallarda dölsüzlüklə nəticələnir. Müşahidədə olan 293 ŞD xəstənin 40-da (13,7±2,0%) retroqrad eyakulyasiyanın (RE) mövcudluğu anket sorğusunda qeyd edilmişdir. ŞD ilə xəstələnmə müddətinin artması da eyni zamanda RE rast gəlmə tezliyini çoxaldır.

Cədvəl 4

Şəkərli diabetlə xəstələnmə müddətinə görə erektil disfunksiyanın rast gəlmə tezliyi

ED-nin etiopatogezi	ŞD ilə xəstələnmə müddəti (il)					
	5 ilə qədər		6-10 ilə qədər		10 ildən yuxarı	
Üzvi ED	27	19%	27	35%	35	47%
Qarışıq ED	51	36%	29	38%	30	41%
Psixogen ED	64	45%	21	27%	9	12%
	n=142		n=77		n=74	
	χ^2=31,02; p<0,001					

Dispanser müşahidədə olan ŞD fonunda ED inkişaf edən xəstələrdə ürək damar sisteminin əsas risk faktorları (arterial hipertenziya, dislipidemiya, siqaretçəkmək, qeyri-fəal həyat tərzi) qeyd edilmişdir. Bu risk faktorları qeyd edilən xəstələrdə arteriogen ED üstünlük təşkil etmişdir.

Beləliklə, aparılan tədqiqat işi göstərir ki, şəkərli diabetlə xəstələnmə müddətinin artması və diabetin dekompensasiya vəziyyətləri (HbA_{Ic}≥6,5%) kavernoz arteriyaların endotelial funksiyasına neqativ təsir etməklə ED-nin inkişafına gətirib çıxarır. Eyni zamanda ŞD xəstələrdə fiziki fəallığın azalması, seksuallığın fəallığın dezaktualizasiyası kavernoz arteriyalarla endotelioz prosesini sürətləndirir.

Nəticələr:1.Endotelial funksiya pozulmaları ED qeyd edilən II tip ŞD xəstələrdə I tip ŞD xəstələrdən daha çox rast gəlinir. 2.ŞD ilə xəstələnmə müddətinin çoxalması arteriogen mənşəli ED-nin artması ilə, I tip ŞD xəstələrdə isə avtonom diabet neyropatiyalarının, xüsusilə, retroqrad eyakulyasiyanın və neyrogen ED-nin artması ilə müşahidə olunur. 3.ŞD-nin dekompensə vəziyyətləri, arterial hipertenziya, dislipidemiaya, siqaret çəkmə, fiziki və seksual fəallığın az və ya heç olmaması kavernoz cisimlərdə endotelial funksiyanın pozulmasına və ED-nin inkişafına səbəb olur.

ƏDƏBİYYAT

1. Аметов А.С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012, с. 183-208.
2. İDFDiabetesatlas 6thedition. Theglobalburden, 2013, 10p.
3. Мазо Е.Б., Гамидов С.И., Иремашвили В.В. Эректильная дисфункция. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2008, 240с.
4. Дамулин И.В., Есилевский Ю. М.Эректильнаядисфункция:Современное состояние проблемы //Урология, 2014, №3, с. 95-101.
5. Mehman N.Mamedov., Mens health problems in cardiology//Moscow, 2013, p.29-44.
6. Rosen R., Riley A., Wagner G. et al. The International Index of erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction // Urology, 1997, v. 49, p. 822-830.
7. Zigmond A., Snaith R. The Hospital Anxiety and Depression Scale // ActaPsychiatricaScandinavica, 1990, v. 67, p. 361-370.
8. Junemann K., Siegsmund M., Rassweiler J. et al. Calculation of the resistancy index for differential diaqnosis of vascular and non-vascular impotence Research. 1990, 207s.
9. Мазо Е.Б., Гамидов С.И., Овчинников Р.И. и др. Посткомпрессионный тест в диагностике васкулогеннойэректильной дисфункции // Урология, 2005, №4, с. 64-69
10. Rosano GM, Aversa A, Vitale C, et al. Chronic treatment with tadalafil improves endothelial function in men with increased cardiovascular risk // Eur Urol., 2005, v.47, p.214-20.

Резюме

Эндотелиальная дисфункция кавернозных артерий у больных с сахарным диабетом и эректильной дисфункцией

Р.М.Мамедгасанов, Н.В.Мехтиев

Целью данного исследования явилось изучение эндотелиальной дисфункции кавернозных артерий у больных с эректильной дисфункции на фоне сахарного диабета. В исследование вошли 293больных с СД из регионов Шеки-Загатала, Балакен-Гебеле Азербайджанской Республики. Нарушение эректильной функции больше встречается среди больных с СД-2, чем у больных СД-1. Длительное течение СД влияет на развитие эректильной дисфункции артериогенного генеза. У больных с СД-1 наблюдается автономные диабетические нейропатии, ретроградная эякуляция и увеличение нефрогенной эректильной дисфункции. Декомпенсированные состояния при СД, артериальная гипертензия, дислипидемия, курение, низкое физическое и сексуальная активность приводит к нарушению функции кавернозных тел и развитию эректильной дисфункции.

Summary

Endothelial dysfunction of the cavernous arteries in patients with diabetes and erectile dysfunction

R.M.Mamedhasanov, N.V.Mehtiyev

The purpose of this study was to investigate the cavernous artery endothelial dysfunction in patients with erectile dysfunction and diabetes mellitus. The study included 293bolnyh with diabetes from the regions of Sheki-Zagatala, Balaken Gabala, Azerbaijan. Erectile dysfunction more common among patients with type 2 diabetes than in patients with type-1. Long duration of diabetes affects the development of erectile dysfunction arteriogenic genesis. In patients with type-1 diabetic autonomic neuropathy occurs, retrograde ejaculation and increase nephrogenic erectile dysfunction. Decompensated state in diabetes, hypertension, dyslipidemia, smoking, low physical and sexual activity leads to dysfunction of the corpora cavernosa and the development of erectile dysfunction.

Daxil olub: 10.11.2014

OBTURASION SARILIQDA ENDOGEN İNTOKSİKASIYANIN VƏZİYYƏTİ

E.Q.Tağıyev

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: obturasion sarılıq, endogen intoksikasiya, qaraciyər disfunksiyası

Ключевые слова: обтурационная желтуха, эндогенная интоксикация, печеночная дисфункция

Keywords: obstructive jaundice, endogenous intoxication, hepatic dysfunction

Öddaşı xəstəliyinin təhlükəli ağırlaşmalarından olan xoledoxolitiaz fonunda baş verən obturasion sarılıq (OS) hazırda öz həllini gözləyən sərbəst bir problemə çevrilmişdir [1,2]. Belə ki, artmaqda davam edən öd hipertenziyası və qaraciyər toxumasının işemiyası, portal hemodinamikanın və mikrosirkulyasiyanın pozulması qaraciyərdə dərin morfo-funksional dəyişikliklərə, qaraciyərin disfunksiyasına, kəskin xolangitə və digər bir sıra ağırlaşmaların meydana çıxmasına gətirib çıxarır [3,4]. Meydana çıxan xolestaz qısa bir müddətdə xolestatik intoksikasiyaya, əsas səbəbi qaraciyərin detoksikasiya və sintetik funksiyalarının enməsi olan qaraciyər çatmazlığına səbəb olur [5]. Məhz homeostazın kompensator mexanizmlərinin pozulması, endogen intoksikasiyanın proqressivləşməsi və nəticə etibarı ilə inkişaf edən qaraciyər çatmazlığı öd yollarında aparılan əməliyyatlar zamanı ölümün əsas səbəbi sayılır [6, 7].

İşin **məqsədi** Xoledoxolitiaz mənşəli OS zamanı endogen intoksikasiyanın dərinliyinin qaraciyərin disfunksiyasının dərəcəsindən asılı olaraq müqayisəli öyrənilməsindən ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodları. Bu məqsədlə müşahidəmiz altında olan xoledoxolitiaz mənşəli OS diaqnozu ilə cərrahi müdaxilə keçirmiş və standart bazis konservativ müalicə almış 16-84 yaşlı 67 xəstədə endogen intoksikasiya göstəriciləri öyrənilmişdir. Qaraciyərin disfunksiya (QD) dərəcələri xolestaz markerləri (ümumi bilirubin, qələvi fosfataza) və hepatositlərin sitoliz göstəricilərinə (AST, ALT)

əsasən təyin edilmişdir. I dərəcəli QD (qanda ümumi bilirubinin miqdarı 50 mkmol/l-ə qədər) 21, II dərəcəli QD (ümumi bilirubinin 50-100 mkmol/l) 14, III dərəcəli QD (ümumi bilirubinin 100-200 mkmol/l) 10 və IV dərəcəli QD (ümumi bilirubinin miqdarı 200 mkmol/l-dən çox) 9 xəstədə olmuşdur. 13 xəstədə isə MS İX ilə ağırlaşmışdır.

Endogen intoksikasiya markerlərindən olan orta molekulu peptidlər (OMP) qanda və öddə В.В. Николайчук с соавт. [8] üsulu ilə təyin edilmişdir. Həmçinin, dinamikada əməliyyataqədər və əməliyyatdansonrakı dövrün 1,3,7, 14-cü sutkalarında qanda qalıq azot, sidik cövhəri, kreatinin, ümumi zülal, albuminin ümumi (AÜK) və effektiv konsentrasiyası (AEK) da öyrənilmişdir. 15 praktik sağlam insanın analoji göstəricilərini norma kimi nəzərə almışıq.

Alınan nəticələr variasion statistika və Uilkokson-Manna-Uitni meyarı nəzərə alınmaqla qeyri-parametrik üsulla işlənilmişdir.

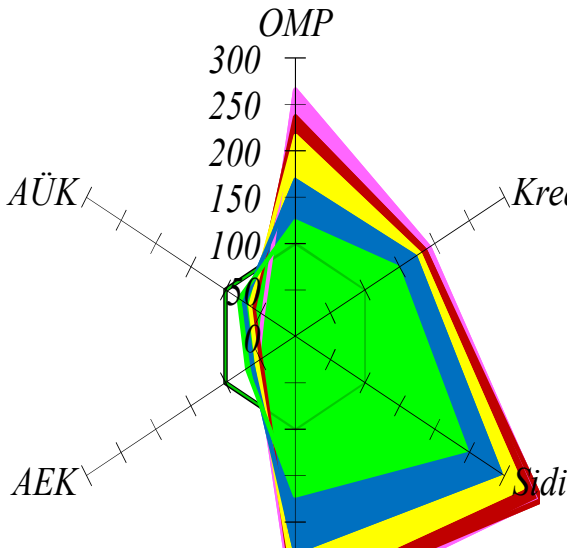
Nəticələr və onların müzakirəsi. Əməliyyatönü dövrdə OS fonunda xəstələrdə ümumilikdə plazmada OMP miqdarı orta hesabla normaya nisbətən 89,4% ($p<0,001$) artaraq 0,97±0,40 q/l-ə yüksəlmişdir. Cərrahi müdaxilə zamanı xoledoxdan götürülmüş öddə isə OMP miqdarı 1,71±0,06 q/l olmuşdur.

Həmçinin, xəstələrdə əməliyyatönü dövrdə qanda kreatinin miqdarı normadan 70,9% ($p<0,01$), sidik cövhərinin 3,0 dəfə ($p<0,001$), qalıq azotun 2,4 dəfə ($p<0,001$) yüksəlməsi fonunda AÜK-un 31,0% ($p<0,001$) və AEK-un 41,3% ($p<0,001$) azalması qeyd edilmişdir.

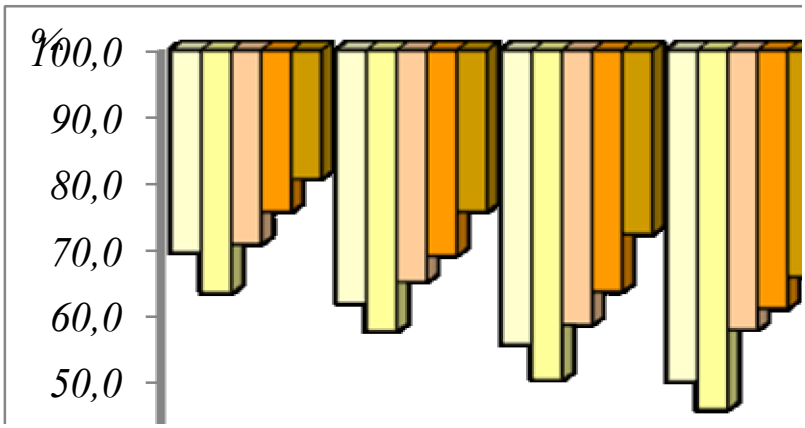
Əməliyyatdansonrakı dövrdə standart konservativ terapiya tədbirləri hesabına plazmada OMP miqdarı dinamikada azalmağa istiqamətlənsə də müşahidənin sonunda normadan 54,0% ($p<0,001$) yüksək olaraq qalmışdır. Həmçinin, xaricə drenajlanmış xoledoxdan gələn öddə də OMP miqdarı dinamikada azalaraq 7-ci sutkada 1,35±0,06 q/l olmuşdur ki, bu da ilkin göstəricidən 21,0% azdır ($p_0<0,001$).

Plazmada və öddə OMP miqdarının azalması qanda endogen intoksikasiya markerlərindən olan qalıq azot, sidik cövhəri və kreatinin səviyyəsinin enməsi, əksinə AÜK və AEK-in artması ilə müşayiət edilmişdir. Lakin müşahidənin sonuna heç bir göstərici tam normallaşmır.

Müqayisəli analiz xəstələr daxil olarkən endogen intoksikasiya göstəricilərinin səviyyəsinin QD-nin dərəcəsindən birbaşa asılı olmasını göstərmişdir (şək. 1).



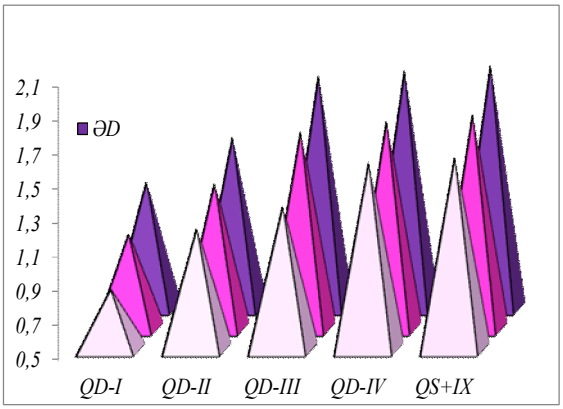
Şək. 1. QD-nin dərəcələri ilə endogen intoksikasiya göstəriciləri arasında birbaşa asılılıq



Şək. 2. Xəstələrdə AEK-in müqayisəli dəyişmə dinamikası

Analoji qanunauyğunluq OMP-nin öddəki miqdarında da müşahidə edilir. Belə ki, cərrahi müdaxilə zamanı xoledoxdakı öddə OMP-nin miqdarı I dərəcəli QD-də 1,25±0,13 q/l, II dərəcəli QD-də 1,51±0,13 q/l, III dərəcəli QD-də 1,87±0,08 q/l, IV dərəcəli QD-də 1,90±0,08 q/l və OS+İX olan xəstələrdə isə 1,93±0,11 q/l olmuşdur.

Biliar dekompressiyadan sonra aparılan ümumən qəbuledilmiş konservativ terapiya öyrənilən göstəriciləri dinamikada normaya doğru dəyişməyə istiqamətləndirsə də normallaşma baş vermir. Lakin müşahidənin sonunda bütün öyrənilən göstəricilərin normaya daha çox yaxınlaşması I dərəcəli QD-sı olan xəstələrdə qeyd edilmişdir (şək. 2).



Şək. 3. QD-nin dərəcəsindən asılı olaraq öddə OMP miqdarının dinamikası

Analoji qanunauyğunluq OMP-nin öddə dinamikada azalmasında da qeyd edilmişdir (şək.3). Qeyd etmək lazımdır ki, əməliyyatdansonrakı dövrün 7-ci sutkasında QD-nin bütün dərəcələrində xaricə drenajlanmış xoledoxdan götürülmüş öddə OMP miqdarı analoji dövrdə onun plazmadakı səviyyəsindən xeyli yüksək olaraq qalır.

Nəticələr:

1. Xoledoxolitiaz mənşəli obturasion sarılıq zamanı meydana çıxan endogen intoksikasiyanın dərinliyi qaraciyər disfunksiyasının dərəcələrindən birbaşa asılıdır.

2. Qaraciyər disfunksiyasının bütün dərəcələrində öddə orta molekullu peptidlərin miqdarı onun plazmadakı səviyyəsindən xeyli yüksək olur.

3. Orta molekullu peptidlərin miqdarının dinamikada eyni vaxtda paralel olaraq öddə və qanda təyini endogen intoksikasiyanın dərinliyinin və müalicənin səmərəliliyinin qiymətləndirilməsində laborator monitorinqin ən informativ üsullarından biridir.

ƏDƏBİYYAT

1. Дябкин Е.В. Механическая желтуха неопухолевого генеза: состояние иммунитета и методы коррекции. Автореф. дисс… на соиск. уч. ст. к.м.н. Красноярск, 2011, с. 28 с.
2. Болевич С.Б., Ступин В.А., Гахраманов Т.В. Особенности течения свободнорадикальных процессов у больных с обтурационной желтухой и методы их коррекции // Хирургия, 2010. № 7, с. 65-70.
3. Kloek J., Gaag N., Aziz Y. et al. Endoscopic and percutaneous preoperative biliary drainage in patients with suspected hilar cholangiocarcinoma // J. Gastrointest. Surg., 2010, v.14, № 1, p. 119-125.
4. Кузьменко А.Е., Дудин А.М., Греджев Ф.А. и др. Кровообращение в портальной системе печени у больных с обтурационной желтухой // Харк. хірург. школа, 2009, № 4.1(36), с.233-235.
5. Мумладзе Р.Б., Чеченин Г.М., Эминов М.З. и др. Возможности чрескожных эндобилиарных вмешательств у больных с механической желтухой // Хирургия, 2005, № 5, с. 23-27
6. Хоконов М.А., Силина Е.В., Ступин В.А. и др. Свободнорадикальные процесса у больных с острым калькулезным холециститом // Хирургия, 2011, № 1, с. 58-64
7. Fagan S.P., Awad S.S., Rahwan K. et al. Prognostic factors for the development of gangrenous cholecystitis // American Journal of Surgery, 2003, v. 186, p. 481 – 485
8. Николайчук В.В., Моин В.М., Кирковский В.В. и др. Способ определения «средних молекул» // Лабораторное дело, 1991, № 10, с. 13-18.

Резюме

Состояние эндогенной интоксикации при обтурационной желтухе

Э.Г. Тагиев

Представлены результаты изучение состояние эндогенной интоксикации (ЭИ) у 67 больных в динамике хирургического лечения с холедохолитиазом, осложненной обтурационной желтухе (ОЖ) в зависимости от тяжести печенной дисфункция (ПД). Степень ПД оценена выраженностью синдромов холестаза и цитолиза гепатоцитов. У 21больного была I степень, у 14- II, у 10- III и у 9- IV степень ПД, а у 13 больных ОЖ осложнялась гнойным холангитом (ГХ). При поступлении у больных содержание среднемолекулярных пептидов (СМП) в крови было на 89,4% ($p<0,001$), креатинина – на 70,9% ($p<0,001$), остаточного азота – в 2,4 раза ($p<0,001$) больше, наоборот общей и эффективной концентрации альбумина соответственно на 31,0% ($p<0,001$) и 41,3% ($p<0,001$) меньше нормы. А в желчи взятой во время операции уровень СМП было больше, чем в плазме крови. На фоне проведенных операции в послеоперационном периоде общепринятая комплексная терапия в динамике снижала уровень ЭИ, однако нормализация изученных показателей не происходила. В ходе проведенных исследований было установлено, что глубина ЭИ зависела от степени ПД и ГХ: чем больше степени ПД, тем глубже ЭИ.

Summary

The state of endogenous intoxication in obstructive jaundice

E.G.Tagiyev

In 67 patients with choledocholithiasis complicated by obstructive jaundice (OJ), was studied the state of endogenous intoxication (EI) in surgical treatment in dynamics, depending on the severity of liver dysfunction (LD). The degree of LD was evaluated based on biochemical markers of cholestasis syndromes and cytolysis markers of hepatocytes: in 21 patients was I degree, at 14 - II degree, at 10 - III degree and 9 patients - IV degree of LD. In 13 patients was observed complications with purulent cholangitis (PCh). On admission, the content of middle molecular peptides (MMP) in blood was 89,4% ($p<0,001$), creatinine- 70,9% ($p<0,001$), residual nitrogen - 2.4 times ($p<0,001$) more than norm. Effective concentration of albumin was respectively 31,0% ($p<0,001$) and 41,3% ($p<0,001$) less than normal. In bile taken during surgery MMP level was higher than in plasma. On the background of operation, in postoperative period the complex therapy reduced the level of EI, but the normalization of the parameters studied did not occur. On studies, it was found that the depth EI depend on the degree of PCh and LD: The greater LD the deeper EI.

Daxil olub: 17.12.2014

DİŞ-ÇƏNƏ ANOMALİYALARININ MÜALİCƏSİ ZAMANI PARODONTUN VƏZİYYƏTİ

R.Q. Əliyeva, N.S. Həsənli, F.M.Quliyeva
Azərbaycan Tibb Universiteti, uşaq stomatologiyası kafedrası, Bakı

Açar sözlər: diş-çənə anomaliyaları, breket sistemi, parodont xəstəlikləri.
Ключевые слова: зубо-челюстные аномалии, брекет-системы, заболевания пародонта
Key words: dento - maxillary anomaly, bracket sistems, disease of parodont

Diş-çənə anomaliyaları stomatoloji patologiyalar arasında ön sıralarda dayanaraq, əhalinin həyat səviyyəsinin yüksəlməsi, ortodontik yardım üçün müraciətlərin sayının artmasının vacibliyi baxımından, son dövrlərdə bu problemə olan maraq xüsusilə artmışdır [1,2,3].

Dünyanın bir sıra ölkələrində aparılmış stomatoloji tədqiqatların nəticələri göstərmişdir ki, əhali arasında diş-çənə sisteminin anomaliyaları geniş yayılmışdır. Diş-çənə anomaliyalarının bəzi formalarının yayılma göstəricilərinin hətta 90%-ə qədər artması faktı bu barədə ciddi düşünməyin gərəkli olmasına əsas verir. Son tədqiqatlara görə, Azərbaycan Respublikasında 12-17 yaşlı yeniyetmələr arasında diş-çənə anomaliyalarının müxtəlif formalarınını yayılma göstəriciləri 63,09±0,7% olmuş, bu zaman onların 71,4%-də çıxan və çıxmayan ortodontik aparatlardan istifadə etməklə aktiv ortodontik müalicəyə ehtiyacın olması müəyyən edilmişdir [5].

Lakin bir faktı da danmaq olmaz ki, ağız boşluğunda dişlər üzərində ortodontik aparatların olması ağız boşluğuna oaln gigiyenik qulluğu xeyli çətinləşdirir, aparat elementlərinin üzərinə ərpin yığılmasına, nəticədə patogen və şərti-patogen mikroorqanizmlərin miqdarının artmasına və disbakterioz əlamətlərinin yaranmasına səbəb olur [6]. Bu faktorlar isə, öz növbəsində, parodont xəstəliklərinini yaranması ilə nəticələnir [4,7,8].

Tədqiqatın **məqsədi** diş-çənə anomaliyalarının müalicəsi parodont toxumalarının vəziyyətinin öyrənilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Qarşıya qoyulan məsələləri həll etmək üçün Azərbaycan Tibb Universitetinin Stomatoloji klinikasına müraciət edən, Bakı şəhərində, həmçinin Azərbaycan Respiblikasının digər şəhər və rayonlarında daimi yaşayan, diş-çənə anomaliyalarının müxtəlif formalarının- dişlər, diş sıraları və dişləm anomaliyalarının çıxmayan ortodontik aparatlarla müalicəsi aparılan 20 xəstədə müalicədən əvvəl, müalicə müddətində və sonda kliniki (PMA, Pİ, Gİ indekslərdən istifadə etməklə) müayinələr aparılmışdır.

Əldə olunmuş məlumatların statistik işlənməsi Ms Excel proqramında həyata keçirilmişdir. Tədqiqat nəticəsində alınan nəticələrin orta qiyməti və onların statistik baxışdan dürüstlüyü variasion statistika metodu ilə, parametrik və qeyri-parametrik metodların köməyi ilə: t (Stüdent), U (Vilkinson-Manna-Uitni), χ^2 (müvafiqlik əmsalı) kriterisindən istifadə etməklə müəyyən edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi. Alınacaq nəticələrin düzgün şərh edilməsi üçün tədqiq edilən qrupa müalicənin əvvəlindən gingivit və parodontiti olan xəstələr daxil edilməmişdir. Bunu bir sıra səbəblərlə əlaqələndirmişik. Belə ki, parodont xəstəliklərinin orta və ağır dərəcələri çıxmayan ortodontik texnika ilə müalicə üçün öz-özlüyündə əks göstəriş sayılır. Bu səbəbdən də ortodontik xəstələr arasında patoloji diş əti ciblərinə malik olan xəstələr yox idi. Eləcə də tədqiq edilən qrup arasında ümumi somatik xəstəlikləri olanları da istisna etmişik, çünki bəzi hallarda, ədəbiyyat məlumatlarında bildirildiyi kimi, həmin ümumi somatik xəstəliklər özləri parodont xəstəliklərinin yaranmasına gətirib çıxarır. Bu səbəbdən də müalicə prosesində parodontun vəziyyəti barədə əldə etdiyimiz məlumatlar çıxmayan ortodontik texnikanın istifadəsi zamanı yaranan xəstəlikləri ifadə edir.

Breket sisteminin elementlərini fiksə edəndən az sonra xəstələrin böyük əksəriyyətində, yəni 82,6%-də kataral gingivit əlamətləri aşkar

edilmişdir (P<0,05), ağız boşluğunun gigiyenik indeksinin qiyməti yüksəlmiş (P<0,01), diş ərpinin yaranması artmış (P<0,01), diş ətlərindən qanama müşahidə edilmişdir (P<0,05). Bütün bunlar diş ətlərinin selikli qişalarında iltihab prosesinin yaranmasını və güclənməsini göstərmişdir.

Əldə edilmiş məlumatlar sübut edir ki, xəstələrin, demək olar ki, hamısında (94,6%) çıxmayan ortodontik aparatların fiksasiyası zamanı birinci həftədə ağız boşluğunun gigiyenik vəziyyəti pisləşir (P<0,05). Xəstələrdə ortodontik müalicənin ilk günlərində ortodontik qüvvələrin təsirindən dişlərində ağrı və diskomfort hissi yaranmışdır. Bəzi xəstələr hətta bu diskomfortu aradan qaldırmaq üçün iltihab əleyhinə qeyri-steroid ağrıkəsici preparatlar da qəbul etmişlər.

Qida rejiminin və qəbul edilən qidanın sərtliyinin azaldılması, xəstələrdə breketlərini qoparmaqdan qorumaq kimi hislərin yaranması, dişləri təmizlərkən fırça ilə əvvəlki kimi lazım olan qüvvə ilə deyil, daha əsirgəyici tərzdə təmizləmə apardıqları səbəbindən dişlərin və breketlərin üzəri çoxlu miqdarda ərplə örtülü olmuşdur. Lakin 1 ay keçdikdən, yəni adaptasiya müddəti başa çatdıqdan sonra xəstələrdə gigyenik indekslərin aşağı düşməsi müşahidə olunmuşdur (P<0,05). Bu müddət, ağız boşluğuna normal qulluğun bərpası üçün ədəbiyyatda olan məlumatlarla üst-üstə düşmüşdür. Belə ki, bu müddət ərzində xəstələr ağız boşluğu üçün yeni şəraitə öyrənmiş, gigiyenik qulluq barədə həkim tövsiyələrinə riayət etməyə başlamışlar.

Müalicənin ikinci ayında 28,4% xəstədə aşağı çənənin diş sırasında mərkəzi və yan kəsici dişlər nahiyəsində diş ətlərinin retraksiyası, dişin kök hissəsinin çılpaqlaşması, 3,5 mm-ə qədər dərinlikdə parodontal cişlərin yaranması aşkar olunmuşdur.

56,2% xəstədə diş ətinin hiperemiyası, marginal hissədə sianoz, diş əti məməciklərinin ödemi müəyyən edilmişdir. Lakin həmin xəstələrdə diş ətinin həlqəvi bağının tamlığı pozulmamış, diş əti cibləri aşkar olunmamışdır. Dişlərin üzərində müxtəlif miqdarda yumşaq ərp aşkar edilmişdir.

Nəticə. Beləliklə, hesab edirik ki, diş-çənə anomaliyalarının müalicəsi zamanı çıxmayan ortodontik texnikadan istifadə etdikdə parodont toxumalarında yaranan dəyişikliklər dişlərin normal okklüziya yüklənməsi dəyişilməsi səbəbindən parodontun qan təchizatının pozulması və gigiyenik qulluğun çətinləşməsi sayıla bilər. Anomal yerləşmiş dişlər arasında normal münasibətlər yarananadək gigiyenik qulluq çətinləşdikdə orada yığılıb qalan qida kütlələri diş çöküntülərinə çevrilir. Nəticədə, diş çöküntüləri həm mexaniki təsir göstərərək parodont toxumasını qıcıqlandırır, həm də diş daşları olan mühitdə mikroorqanizmlərin inkişafı üçün əlverişli şarait yaranır. Ortodontik müalicə zamanı aşağı çənənin müxtəlif artikulyasıya hərəkərləri zamanı dişlərin parodontuna düşən çeynəmə təzyiqinin dişin boylama oxundan kənara çıxması səbəbindən parodont toxumalarının əlavə yüklənməsi baş verir və bu zaman parodontun strukturunda mikrodəyişiklərlə nəticələnir.

Çıxmayan ortodontik texnikanın elementlərindən sayılan ortodontik qövslərin arasına daxil olan qida kütlələri diş ətlərinin selikli qişasını və ətraf toxumaları mexaniki zədələyərək iltihaba səbəb olur. Bütün bunlar parodonta mexaniki təsir göstərməklə yanaşı, orada mikrofloranın inkişafı üçün də əlverişli mühit yaradır.

ƏDƏBİYYAT

1. Алиева Р.К. Отработка оптимальной модели развития стоматологической службы детскому населению Азербайджанской Республики. Автореф. дис. … д-ра мед. наук. М., 2000, 42 с.
2. Алимский А.В. Механизм прорезывания постоянных зубов и причины формирования аномалий зубочелюстной системы // Стоматология, 2000, № 3, с.51-53
3. Гараев З.И. Генетические аспекты зубочелюстных аномалий и роль инбридинга в их структуре и частоте распространения. Автореф. ... дис. д-ра мед. наук. М., 2000, с. 39.
4. Михайлова Е.С. Состояние гемодинамики тканей пародонта в процессе комплексного лечения аномалий положения зубов. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб, 2000, 24 с.
5. Панахов Н.А. Распространение и интенсивность зубочелюстных аномалий у подросткового населения Азербайджана // Вісник стоматології. Украина, Одесса, 2012, №3(80), с.112-113.
6. Sukontapatipark W., Agroudi M.A., Selliseth N.J. Bacterial colonization associated with fixed orthodontic appliances: a scanning electron microscopy study // Eur. J. Orthod., 2001,v.23, №5, p. 475-484.
7. Sallum E.J., Nouer D.F., Klein M.I. et al. Clinical and microbiologic changes after removal of orthodontic appliances // Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop., 2004, v.126, № 3, p. 363-366.

8. Speer C., Pelz K., Hopfenmuller W., Holtgräve E.A. Investigations on the influencing of the subgingival microflora in chronic periodontitis. A study in adult patients during fixed appliance therapy // J. Orofac. Orthop., 2004, v.65, № l, p.34-47.

Резюме

Состояние пародонта при лечении зубочелюстных аномалий

Р. К. Алиева, Н.С.Гасанли, Ф.М.Гулиева

Целью исследования явилось изучение состояния пародонта при лечении зубочелюстных аномалий. Были обследованы 20 больных с аномалиями зубов, зубных рядов и прикуса, которым проводилось лечение с применением несъемных ортодонтических аппаратов. В итоге, пришли к выводу, что применение несъемной ортодонтической техники при лечении зубочелюстных аномалий может быть фактором риска для возникновения заболеваний пародонта.

Summary

Condition of the periodont in treatment of dento - maxillary anomalies

R.G. Aliyeva, N.S. Hasanli, F.M. Guliyeva

The aim of this study was to examine the periodontal status in the treatment of dento - maxillary anomalies. It was examined 20 patients with abnormalities of the teeth, dentition and occlusion who underwent treatment with fixed orthodontic devices. As a result, to the conclusion that the use of fixed orthodontic technology in the treatment of dento - maxillary anomalies may be a risk factor for the occurrence of periodontal disease.

Daxil olub: 24.09.2014

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВ IL18 В ПАТОГЕНЕЗЕ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Т.Т.Панахова

Азербайджанский медицинский университет, кафедра детский болезни II, г.Баку

Açar sözlər: bronxial astma, uşaqlar, İL-18
Ключевые слова: бронхиальная астма, дети, IL-18
Keywords: bronchial asthma, children, IL-18

Интерлейкин 18(IL18(IFNγ)- inducing factor, IGIF) впервые был описан в 1989 году как новый неизвестный фактор, индуцирующий продукцию интерферон у(İFRγ). На иммунокомпетентные клетки IL-18 оказывает различные эффекты. Основной эффект- это индукция продукции IFNγ Т- и НК- клетками, в связи с чем первоначально интерлейкин 18 был назван IFNγ-индуцирующий фактор [1].

IL-18 является провоспалительным цитокином стимулирует продукцию IFNy, IL-1, GM-CSF[2,3,4],TNFa [4,5], IL-2, [2], IL-5,IL-6[6],IL-8, простагландин Е2 [7] и противовоспалительных IL-4,IL-13 [8], а также молекул адгезии и факторов апоптоза, увеличивает пролиферативную активность Т-лимфоцитов, повышает литическую активность НК-клеток.

Вышеперечисленные эффекты этого цитокина позволяют рассматривать его как один из ключевых факторов противоинфекционной и противоопухолевой защиты организма.

IL-18 играет важную роль в функционировании Тх1 типа, являясь ростовым и дифференцировочным фактором для них. Есть данные о том, что IL-18 в комбинации с IL-12 особенно при высоких концентрациях ингибируют продукцию IgE, IgG1 и IgM, и повышают продукцию IgG2a при этом не влияя на пролиферацию В-клеток. Этот эффект IL-18 и IL-12 опосредован через продукцию IFNγ, т.к. добавление в эту систему анти-IFNγ антител приводит к повышению продукции IgE и снижению IgG2a, что свидетельствует о том, что эндогенный IFNγ регулирует продукцию антител дозозависимым образом.

IL-18/IL12 при низкой концентрации или отсутствии IFHγ стимулирует продукцию IgE, высокие концентрации этих факторов подавляют продукцию этого важного фактора аллергических реакций [9,10]. Введение IL18

и IL12 приводит к снижению продукции IL-4, IL13, IgE базофилами и тучными клетками, однако введение одного IL-18 вызывает стимуляцию секреции IgE, IL-4, IL-13 этими клетками и CD4+ Т-лимфоцитами [11]. Учитывая вышеприведенные данные, можно предположить,что IL-18 является одним из патогенетических звеньев аллергического воспаления при астме. Таким образом ,можно сделать заключение о том, что IL-18 в комбинации с IL-12 обладает антиаллергическим действием, а использование одного IL-18 может приводить к стимуляции продукции факторов аллергического воспаления (IL4, IL 13, IgE, Гистамина). Резюмируя вышесказанное IL18- провоспалительный цитокин, для которого показана конститутивная экспрессия многими типами клеток и который обладает достаточно широким спектром биологических эффектов. Интерлейкин 18 стимулирует продукцию молекул адгезии, которые участвуют в механизмах клеточной миграции, что имеет значение как при формировании иммунного ответа, так и в патогенезе некоторых заболеваний.

Бронхиальная астма относится к числу широко распространенных заболеваний детского возраста и характеризуется тяжелым прогрессирующим течением, существенно снижающим качество жизни больных детей. Бронхиальная астма представляет собой хронический воспалительный процесс, обусловленный взаимодействием различных иммунокомпетентных клеток. БА относится к многофакторным заболеваниям, в развитии которых принимает участие множество цитокинов ИЛ-4, ИЛ-10, ИЛ-17, ИЛ-2, ИЛ-12, ИФНγ [12,13,14,15]. Интерлейкины определяют различный тип Th-1 и Th-2 иммунного реагирования и формируют различные клинические варианты БА. Цитокины играют существенную роль в контроле всех стадий развития и поддержания аллергических реакций и воспаления, поэтому анализ регуляции их активности имеет очень большое значение для понимания молекулярных основ патогенеза БА [14 ,16,17,18,19]. Имеется большое количество клинических исследований, посвященных изучению цитокинов в патогенезе БА у детей [16,20,21,22,23], тогда как имеется очень мало информации по роли IL-18 в патогенезе данной патологии. В связи с этим исследование цитокина ИЛ-18 при данной патологии является актуальной современной проблемой.

Цель исследования: определить взаимосвязь тяжести течения бронхиальной астмы и уровня IL-18 в сыворотке крови у детей, больных бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 66 детей в возрасте от 3 лет до 17 лет, (средний возраст 6,47±4,15года) больных бронхиальной астмой атопической формы, мальчиков было 57, девочек 9. Средняя длительность заболевания составила 4,3±0,31 лет. Диагноз БА устанавливался по клинико-функциональным данным, в соответствии с Международным консесусом по диагностике и терапии БА[24]. У всех пациентов развитие и обострение астмы сопровождались ОРЗ/ОРВИ. Отягощенная наследственность по БА и другим аллергическим заболеваниям отмечена у 43,0% пациентов.

Для изучения клинико-анамнестических данных использовали сведения из историй болезней ,клиническое наблюдение больных проводилось на базе аллергологического отделения детской клинической больницы №6 Азербайджанского Медицинского Университета.

Больным было проведено комплексое обследование с использованием общеклинических, функциональных рентгенологических и лабораторных методов исследования.

Определяли уровень IL-18 методом твёрдофазного иммуноферментного анализа, с использованием тест-систем фирмы Bender Medsustens.

Аллергологическое обследование путем определения уровня общего IgE и специфических IgE- антител к бытовым, пищевым, пыльцевым, эпидермальным аллергенам.Статистическая обработка полученных результатов проведена с помощью статистических формул программы Microsoft Excell 2007.

При сравнении двух выборочных средних в пределах одной выборки использовали критерий Вилкоксона, при сравнении групп между собой –критерий Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. При анализе анамнестических данных отмечено что искусственное вскармливание получали 45,% детей, у 24% детей перевод на искусственное вскармливание совпал с первымиэпизодами обструкции. Отягощенная наследственность выявлена- у 73% детей, в первом поколении- у 52%, причем по линии матери- у 43%

пациентов, у 35% пациентов отмечались аллергические заболевания у близких родственников. У 48% детей отмечается отягощенная наследственность по респираторным проявлениям аллергии и у 29%- по кожным. В анамнезе у обследованных детей отмечались частые ОРЗ до 5–8раз в год. Непосредственной причиной первого бронхообструктивного синдрома явились ОРЗ в 51% случаях. У большинства больных отмечалась поливалентная сенсибилизация.

Таким образом, подтверждается роль наследственности и раннего искусственного вскармливания в предрасположенности к развитию БА. Среди многочисленных факторов, провоцирующих формирование БА, неоспорима роль вирусной инфекции. Все дети находились в стадии обострения бронхиальной астмы.

Как видно из таблицы 1 больные были разделены на 3 группы в зависимости от тяжести заболевания: легкая, среднетяжелая и тяжелая форма бронхиальной астмы.

Группу больных с лёгкой формой составили десять детей. Эпизоды бронхоспазма в данной группе больных отмечались 2-4 раз в год. Обследуемые в этой группе не получали базисной терапии.

Группа больных со среднетяжелой формой была наиболее многочисленной, в составе 41 ребенка. Приступы были ежемесячными, больные в качестве базисной терапии получали комбинированные ингаляторы и антилейкотриеновые препараты. Группа больных с тяжелой формой составила 15 детей. У этих больных приступы были ежедневные, больные получали ингаляционные комбинированные ингаляторы.

Средний уровень IL18 у детей составил 494,53±42,98пг/мл. Как отражено в таблице2 уровень интерлейкина18 у детей с лёгким течением был в пределах нормы. У детей со среднетяжёлым течением уровень интерлейкина 18 составил 313,6±24.8, p□0,05.

Установлено, что более высокий уровень IL-18 отмечался у больных с тяжёлым течением, что составило 798,5±80,4, при норме126-250 пг/мл, p□0,001.

Таким образом, согласно результатам нашего исследования, повышение IL18 в сыворотке крови свидетельствует о тяжести заболевания, так как наиболее высокие показатели его уровня были у детей с крайне тяжёлой бронхиальной астмой.

Таблица1

Распределение детей страдающих БА по степени тяжести заболевания

Группа больных	лёгкая БА	среднетяжёлая БА	тяжёлая БА	Всего
Дети	10	41	15	66

Таблица 2

Уровень цитокина İL-18 в сыворотке крови детей в период обострения в зависимости от степени тяжести БА

Показатель	Норма	Степень тяжести БА		
	пг/мл	лёгкая	среднетяжёлая	тяжёлая
İL-18 пг/мл	126-250	143,8±41,0	313,6±24,8	798,5±80,4

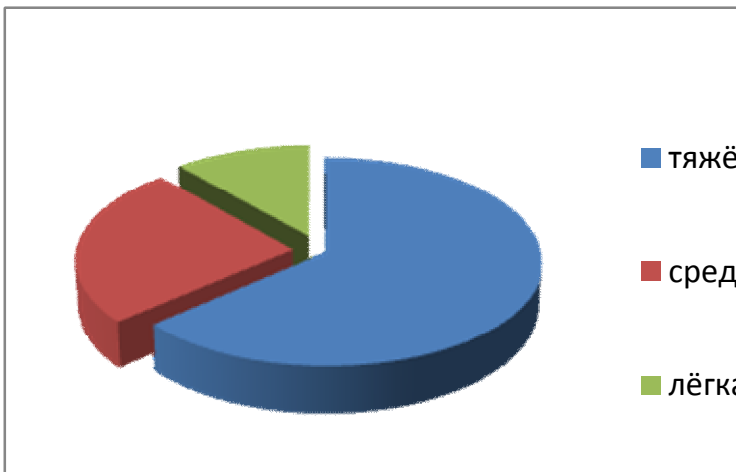


Рис. 1. Показатели цитокина İL-18 у детей БА с различной степенью тяжести

Заключение. Таким образом у детей со среднетяжелым и тяжелым течением бронхиальной астмы отмечается высокий уровень IL18 в период обострений. У детей с легким течением не отмечалось изменений уровня цитокина IL18. В зависимости от тяжести течения показатель растет. Выявленные нами изменения могут стать патогенетическим обоснованием для оценки степени тяжести бронхиальной астмы.

ЛИТЕРАТУРА

1.Okamura H., Kashiwamura S., Tsutsui H. et al Regulation of interferon gamma production by IL-12 and IL-18 // Curr Opin İmmunol., 1998, v.10, p.259-64.

2.Micallef M.J., Ohtsuki T., Kohno K. et al. Interferon-gamma-inducing factor enhances T helper 1cytokine production bystimulated human T cells:synergigism with interleukin- 12 forinterferon-gamma production // Eur.J.Immunol., 1996, v.26, p.1647-51.

3.Udagawa N.,Horwood N.J., Elliott J. et.al Interleukin-18 (interferongamma-inducing factor) is produced by osteoblasts and acts via granulocyte/macrophage colony-stimulating factor and not via interferon-gamma to inhibit osteoclast formation // Exp. Med., 1997, v.185, p.1005-12.

4.Yakushenko E.V., Lopatnikova J.A., Khrapov E.A. et.al Biological and specific activity of recombinant human Interleukin-18 / Cytokine network, and Regulatory Cells.-Medimond, International proceedings, 2004, p.423-428

5.Fehniger T.A., Shan M.H., Turner M.J. et. al Differential cytokine and chemokine gene expression by human NK cells following activation with IL-18 or IL-15 in combination with IL-12: implications for the innate immune response // J.Immunol.,1999, v.162, p.4511-20

6.Ogura T., Ueda H., Hosohara K. et. al Interleukin-18 stimulates hematopoietic cytokine and growth factor formation and augments circulating granulocytes in mice // Blood, 2001, v.98,p.2101-7.

7.Kashiwamura S., Ueda H., Okamura H. Roles of Interleukin-18 in tissue destriction and compensatory reactions// J.Immunother., 2002, v.25, Suppl. 1, p.4-11.

8.Nakanishi K., Yoshimoto T., Tsutsui H., Okamura H. Interleukin-18 is a unique cytokine that stim ulates both Thl and Thl2 responses depending on its cytokine milieu // Cytokine Growth Factor Rev., 2001, v.12, p.53-72

9.Yoshimoto T., Okamura H., Tagawa Y.I. et.al Interleukin 18 together with interleukin 12 inhibits IgE production by induction of interferon-gamma production from activated B cells // Proc. Natl. Acad. Sci. USA.-1997. –Vol. 94. –P.3948-53

10.Yoshimoto T., Takeda K., Tanaka T., Okamura H. et.al IL-12 up-regulates IL-18 receptor expression on T cells, Thi cells, and B cells: synergism with IL-18 for IFN-gamma production // Immunol., 1998, v.161, p.3400-7

11.Yoshimoto T., Tsutsui H., Tominaga K., Okamura H, et.all IL-18, although antiallergic when administered with IL-12, stimulates Il-4 and histamine relase by basophils // Proc. Natl. Acad Sci. USA, 1999, v.96, p.13962-6

12.Будчанов Ю.И. Генетика бронхиальной астмы //Практическая медицина,2010,№6,с.19-21,

13.Огородова Л.М., Петрова И.В., Рукин К.Ю. Роль полиморфизма гена индуцибильной NO-синтетазы в формировании бронхиальной астмы // Бюллетень СО РАМН, 2011, №4, с.60-63

14.Фрейдин М.Б., Браугина Е.Ю., Огородова Л.М., Пузырёв В.П. Генетика атопии : современное состояние // Вестник ВОГиС, 2006, 10(№3), с.492-502

15. Szalai C., Ungvari I., Pelhe., Tolgyesi G., Falus A. Asthma from a pharmacogenomic point of view // Eur. J Immunol., 2010, v.40, p.3312-3316

16.Гречанина Е.Я., Безродная А.И., Ходош Э.М. Иммуногенетические характеристики бронхиальной астмы // Астма и аллергия, 2011, №3, с.23-26

17.Локшин Э.Э., Зайцева О.В. Роль генетических маркеров в ранней диагностике атопических заболеваний // Педиатрия, 2006, №3, с.97-91

18.Ярилин А.А. Иммунология: учебник. М.: Геотар-медиа, 2010, 752с.

19.Freidin M.B., Kobyakova O.S.,Oqorodova L.M., Pusyirev V.P. Association of polimorphisms in the human IL4 and IL5 genes with atopic bronchial asthma and severity of the disease // Comparative and Functional Genomics, 2003, v.4(3), p.346-350

20.Андрейчикова Е.А., Пискунов А.А., Сенников С.В., Козлов В.А. Сравнительные аспекта аллельного полиморфизма гена ИЛ-4 у коренных и пришлых жителей Хакасии, больных бронхиальной астмой // Бюллетень СО РАМН, 2011, 31(№6), с.69-73

21.Annunziato F., Romagnani S. The transient nature of the Thi7 phenotype // Eur. J Immunol., 2010, 40(12), p.3312-3316

22.Gervaziyev Y.V., Kaznacheev V.A., Gervaziyeva V.B. Allelic polymorphisms in the interleukin-4 promoter regions and their association with bronchial asthma among the Russian Population // Int.Arch. Allergy Immunol., 2006, v.141, p.257-266

23.Noguchi E., Shibasaki M., Arinami T. et. al Association of asthma and the interleukin-4 promoter gene in Japanese // Clin. Exp. Allergy, 2008, v.28(4), p.449-453

24.Global Strategy for Astma Management and Prevention,Global initiative for Asthma (GİNA)/National Institutes of Health:National Heart, Lung and Blood Institute 92p.-http: //www.ginastma.org 2007.

Xülasə

Bronxial astma xəstəliyi olan uşaqlarda xəstəliyin patogenezində İL-18 sitokininin xüsusiyyətləri

T.T.Pənahova

Sitokinlər allergik reaksiya və iltihabın inkişafı və gedişatına nəzarətdə nəzərəçarpacaq rol oynayır, ona görə də bronxial astmanın molekulyar əsasının dərk edilməsi üçün onun aktivliyinin tənzimlənməsinin müayinəsi böyük əhəmiyyət kəsb edir. Hazırki tədqiqatın məqsədi bronxial astmalı uşaqlarda bronxial astmanın geişatının ağırlıq dərəcəsi ilə onların qan zərdabında İL-18-in səviyəsi arasında qarşılıqlı əlaqənin müəyyən edilməsindən ibarətdir. Tədqiqata 3-17 yaşlar arasında bronxial astmanın ağırlaşma mərhələsində olan 66 uşaq daxil edilmişdir (orta yaş həddi 6,47±4,15). İL-18-in səviyyəsi sərtfazalı immunferment müayinə metodu ilə təyin edilmiş, Bender Medsustens şirkətinin test-sistemindən istifadə edilmişdir. Müəyyən edilmişdir ki, İL-18-in daha yüksək səviyyəsi ağır gedişatlı bronxial astmalı uşaqlarda olmuş, 798,5±80,4 təşkil etmişdir (norma 126-25 pq/ml). Beləliklə, bronxial astmanın ağırlaşdığı müddətdə xəstənini yaşından asılı olmayaraq allergik iltihabın kəskinliyini əks etdirən İL-18 bronxial astmanın ağırlıq dərəcəsini qiymətləndirməyə imkan verir.

Summary

Special features of the cytokine IL18 in the pathogenesis of asthmatic children

T.T.Panahova

Cytokines play an important role in the control of all stages of the development and control of allergic reactions and inflammation, so the analysis of the regulation of their activity is of great importance for understanding of the molecular basis of the pathogenesis of BA. Research objective: to determine the relationship of severity of asthma and the level of IL- 18 in the blood serum of children with bronchial asthma. The study included 66 children aged from 3 to 17 years (mean age 6,47±4,15 years) with asthma in the acute stage. The level of IL- 18 has been determined by the method the Elisa test, using the test systems provided by the firm Bender Medsustens.There was established that higher level of IL- 18 was observed in patients with severe disease, which was 798,5±80,4, at the rate of 126 - 250 pg / ml. Thus, regardless of the age of the patients, during acute condition created by BA, the level of IL-18, reflecting the severity of allergic inflammation enables to evaluate the severity of bronchial asthma.

Daxil olub: 13.11.2014

ƏHALİNİN DƏRMAN TƏCHİZATINDA ƏSAS DƏRMAN VASİTƏLƏRİ SİYAHISININ ROLU

R.M.Abdullayeva, G.A.Hüseynova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Farmakologiya kafedrası, Bakı

Açar sözlər: dərman təchizatı, dərman vasitələrinin siyahısı

Ключевые слова: лекарственное обеспечение, перечень лекарственных средств

Keywords: drug coverage, the list of medicines

Səhiyyə sahəsində beynəlxalq əməkdaşlığın qlobal istiqamətlərindən olan Əsas Dərman Vasitələri (ƏDV) konsepsiyası bütün dünyada milli dərman siyasətinin ən vacib struktur elementlərindən biri hesab olunur. Dərmanların istifadəsinin səmərələşdirilməsi məqsədi ilə effektiv yolların axtarışında 1985-2000-ci illər ərzində bir sıra ölkələrin təcrübəsinin təhlilinə əsaslanaraq Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı (ÜST) ekspertləri aşağıdakı 4 strategiyanı əsas olaraq seçmişdir:

- ƏDV konsepsiyası
- Klinik protokolların hazırlanması
- Dərman terapevtik komitələrin yaradılması
- Dərmanların rasional istifadəsi üzrə kadrların hazırlanması

ƏDV konsepsiyası ilk dəfə 1975-ci ildə ÜST tərəfindən formalaşdırılmışdır. İlk dəfə 1977-ci ildə dünyanın vacib səhiyyə problemlərinin həlli üçün daha əhəmiyyətli sayılan 208 dərman preparatının adı daxil edilmiş ƏDV siyahısı yaradılmışdır. O zamandan etibarən ƏDV siyahısı ÜST ekspertləri tərəfindən iki ildə bir dəfə olmaqla yenilənir. ÜST-ün müəyyənləşdirməsinə görə "ƏDV əhalinin əksər hissəsinin sağlamlığını mühafizə edən dərman vasitələridir, odur ki, onlar istənilən vaxt, kifayət qədər, müvafiq buraxılış formasında, uyğun qiymətə olmaqla ictimayyət və hər bir fərd üçün əlçatan olmalıdır" [4]. ƏDV seçilməsi hər bir ölkədə əczaçılıq sisteminin bütün aspektləri üzrə prioritetləri müəyyənləşdirmək imkanı verir. Sınaqdan çıxmış ÜST-ün ƏDV siyahısı tövsiyə xarakteri daşımaqla onun üzvləri olan dövlətlərin öz milli siyahısını tərtib etmək üçün əsas sayılır. Milli siyahıların tərtib edilməsi hər bir ölkənin səhiyyə sisteminin ehtiyaclarından, göstərilən tibbi yardımın keyfiyyəti və strukturundan asılıdır. ÜST göstərir ki, dərman maddələrinin milli siyahısını tərtib etmək üçün seçilməsi bir çox amillərdən - həmin ərazidə xəstəliklərin yayılma dərəcəsindən, mövcud müalicə ocaqlarının sayı və təchizatından, səhiyyə işçilərinin hazırlıq dərəcəsi və praktiki təcrübəsindən, maliyyə ehtiyatlarından, demoqrafik və ekoloji amillərdən, dərman maddəsinin bazarda mövcudluğundan və s. asılıdır. Elə buna görədir ki, ÜST-ün tərtib etdiyi ƏDV siyahısı təxmini olub, istiqamətverici xarakter daşımaqla səhiyyənin milli orqanlarına kömək üçün hazırlanır. ƏDV siyahısı göstərilən tibbi yardımın keyfiyyətinin yaxşılaşdırılmasında vacib rol oynayır və dərman xərclərinin ümumi səhiyyə xərcləri arasında miqdarını tənzimləmək imkanı verir.

Tədqiqatın material və metodları. Əhalinin dərman təchizatında Əsas Dərman Vasitələri siyahısının rolunun araşdırılması məqsədi ilə Azərbaycan Respublikasının və ÜST-ün son buraxılış ƏDV siyahısı götürülmüş və hər iki siyahının müqayisəli analizi aparılmış, bu siyahıya dərman vasitələrinin seçilməsi kriteriyaları təhlil edilmişdir. Bununla yanaşı Səhiyyə Nazirliyinin 130 saylı əmri ilə təsdiq edilmiş "Stasionar şəraitdə istifadə olunan ən vacib dərman preparatları və tibbi ləvazimatların siyahısı" və həmçinin Dövlət Proqramları çərçivəsində alınan dərman vasitələri siyahısının da çarpaz analizi aparılmışdır.

Тядгигатын нятижяляри вя онларын мцзакиряси. ƏDV siyahısına dərmanların seçilməsinin əsas meyarı onların klinik effektivliyi, təhlükəsizliyi və keyfiyyətinin sübut olunmuş olmasıdır[5]. Dərman vasitələrinin ƏDV siyahısına daxil edilməsi zamanı aşağıdakı prinsiplərə əməl olunmalıdır:

-dərman Azərbaycan respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməlidir

-dərman yalnız beynəlxalq patentləşdirilməmiş və ya generik adı ilə daxil edilə bilər.

-seçim zamanı üstünlük generik dərman vasitələrinə verilməlidir.

-dərmanın buraxılış forması, dozası, farmakoloji aktivliyi göstərilməlidir. Hər bir ƏDV üçün təyin edilmə yolunu, eləcə də tətbiqi və ehtimal olunan şəraitdə saxlanılması zamanı stabilliyini nəzərə almaqla optimal dərman formasını seçmək məsləhətdir.

-dərman vasitəsinin tərkibində yalnız bir aktiv maddə olmalıdır. Kombinə olunmuş dərman vasitələri yalnız malyariya, vərəm, QİÇS kimi bəşəriyyət qarşısında ciddi səhiyyə problemi yaradan xəstəliklərin müalicə rejiminə tam əməl edilməsinin vacib olduğu hallarda və farmakorezistentliyin qarşısının alınmasında nəzərəçarpacaq üstünlüyün sübut edildiyi hallarda siyahıya daxil edilə bilər. Kombinə olunmuş dərman vasitələrinin bütün aktiv substansiyaları da beynəlxalq patentləşdirilməmiş ad altında göstərilməlidir.

-Qiymət/effektivlik analizinin müsbət nəticələrinə əsaslanmalıdır, dərmanın vahid dozasının dəyəri deyil, müalicə kursunun dəyəri nəzərə alınmalıdır.

-Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən təsdiq edilmiş klinik protokollarda mövcud olmalı və sübutlu təbabətə söykənməlidir.
- ÜST tövsiyələri nəzərə alınmalıdır.

ƏDV siyahısı dövrü olaraq yenilənməlidir. Yenilənmə prosedurundan əvvəl aidiyyəti orqanlar daha qabaqcıl müalicə müəssisələri arasında sorğu aparmaqla çox istifadə olunan dərmanlar haqqında məlumat toplaması yaxşı təcrübə hesab olunur. Əgər dərman vasitəsi yeni istifadəsinə göstərişlə siyahıya daxil olunması təklif edilərsə, mütləq sübutluq dərəcəsi göstərilməlidir. Dərmanın ƏDV siyahısından xaric edilməsi aşağıdakı hallarda ola bilər:
-effektivliyi və rentabelliyinə görə daha üstün hesab edilən dərman maddəsi ilə əvəz oluna bilər
- terapevtik əvəzolunma
-qeydiyyat orqanları tərəfindən dərmanın təhlükəsizliyi barədə mənfi rəy verildiyi və ya respublikada dövlət qeydiyyatı ləğv olunduğu halda
-dərman vasitəsinin ÜST və Azərbaycan Respublikasının yeni klinik protokollarından çıxarılması zamanı
-dərman vasitəsi nadir hallarda istifadə olunursa
-dərman vasitəsi yerli bazarda yoxdursa

Azərbaycan Respublikasında dərman bazarının gün-gündən genişlənməsi, terapevtik və generik alternativlərin sayının artması, eləcə də, müalicə və diaqnostika metodikalarının dəyişməsi dərmanların rasional istifadəsi məsələsini aktuallaşdırmışdır. Bu sahədə qarşıya çıxan problemlərin həlli istiqamətində həyata keçirilən tədbirlərdən biri də, Azərbaycan Respublikasının ƏDV siyahısının hazırlanması idi. Bu siyahı 20.05.2011-ci ildə Səhiyyə Nazirliyinin Farmakoloji və Farmakopeya Ekspert Şurasının qərarı ilə təsdiq edilmişdir. Strukturuna görə ÜST-ün təxmini ƏDV siyahısı əsasında tərtib edilmişdir [3]. 23 bölmədən və 203 adda dərman vasitəsindən ibarətdir ki, bunların da 18-i ÜST-ün son buraxılış ƏDV siyahısından çıxarılmış və ya eyni terapevtik qrupdan olan yeniləri ilə əvəz olunmuşdur. Qeyd etmək yerinə düşərdi ki, siyahıda olan dərman vasitələrinin hamısı Azərbaycan respublikasında dövlət qeydiyyatından keçmişdir ki, bu da bir daha onların keyfiyyətinə, təhlükəsizliyinə və effektivliyinə zəmanət verir.

ƏDV siyahısına daxil olan 203 adda dərman vasitələrindən 29-u yəni, 13%-i dövlət tərəfindən alınmır və gələcəkdə alınması məqsədə uyğun hesab edilə bilər. Siyahıda olan dərman vasitələrinin təxminən 54%-nin satınalınması əhaliyə zəmanətli tibbi yardımın təmin edilməsi istiqamətində böyük rol oynayan "Stasionar şəraitdə istifadə olunan ən vacib dərman preparatları və tibbi ləvazimatların siyahısı"na əsasən aparılır[2]. Qeyd olunan satınalınma siyahısı mümkün qədər ƏDV siyahısına uyğunlaşdırılmalıdır. Yerdə qalan 34%-i isə aşağıda qeyd olunan müvafiq Dövlət Proqramları çərçivəsində alınırlar [1]:

1.Vərəmeleyhinə I sıra monotərkibli dərman vasitələrindən- streptomisin, izoniazid, pirazinamid, rifampisin, etambutol və II sıra dərman vasitələrindən isə amikasin, para-aminosalisil turşusu, protionamid Milli Vərəm Proqramı çərçivəsində Səhiyyə Nazirliyinin İnnovasiya və Təchizat Mərkəzi tərəfindən alınır və respublikanın bütün rayonlarında və Bakı şəhərində olan ixtisaslaşmış vərəm müəssisələri təchiz edilir. Bu proqram daxilində eləcə də, ƏDV siyahısında immunobioloji preparatların müayinə amilləri bölməsindən olan tuberkulin allergeni alınır.

2.Virusəleyhinə antiretrovirus dərman vasitələrindən dönən transkriptaza fermentinin nukleozid törəmələrindən emtisitabin və stavudin xaric olmaqla abakavir, didanozin, lamivudin, tenofovir və zidovudin, qeyrinukleozid tərkibli inhibitorlarından efaviren və nevirapin, proteaza inhibitorlarından isə yalnız kombinəolunmuş dərman vasitəsi olan lopinavir/ritonavir HİV/AİDS -in qarşısının alınması və onunla mübarizə üzrə Tədbirlər Proqramı çərçivəsində Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən alınır və Respublika QİÇS-lə mübarizə Mərkəzini təchiz edir. Proteaza inhibitorlarından olan indinavir, nelfinavir və sakvinavir ƏDV siyahısında olsa da belə hələ ki, bu proqram çərçivəsində alınmır. QİÇS-lə mübarizə Mərkəzi respublikanın bütün regionları üzrə QİÇS xəstələrinin bu dərman vasitələri ilə pulsuz təmin olunmasını həyata keçirir.

3.ƏDV siyahısında olan qısa və orta təsirli insulinlər və diabet əleyhinə digər dərman vasitələri - metformin, qliklazid və qlimeprid dövlət tərəfindən Şəkərli Diabet üzrə Tədbirlər Proqramı daxilində alınır. ƏDV siyahısı dərman çeşidini qətiyyən məhdudlaşdırmır, sadəcə olaraq əhalinin dərman təchizatının minimal hədlərinin müəyyənləşdirilməsinə xidmət edir. Belə ki, ƏDV siyahısında cəmi 5 adda diabetəleyhinə dərman vasitələri olduğu halda Şəkərli Diabet üzrə Tədbirlər Proqramı daxilində 14 adda dərman vasitəsi Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən alınır.

4.İmmunobioloji preparatlardan milli peyvənd təqviminə daxil olan vaksinlər Yoluxucu

Xəstəliklərin İmmunoprofilaktikasına dair Tədbirlər Proqramı, zərdab və immunoqlobulinlər isə – "Stasionar şəraitdə istifadə olunan ən vacib dərman preparatları və tibbi ləvazimatların siyahısı"na istinadən alınır.

5.Antineoplastik sitotoksik dərman vasitələri "Onkoloji xəstələrin şiş əleyhinə əsas preparatlarla təminatı üzrə Tədbirlər Proqramı", immunosupressiv dərman vasitələri isə «xroniki böyrək çatışmazlığı üzrə Tədbirlər Proqramına uyğun olaraq alınır.

6.Qan preparatlarından qan faktorları və dəmir xelatorlarından deferoksamin Hemofiliya və talassemiya irsi qan xəstəlikləri üzrə Tədbirlər Proqramı daxilində alınaraq Talassemiya Mərkəzi və digər ixtisaslaşmış müalicə profilaktika müəssisələri təchiz edilirlər.

Səhiyyə sahəsində qəbul edilmiş Dövlət Proqramları çərçivəsində alınan və ƏDV siyahısından kənarda olan dərmanlar da rasional istifadə prinsiplərinə əsaslanaraq seçilmiş, klinik protokollardan qaynaqlanmış, effektivliyi və təhlükəsizliyi sübuta yetirilmiş dərmanlardır.

ƏDV siyahısı bütün inkişaf etməkdə olan ölkələrdə olduğu kimi Azərbaycanda da əhalinin dərman təchizatının yeni keyfiyyət səviyyəsinə keçilməsində və eləcə də, dərmanların rasional istifadə olunmasında əvəzsiz rol oynayır. Odur ki, bu baxımdan ƏDV siyahısının tərtib edilməsi və dövrü olaraq yenidən baxılması üçün xüsusi koordinasiyaedici orqanın təyin edilməsi və bütün maraqlı tərəflərin bu prosesdə iştirakı zəruridir.

ƏDƏBİYYAT

1. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin 05.04.2011-ci il tarixli əmri ilə təsdiq edilmiş "Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin 2011-2015-ci illər üzrə Strateji Plani"
2. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin 22.12.2011-ci il tarixli 130 saylı əmri ilə təsdiq edilmiş "Stasionar şəraitdə istifadə olunan ən vacib dərman preparatları və tibbi ləvazimatların siyahısı"
3. "Azərbaycan Respublikası Əsas Dərman Vasitələri siyahısı" www.health.gov.az
4. Использование основных лекарственных средств / Седьмой доклад Комитета экспертов ВОЗ. Женева,1998, с.12-37.
5. Зурдинов А.З., Власов В.В. и др. Доказательная медицинская практика. Учебное пособие. Бишкек, 2008, 194 с.

Резюме

Роль перечня основных лекарственных средств в лекарственном обеспечении населения

Р.М. Абдуллаева, Г.А. Гусейнова

В представленной статье приведена информация о перечне Основных Лекарственных Средств ВОЗ, доведены до сведения требования о включении или исключении из перечня лекарств основанные на международной практике. В дополнение к этому поясняется роль списка Основных Лекарственных Средств Азербайджанской Республики в лекарственном обеспечении населения, а также приводится сравнительный анализ с другими мероприятиями, осуществляемыми Министерством Здравоохранения в этом же направлении.

Summary

The role of Essential Drug List on public health

R.M.Abdullayeva, G.A.Huseynova

The article present Essential Drug conception of WHO, inclusion and exclusion criteria of medicines to Essential Drug List based on international practice. In addition, discusses the role of Essential Drug List on public health and give comparative analysis of EDL with other activities of Ministry of Health in this field.

Daxil olub: 25.11.2014

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗ ОСТРОГО ГЕПАТИТА В У БОЛЬНЫХ С ФОНОВОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ И КАНДИДА ИНФЕКЦИЙ

Г.З. Алиева, З.О. Караев

Азербайджанский медицинский университет, кафедра микробиологии и иммунологии, г. Баку

Açar sözlər: Hepatit B virusu, qram-müsbət, qram-mənfi və Candida mənşəli mono-mikst infeksiyalar, kəskin B virus hepatitinin proqnozu.
Ключевые слова: вирусный гепатит В, грамм- положительный, грамотрицательный и Candida моно и микстинфекции, прогноз острого вирусного гепатита В
Key words: Hepatitis B virus, mono and mixed-type infections of gram-positive, gram-negative and Candida origins, the prognosis of acute Hepatitis B virus

На современном этапе вирусный ГВ является самым распространенным инфекционным заболеванием печени. Согласно оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), треть населения планеты, что составляет около 2 миллиардов человек, имеют доказательства перенесенной или имеющейся инфекции HBV, 350 миллионов населения земного шара инфицированы ВГВ хронически и обладают риском развития связанных с вирусом заболеваний печени [1].

В этиологической структуре вирусных гепатитов удельный вес острого ГВ занимает 15 - 18,4%, хронического ГВ - 39,9 - 50% [2,3]. По данным ВОЗ, вирусом ГВ ежегодно первично инфицируются более 50 млн человек. От 5 до 10% случаев острого HBV трансформируются в хронический [4,5].

По оценкам ВОЗ, каждый год во всем мире от вирусного гепатита В умирает от 1,3 до 1,5 миллионов детей и взрослых.

Механизм передачи инфекции – кровоконтактный. Восприимчивость людей к ВГВ высокая. Количество крови, достаточное для инфицирования вирусом ГВ составляет 10^{-6}-10^{-7} мл вируссодержащей крови [6]. Вирус гепатита В чрезвычайно устойчив во внешней среде.

Повышенный риск инфицирования вирусом ГВ отмечается среди больных гематологических и диализных отделений, наркоманов, лиц, страдающие хроническими гематологическими заболеваниями, которым показаны повторные переливания крови и ее продуктов. Устойчивые группы повышенного риска заражения гепатитом В представляют проститутки и гомосексуалисты.

К группе высокого риска заражения ВГ принадлежат также медицинские работники, контактирующие с кровью больных и вирусоносителей. Риск заболевания гепатитом В после «укола иглой» и контакта с чьей-либо зараженной кровью колеблется от 2% — если пациент является негативным по е-антигену вируса гепатита В, до 30% в случае, если е-антиген определяется. Ежедневно в мире умирает один врач от отдаленных последствий вирусного гепатита. Установлено, что ежегодно в США заражаются трансмиссивными гепатитами свыше 12000 работников здравоохранения, примерно 250 из них умирают. Сообщается, что уровень заболеваемости медицинского персонала в Казахстане указанными инфекциями превышает показатели заболеваемости населения страны в 1,5-6 раз.

Целъ исследования- изучение клинического теченияи прогноза гепатита В при условиях сопутствующей бактериальной и Candida моно и микстинфекции

Материалы и методы исследования. Всего было обследовано 162 человека в возрасте от 20 до 55 лет, из них 30 практически здоровых лиц (контрольная- I группа) и 132 больных острым гепатитом В(ОГВ). В группы II и III были включены больные ОГВ с легким течением заболевания, группы IV и V включали больных ОГВ со среднетяжелым и тяжелым течением; при этом группа II состояла из 21 пациента с легким течением заболевания без сопутствующей инфекционной патологии, группа III- из 38 человек, у которых гепатит сопровождался хронической персистирующей инфекционной патологии, IV группа включала 32 болъных без сопутствующей патологии, V группа состояла из 41 человека с ОГВ, развившимся на фоне хронической инфекции (таблица 1)

Таблица 1

Характеристика групп пациентов

Группа пациентов	Кол-во (чел.)	Основной диагноз	Тяжесть течения ОГВ	Пол М/Ж	Средний возраст (M±m)	Наличие фоновой персистирующей инфекции
I	30	Практически	-	14/16	31±4,5	-

		здоровые				
II	21	Острый гепатит В	Легкая	11/10	35±9,9	-
III	38	Острый гепатит В	Легкая	22/16	33±8,3	+
IV	32	Острый гепатит В	Средней тяжести	17/15	28±8,9	-
V	41	Острый гепатит В	Средней тяжести	20/21	43±10,7	+

У больных III и V групп хроническая персистирующая инфекция включала заболевания ЛОР-органов (хронический тонзиллит, хронический синусит), дыхательной системы (хроническая обструктивная болезнь легких, хроническая пневмония), пищеварительного тракта (оральный кандидоз, хроничесий фарингит, хронический анацидный / гипоцидный гастрит и гастродуоденит, хронический холецистит), мочеполовой системы (хронический пиелонефрит, хронический кандидозный вульвовагинит). Диагноз зоболевания ставился нами совместно с врачами инфекционистами на основании анамнестических, клинических, инструментальных и лабораторных данныя.

Микробиологичские исследования включали бактериологические и микологичские методы изучения патологических материалов-мокрота, мазки со слизистых оболочек ротовой полости, уретры, цервикально канала, влагалища, а также моча и фекали.Выделение чистых культур и их идентификация до вида проводили на основании морфологических, культуральных и биохимических свойств общепринятыми методами.

Нами была изучена клинического течения гепатита В с этиологическими факторами сопутствующей инфекции. Как показали исследования, среди больных с легкой формой гепатита (группа III) Грамм-положительные бактерии являлись наиболее частым этиологическим фактором сопутствующей инфекции и встречались в 4,7 раза чаще, чем Грамм- отрицательные и в 7,0 раз чаще, чем грибы рода Candida.

Другая картина обнаруживалась у больных V группы с гепатитом средней тяжнсти, развившемся на фоне другой инфекционной патологии. В большинстве случаев (68,3%) фоновые инфекции были обусловлены Грамм-отрицательными бактериями, в то время как Грамм-положительные бактерии встречались в 7,0 раз реже по сравнению с грамм-отрицательными. В этиологии сопутствующих инфекций Candidaspp. у больных V группы со среднетяжелым течением гепатита обнаруживались в 2,3 чаще, чем пациентов группы III с легким течением этой инфекции.

Внимания заслуживают сведения о результатах исследования цитокинов ИЛ-6, ИЛ-10, ТНФ-α у детей с бактеремией, вызванной Грам- положительными и Грам-отрицательными бактериями, проведенные в 2012г. Уровень этих цитокинов был значительно ($p<0,001$) выше среди детей с Грам- отрицательными бактериями по сравнению с инфицированными Грам-положительной микробиотой, что во многом подтверждает полученные нами данные при сравнительном исследовании цитокинов у больных III и V групп [7]. На основании своих исследований авторами предложен термин «Цитокиновы профиль Грам- отрицательных бактерий (G− bacterial infection related cytokineprofile G− BIRCP) и G+ BIRCP (1).

Прогностическая значимость фоновой инфекционной патологии. Далее мы исследовали влияние фоновой инфекционной патологии на прогноз острого вирусного гепатита В. Для этого все больные были обследованы через 6-8 месяцев после выписки из стационара по общепринятым критериям, включающим клиническую картину, серодиагностику и биохимические исследования функции печени. В целом среди 132 обследованных пациентов острым вирусным гепатитом В развитие хронической формы заболевания отмечено в 9,1% случаев.

В разных группах больных частота хронизации инфекции оказалась различна. Среди больных без фоновой патологии при легкой форме переход заболевания в хроническую форму отмечался в полтора раза чаще, чем при заболевании средней тяжести. Фоновая патология неоднозначно влияла на исход острого вирусного гепатита В. У пациентов со среднетяжелым течением острого гепатита В наблюдалось некоторое снижение хронизации инфекции по сравнению с группой IV (4,8% против 6,2%), в то время как у больных III группы переход острой формы гепатита в хроническую отмечался в 1,7 раз чаще, чем у больных

группы II с легким течением заболевания без фоновой патологии. При этом среди пациентов с легким течением гепатита, протекавшем на фоне инфекционной патологии, хронизация гепатита В отмечалась при инфицировании именно Грам- положительными микроорганизмами.

Известно, что антигенные свойства возбудителей во многом определяют особенности ответной реакции организма на патоген. Основным отличием Грам- положительных бактерий от Грам- отрицательных является строение клеточной стенки.

У Грам- положительных бактерий клеточная стенка, как правило, толще. Она на 60 - 90%, состоит из многослойного пептидогликана и включает минимальные количества (всего около 2%) белков и липидов.

Основу клеточной стенки Грамм- отрицательных бактерий составляют ориентированные внутренние липидные структуры (10-20%), которые в соединении с более поверхностно расположенными полисахаридами образуют липополисахаридный слой, обладающий выраженными антигенными свойствами. На поверхности клеточной стенки мозаично расположены белки и полисахариды, не закрывающие полностью липополисахарид. Кроме того, в клеточной стенке Грамм- трицательных бактерий имеются полимеры особого типа- тейхоевые кислоты (teichos-стенка), ковалентно связанные с пептидогликаном. Пептидогликан представлен лишь одним слоем (составляет всего 5—10%), который лежит глубоко под липополисахаридом. Этот внутренний, так называемый ригидный, слой толщиной всего 2-3 нм плотно покрывает протопласт, являясь своеобразным мешком из пептидогликана.

В последнее время важное значение в особенностях развития иммунной реакции на патоген придают сложной системе врожденного иммунитета, распознающих чужеродные агенты посредством образ-распознающих рецепторов – Toll-likereceptors (ТЛР).

Регуляция количества и качества цитокинов, продуцируемых в результате специфической активации ТЛР лигандом, осуществляется с помощью различных молекул, действующих на разные участки временной сигнальной многокомпонентной молекуляр¬ной структуры, начиная от самих ТЛР и кончая образуемыми цитокинами и экспрессированными рецепторами воспринимающей их клетки.

Тип адаптивного иммунного ответа на разныеинфектанты отличается (преимущественно клеточный или гуморальный) и определяется разным набором цитокинов, образующихся под влиянием специфически активированных ТЛР теми или иными патоген- ассоциированными молекулярными паттернами (ПАМП).

К настоящему времени наиболее изученными образраспознающими рецепторами являются ТЛР2 и ТЛР4. Известно, в частности, что бактериальные липопептиды, липотейхоевая кислота и пептидогликан, липоарабидоманнан микобактерий, зимозан связываются с ТЛР2 (образующим гетеродимеры с ТЛР2, ТЛР 1, ТЛР 6 и С D14), в то время как липополисахарид грамотрицательных бактерий, а также-маннан клеточной стенки бластоконидий Candida - с лигандом ТЛР4 [8,9,10,11,12].

Активация ТЛР2 приводит преимущественно к синтезу противовоспалительных цитокинов, в то время как стимуляция ТЛР4-провоспалительных. Величина активации ТЛР и уровень продуцируемых цитокинов зависит от количества связей «лиганд-ТЛР», разнообразия лигандов патогена, соединившихся с различными ТЛР, а также от последовательностиприсоединения различных лигандов и повторов этих присоеди¬нений во времени. Результат может быть разным: от максимально сильной активации синтеза цитокинов до развития полной толерантности клетки к данным лигандам. В последние годы стало ясно, что в наиболее изученных типах клеток присутствуют одновременно почти все семей¬ства ТЛР. В литературных источниках нами не обнаружено сведений об уровне экспрессии ТЛР2 и ТЛР4 при гепатите В, развившимся на фоне бактериальной или грибковой инфекции. В то же время, ряд авторов при изучении образ- распознающих рецепторов при остром гепатите В, показали повышение экспрессии ТЛР2 и ТЛР4 на мононуклеарах периферической крови, при этом имелась прямая корреляция уровня этих рецепторов с HBeAg в циркуляции [13].

Надо полагать, что фоновая инфекция, вызванная бактериями / грибами первично определяетцитокиновый профиль и развитие типа иммунного ответа на вторичную стимуляцию антигенами вируса. При фоновой патологии, вызванной Грам- положительными

бактериями первично активируется преимущественно гуморальное (Тх2) звено иммунитета. Персистирующая инфекция, обусловленная Грам-отрицательными бактериями или Candidaspp., поддерживает, как правило, через активацию ИЛ-12 и IP10 (интерферон- γ индуцибельный протеин 10)-развитие иммунной реакции на ВГВ преимущественно по Тх1 пути. В первом случае наблюдается менее выраженное повреждение инфицированных вирусом гепатоцитов, что определяет более легкое течение гепатита В, но чаще приводит к развитию его хронической формы.

Во втором случае высокая ответная реакция на вирус- инфицированные гепатоциты со стороны клеточного иммунитета вызывают преимущественно более тяжелое течение острого гепатита В, но в то же время способствует элиминации вируса в течение острого периода заболевания.

Таким образом, в проведенной нами работе были обследованы больные острым вирусным гепатитом В легкого и среднетяжелого течения, с неосложненным преморбидным фоном и развившимся на фоне хронической персистирующей бактериальной и локальной грибковой инфекцией.

Были определены возможные пути заражения вирусным гепатитом, проведены микробиологические и микологические исследования, функциональная активность моноцитов, субпопуляционный состав моноцитов и лимфоцитов периферической крови, цитокиновый статус пациентов, изучено влияние преморбидного фона на течение и исход острого вирусного гепатита В.

В результате работы было установлено, что наиболее частыми путями заражения гепатитом В являются использование общих шприцов при введении наркотиков и посещение процедурных кабинетов поликлиник. В значительном числе случаев происходит заражение медицинских работников, контактирующих с кровью больных.

Исследование моноцитов периферической крови показало, что у больных острым гепатитом В имеет место активация их функциональной активности. При этом выраженность активации моноцитов взаимосвязана с тяжестью течения гепатита. Наиболее высокие значения их адгезивных свойств, функции фагоцитоза, генерации активных форм кислорода, секреции и синтеза лизоцима, лобилизации лизосомальных мембран обнаружены у больных со среднетяжелым течением гепатита, особенно у больных с фоновой бактериальной /грибковой патологией. При среднетяжелом течении гепатита фоновая инфекционная патология способствует истощению функциональных резервов биоцидности моноцитов.

Установлено, что в процессе развития острого гепатита В происходит трансформация рецепторного аппарата части моноцитов, выражающаяся в экспрессии поверхностного рецептора CD16. Содержание моноцитов CD14+CD16+ имеет прямую взаимосвязь с тяжестью течения гепатита. Сопутствующая бактериальная или кандидозная инфекция сопровождается более выраженным накоплением клеток CD14+CD16+ по сравнению с больными гепатитом соответсвующей тяжести течения с благоприятным преморбидным фоном.

Выявлена взаимосвязь клинического течения острого вирусном гепатита В с иммунным статусом больных. При исследовании популяционного состава лимфоцитов периферической крови показано, что у больных острым вирусным гепатитом В имеет место существенное снижение количества Т- лимфоцитов (CD3+) в циркуляции. У больных со среднетяжелой формой заболевания выявлено достоверное снижение субпопуляцииТ- лимфоцитов с маркером CD4+ (Т- хэлперы) и увеличение количества лимфоцитов CD8+ (Т-эффекторы/ супрессоры). Легкое течение гепатита В сопровождалось возрастанием показателя CD4+/CD8+ При среднетяжелом течении гепатита наблюдалось увеличение данного показателя.

При исследовании уровня ТНФ-α, ИЛ-1β, ИЛ-6, ИФН-γ, ИЛ-4, ИЛ-10 было показано, что у всех групп больных возрастал уровень как провоспалительных, так и противовоспалительных цитокинов. Легкое течение гепатита сопровождалось снижением иммунорегуляторного индекса ИФН-γ/ИЛ-4, что свидетельствовало о преобладании гуморального иммунного ответа над клеточным. У больных с течением гепатита средней тяжести выявлено повышение ИФН-γ/ИЛ-4, что соответствует большей активации клеточного иммунитета по сравнению с гуморальным. При фоновой инфекционной патологии соответствующие изменения иммунного статуса были более выражены.

Показано, что фоновая персистирующая инфекционная патология оказывает неоднозначное влияние на клиническое течение и исход острого вирусного гепатита В. Легкая форма гепатита чаще ассоциирована с инфекциями, обусловленными Грам-положительными бактериями, в то время как среднетяжелая- с Грам- отрицательной бактериальной микробиотой и локальной кандидоинфекцией. Наибольший риск перехода острого гепатита в хроническую форму наблюдается при легком течении гепатита, развившемся на фоне инфекций, вызванных Грам- положительными бактериями.

Выводы: 1.Фоновые персистирующие инфекции оказывают влияние на клиническое течение острого вирусного гепатита В. Легкая форма гепатита чаще ассоциирована с инфекциями, обусловленными Грам- положительными бактериями, среднетяжелая- с Грам- отрицательной бактериальной микробиотой и локальной кандидоинфекцией. 2.Наибольший риск перехода острого гепатита в хроническую форму наблюдается при легком течении гепатита, развившемся на фоне персистирующих инфекций, вызванных Грам- положительными бактериями.

ЛИТЕРАТУРА

1.WHO, WHO/CS/CSR/LYO/2002.2: Hepatitis B

2.Васильева Е.А. Сравнительная характеристика вирусных гепатитов В и С по данным клинико-лабораторного и эпидемиологического обследования: Автореф. дисс. … канд. мед. наук. СПб, 1995, 23с.

3.Учайкин В.Ф. Гепатит В. Клиника и диагностика // Вирусный гепатит В: 350 млн. хронических носителей, 1999, №4, с.25-27

4.Hart S.P., Alexander K.M., Dransfield I. Immune complexes bind preferentially to Fc gamma RIIA (CD32) on apoptotic neutrophils, leading to augmented phagocytosis bymacrophages and release of proinflammatory cytokines // J.Immunol., 2004, N172, p.1882-1887

5.Wiersma S.T., McMahon B., Pawlotsky J.M. et al. Treatment of chronic hepatitis B virus infection in resource-constrained settings: expert panel consensus // Journal Epid Infect Dis. Current Items, 2012, №2, p.988 -997

6.Рахманова А.Г., Неверов В.А., Кирпичникова Г.И. и др. Вирусные гепатиты (этиопатогенез, эпидемиология, диагностика и терапия). СПб.: 2001, 57с.

7.Yongmin Tang, Chan Liao, Xiaojun Xu Th1/Th2 Cytokine profiles in G+/G− bacteremia in pediatric hematology/oncology patients // Pediatric Blood & Cancer, 2012, v.58, Iss.1, p 50-54

8.Ахматова Н.К., Киселевский М.В. Врожденный иммунитет противоопухолевой и противоинфекционный. М.: Практическая медицина, 2008, 250с.

9.Лебедев К.А., Понякина И.Д. Иммунология образраспознающих рецепторов. М.: URSS, 2008, 252 с.

10.Graaf C.A.A., Netea M.G., Verschueren I. et al. Differential Cytokine Production and Toll-Like Receptor Signaling Pathways by Candida albicans Blastoconidia and Hyphae // Infect Immun., 2005, v.l. 73, No.11, p. 7458-7464

11.Netea M.G., Chantal A.A., Graaf V. et al. The Role of Toll-like Receptor (TLR) 2 and TLR4 in the Host Defense against Disseminated Candidiasis // J Inftctious., 2002, v.185, Iss. 10, p.1483-1489

12.Netea M.G., Sutmuller R., Hermann C. Toll-like receptor 2 suppresses immunity against Candida albicans through induction of IL-10 and regulatory T cells // J. Immunol., 2004, No.172, p.3712-3718

13.Zhang W., Han L.L., Lin C.Y. et al. Study on the cellular and humoral immunity effect of recombinant Chinese hamster ovary cell hepatitis B vaccine in adults // Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi, 2010, v.44, No.10, p.918-922

Xülasə

Fon bakterial və kandida infeksiyalı xəstələrdə kəskin B hepatitininin klinik gedişatının xüsusiyyətləri və proqnozu

G.Z.Əliyeva və Z.Ö.Qarayev

Candida- bakterial mənşəli mono və mikst infeksiyalar fonunda kəskin B virus hepatitli 132 xəstənin klinik-mikrobioloji və immunoloji xüsusiyyətləri öyrənilmişdir. Müəyyən olunmuşdur ki, yüngül formalı B hepatitli (III qrup) xəstələrdə qram-müsbət mənşəli bakterial infeksiyalar qram-mənfi etiologiyalı infeksiyalara nisbətən 4,7 dəfə, Candida mənşəlilərdən isə 7 dəfə çox müşahidə

olunur. Digər qrup (V) orta ağır B virus hepatitli xəstələrdə mikst infeksiyaların çox qismi (68,3%) qram-mənfi bakterialarla törədilmişdir. Qram-müsbət etiologiyalı infeksiyaların miqdarı 7 dəfə az olmuşdur. Candida mənşəli infeksialar isə V qrup xəstələrdə III qrupdan 2,3 dəfə çox aşkar edilmişdir. Eyni zamanda 32 nəfər kəskin B virus hepatitli xəstələrdən 9,1%-in xronikləşdiyi müşahidə olunmuşdur. Bununla belə mono infeksiyalar fonunda baş verən yüngül formalı kəskin B virus hepatitli xəstələrdə xronikləşmiş orta ağır gedişli xəstələrlə müqayisədə 1,5 dəfə çox müşahidə olunmuşdur. Orta agırlıq dərəcəsi olan B virus hepatitli xəstələrdə IV qrupla müqayisədə xronikləşmənin nisbətən az (4,8%-in 6,2%-ə), III qrup xəstələrdə xronikləşmə II qrup yüngül formalı mikst infeksiyalarsız xəstələrlə müqayisədə 1,7 dəfə çox aşkar edilmişdir. Həmçinin xronikləşmə qram-mənfi etiologiyalı mikst infeksiyalar fonunda yüngül formalı kəskin B virus hepatitli xəstələrdə üstünlük təşkil etmişdir.

Summary

Study of the impact of bacterial and Candida mono and mixed-type infections on the clinical progressing and prognosis of acute hepatitis B

G.Z. Aliyeva, Z.O. Karayev

The clinical microbiological and immunological characteristics of acute Hepatitis B virusin the background of mono-infections and Candida infections- mixed-type infections of bacterial originwere studiedin 132 patients. It was determined that the bacterial infections of gram-positive origin in the patients with the mild hepatitis B (Group III) are observed 4.7 times more compared to gram-negative bacterial infection, and 7 times more than infections of Candida origin. Most of the mixed-type infections (68.3%) in the other group (Group V) patients with moderate to severe case of acute hepatitis B virus were derived by gram-negative bacteria. The amount of gram-positive infections was 7 times less. Candida infections in Group V patients were revealed to be 2,3 times more than in the patients of Group III. At the same time, the chronicization of the infection was observed in 9.1% out of 132 patients with acute hepatitis B virus. However, chronocization in the patients with mild acute hepatitis B virus progressing in the background of mono-infections was observed 1,5 times more than the moderate to severe case of acute HBV. The chronicization rate in the patients with moderate to severe case of acute hepatitis B virus was revealed to be less in comparison with GroupIV (4,8%/6,2%), while the chronicization in GroupIII was detected 1,7 times more compared to Group II patients with mild hepatitis B without evidence of mixed-type infections. The chronicizationprevailed in the patients with mild acute hepatitis B virus in the background of gram-negative mixed infections.

Daxil olub: 29.10.2014

HAMİLƏLƏRDƏ FETOPLASENTAR ÇATIŞMAZLIQ VƏ DÖLÜN İNKİŞAFDANQALMA SİNDROMUNUN PATOGENEZİ HAQQINDA ƏSAS TƏSƏVVÜRLƏR

N.M.Kamilova R.B.Səfərova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: fetoplasentar çatışmazlıq, cift, dölün inkişafdanqalması, hipotrofiya, dölün hipoksiyası, hamiləlik, azçəkli döl

Ключевые слова: фетоплацентарная недостаточность, плацента, внутриутробная задержка развития плода, гипоксия плода, беременность, плод с низкой массой тела

Key words: fetoplacental insufficiency, placenta, intrauterine growth retardation, fetal distress, pregnancy, the fetus with low body weight

Mamalığın inkişafının müasir mərhələsində mamalıq və ginekologiyanın qarşısında duran əsas məsələlərdən biri qadının analıq funksiyasının həyata keçirməsi, onun sağlamlığının mühafizə edilməsi və sağlam uşağı dünyaya gətirməsidir [1,2]. Bu problemin aktuallığı antenatal dövrün ağırlaşmalarının tezliyinin artması ilə şərtlənir ki, bu da

yenidoğulmuşun funksiya və sistemlərinin patoloji vəziyyətlərinin meydana gəlməsinə səbəb olur və onun sonrakı ömrü boyu sağlanlığının gedişatını müəyyən edir (40-80%). Hamiləliyin xoşagəlməz nəticələri riskinin artmasında 30,6% fetoplasentar çatışmazlıq, 20%hestoz, 35% hamiləlik düşüklərinin payına düşür [3,4].

Plasentar çatışmazlıq anlayışı 1973-cü ildə meydana gəlmişdir. Plasentar çatışmazlıq müasir mamalıq və perinatologiyanın əsas problemlərindən biridir. Onun tezliyi müxtəlif müəlliflərin fikrincə, 22-45% arasında tərəddüd edir. Xüsusilə yanaşı gedən ekstragenital xəstəliklər olduqda onların tezliyi daha çox artır [5]. Bundan başqa belə dəyişikliklərin mümkün səbəblərindən biri infeksion agent və virusların törətdiyi cift nahiyəsində itlihabi proseslər ola bilər. Xronik PÇ zamanı perinatal ölüm 65% təşkil edir. Hazırda perinatal xəstələnmə və ölümün göstəricisinin həddi və dinamikası millətin sağlamlıq və rifahının özünəməxsus indikatoru, səhiyyə sisteminin, tibbi və farmakoloji yardımın qiymətləndirilməsi üçün obyektiv meyar hesab olunur. İnkişaf etmiş sənaye ölkələrində ana və körpə ölümünün aşağı salınmasında nailiyyətlərin əldə edilməsi son yüzilliklər həmin ölkələrdə toplanmış təcrübə və elmi tədqiqatların geniş klinik tətbiqinə əsaslanmışdır. Bu göstəricilər bütün hamiləlik və doğuş boyunca effektiv müalicə və profilaktika metodlarının tətbiq edilməsi, eləcə də zərərli və faydasız olan metodlardan imtina edilməsi zərurətini qarşıya qoyur [6,7,8].

Plasentar çatışmazlıq- patofizioloji fenomen olub, dölün trofik, endokrin və metabolik funksiyalarının pozulması kompleksindən ibarətdir. Belə pozuntular onların adekvat inkişafına mane olaraq, ana ilə döl arasındakı mübadilə çatışmazlığına səbəb olur [9,10].

PÇ-in inkişafının əsasını uşaqlıq-cift və döl-cift qan dövranın pozulması təşkil edir. PÇ-in inkişafının daha bir səbəbi vaxtından əvvəl doğuş təhlükəsi təşkil edir ki, uzun müddət davam edən uşaqlıq hipertonusu retroplasentar mühitdə venoz dövran pozuntusuna səbəb olur, nəticədə ciftin özündə trofik və müabdilə prosesləri pozuntuları baş verir. Bununla yanaşı olaraq mikrosirkulyator axın disfunksiyası, qanın reoloji və detoksikasiya xassələrinin pozulması baş verir. Döl orqanizminin müdafiə-uyğunlaşma imlkanları aşağı düşür və döldə hipoksiya inkişaf edir [11,12]. Hipoksiyaya cavab olaraq dölün orqanizmində qan axının kompensator paylaşdırılması baş verir, bu da öz növbəsində müxtəlif orqan və sistemlərdə mikrosirkulyator axının zədələnməsinə gətirib çıxarır. Dölün orqanlarında distrofik dəyişikliklər müşahidə edilir. Bu uşaqlar doğulduqdan sonra müxtəlif xəstəliklərin inkişafı üzrə risk qrupuna aid edilməlidirilər: piylənmə, şəkərli diabet, ürək-damar sistemi, cinsiyyət-sidik sistemi, sümük sistemi və görmə analizatorlarının patologiyası. Praktika ilə təsdiqlənən elmi tədqiqatlardan məlun olduğu kimi PÇ olan analardan doğulan uşaqlar nevroloji və psixi xəstəliklərin, məsələn, serebral paraliç, şizofreniyanın inkişafı üzrə yüksək risk qrupuna aiddirlər. Bu, PÇ-in embrional inkişafın ləngiməsinə və sinir sonluqlarının mielinizasiyasına, eləcə də dölün beyin hüceyrələrimim patoloji apoptoz hallarına səbəb olması ilə bağlıdır [13.14,15].

PÇ-in çoxfaktorlu təbiəti, erkən mərhələdə baş verməsinin mümkünlüyü, klinik təzahürlərin müxtəlif ağırlıq dərəcəsində olması nəzərə alınaraq, onun ümumi qəbul edilmiş təsnifatları da rəngarəngdir [2,4,7].

Ana və dölün orqanizmində baş verən morfoloji dəyişikliklərə səbəb olan universal reakasiyalar morfoloji dəyişikliklər izolə olunmuş şəkildə baş vermir, bu səbəbdən PÇ 3 formaya ayrılır:

1)hemodinamik, uşaqlıq-cift və döl-cift basseynlərində baş verən pozunutular;

2)plasentar- membran, plasentar membranın metabolitlərin nəqli qabiliyyətinin aşağı düşməsi ilə xarakterizə olunur;

3)hüceyrə-parenximatoz, trafoblast və ciftin hüceyrə aktivliyinin pozulması ilə bağlı olur [10.13].

Klinik-morofoloji əlamətləri [9,14]:

-birincili çatışmazlıq- (16 həftəyə qədər), ciftin formalaşdığı müddətdə- implantasiya, erkən embriogenez və genetik, endokrin, infeksion və başqa faktorların təsiri altında plasentasiya dövründə baş verir. Birincili çatışmazlığın inkişafında desidual toxumanın fermentativ çatışmazlığı (yumurtalıqların disfunksiyası, quruluş, yerləşmə və ciftin bərkiməsinin anatomik pozuntuları, eləcə də vaskulyarlaşma və xorion yetişkənlik pozuntuları) böyük əhəmiyyət kəsb edir. Birincili PÇ dölün anadangəlmə anomaliyalarının inkişafına, hamiləliyin inkişafdan qalmasına səbəb olur. Klinik olaraq bu hal özünü hamiləliyin kəsilməsi və ya erkən mərhələdə özbaşına düşüklər mənəzərəsi ilə büruzə verir. Ayrı-ayrı hallarda birincili PŞ ikinciliyə keçir;

-ikincili (gec) plasentar çatışmazlıq, ana tərəfdən baş verən faktorların təsiri altında

hamiləliyin 16-cı həftəsində formalaşmış cift fonunda baş verir. Ananda arterial hipo- və hipertenziya, ciftin hissələrinin qopması, qanın reoloji xassələrinin dəyişməsi, eləcə də daha gec mərhələdə ananın orqanizmində infeksion agentlərin olması. bərpa reaksiyalarının dəyişməsi və uşaqlıq qan dövranın pozulması nəticəsində baş verir.

Plasentar çatışmazlığın klinik gedişatı üzrə PÇ iki istiqamətdə inkişaf edə bilər [7,15]:

1)kəskin-desidual perfuziya və uşaqlıq-plasentar qan dövranın sürətli gedişatlı pozuntuları. PÇ-in kəskin təzahür forması infarktlar, ciftin vaxtından əvvəl qopması hesab olunur. Nəticədə sürətlə dölün məhvi və hamiləliyin pozulması baş verir.

2.xorionik- yüksək risk qrupuna daxil olan təqribən hər 3 qadından birində müşahidə edilən patologiyadır. O, erkən olaraq hamiləliyin II trimestrində inkişaf edə və uzun müddət davam edə bilər. Xorionik PÇ-yə aiddir (kompensator-uyğunlaşma reaksiyaların vəziyyətindən asılı olaraq):

-nisbi PÇ- ciftdə kompensator toxuma, hüceyrə və subhüceyrə səviyyələrdə (rezorbsiya liflərinin, terminal liflərin kapillyarlarının, fəaliyyətdə sinsial düyünlərin sayının artması) reaksiyaların mühafizə edilməsi ilə dölün həyat qabiliyyətinin dəstəklənməsi ilə müəyyən edilir. Ciftin yetişmə prosesinin pozulması və immun pozuntular müəyyən əhəmiyyət kəsb edir.

-mütləq PÇ- xronik PÇ-in daha ağır forması. Xorinonun toxuma səviyyəsində kompensator-uyğunlaşma reaksiyalarının olmaması şəraitində involyutiv-distrofik, sirkulyator və iltihabi xarakterli cift zədələnmələri zamanı yetişkənliyi pozulması fonunda inkişaf edir [16].

PÇ-in səbəbləri endogen və ekzogen faktorlar olmuşdur. Endogen faktorlara ciftin formalaşması prosesinin pozulması aiddir. Bununla yanaşı olaraq yumurtalıqların hormonal funksiyası, miometriya və endometriyanın dəyişməsi, siqaret çəkmə və başqa zərərli vərdişlər, eləcə də, xüsusi olaraq hamiləlik müddətində qadın xəstəlikləri ilə əlaqədər olaraq damar və fermenttiv çatışmazlıq inkişaf edə bilər [12,14].

Ekzogen faktorlar, bir qayda olaraq, uşaqlıq-cift pozuntularına gətirib çıxarır. Onlara aiddir: hamilələrdə arterial hipertenziya (uşaqlıq damarlarının spazmları) və aşağı boş venanın basılması (ciftə qan axının azalması ilə əlaqədar olaraq uşaqlıq qan dövranın dəyişməsi), uşaqlığın uzun müddət sıxılması və ödem sindromu, infarktların baş verməsi, ciftin hissələrinin qopması, liflərin yetişmə prosesinin pozulması, bətndaxili infeksiyalaşma, teratogen faktorların təsiri, ana və döldə qanın reoloji və koaqulyasiya xassələrinin dəyişməsi [5,11].

Həmçinin risk faktorlarının təyin edilməsi xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Onlar aşağıdakı qruplara ayrılır:

1.Sosial-bioloji yaş: ana və atanın yaşı, əlverişsiz şəraiti olan müəssisədə çalışmaq, alkohollu içkilərin qəbul edilməsi, siqaret çəkmə, boy-çəki göstəriciləri, ailə vəziyyəti.

2.mamalıq anamnezi: vaxtından əvvəl doğuşlar, əvvəlki doğuş ağırlaşmaları, sonsuzluq, uşaqlıq boynunda inkişaf anomaliyaları, şişlər, istmik-servikal çatışmazlıq.

3.Ekstragenital xəstəliklər: ürək-damar patologiyası, böyrək xəstəlikləri, endoktrin sistem, qan xəstəliklər, kəskin və xronik infeksiyalar.

4. Hazırki hamiləliyin ağırlaşması: hamiləliyin ikinci yarısında qanaxmalar, az- və çosmayelilik, çoxdöllü hamiləlik, doğuşun gecikməsi və ya hamiləlik düşüyü təhlükəsi, hestozun ağır formaları, ana ilə dölün qan uyğunsuzluğu.

5.Döl və fetoplasentar sistem patologiyası (dölün hipotrofiyası, sidikdə estriolun səviyyəsinin aşağı düşməsi) [9,16].

Lakin PÇ-in çoxfaktorlu təbiətinə baxmayaraq xornik formanın formalaşması ya qidalandırıcı funksiyanın pozulması (trofik çatışmazlıq) zamanı, ya da qidalı maddələrin sovrulması və həzmi prosesinin pozulması zamanı, həmçinin dölün öz maddələr mübadiləsi məhsullarının sintezinin pozulması inkişaf edir. Yaxud da oksigen nəqlinin pozulması ilə əlaqədar olaraq tənəffüs çatışmazlığı baş verir. Qeyd etmək lazımdır ki, PÇ-in birinci tip üzrə inkişaf etməsi hamiləlyin daha erkən mərhələsində baş verir və çox zaman dölün bətndaxili inkiafdanqalmasına gətirib çıxarır. Qeyd olunan hər iki yol ya sərbəst şəkildə inkişaf edə bilər, ya da başqaları ilə yanaşı ola bilər. Onlar birincili və ikincili PÇ-in patogenezinin əsasını təşkil edir. Plasentar çatışmazlığın inkişafı dölün boyunu təyin edən faktorlardan biridir. Dölün hipoksiyası zamanı qan dövranı elə paylaşdırılır ki, beyinə və ürəyə qan axını başqa orqanlara nisbətən normadakından daha çox olur. Baxmayaraq ki, həmin orqanların qan təchizatı onsuz da yüksək olur. Bununla yanaşı olaraq başqa orqanların (qaraciyər, timus, ağciyərlər) çəkisi azalır. Uşaqlıq-plasentar qan dövranın pozulması ilə müşayiət olunan fetoplasentar çatışmazlığın baş veridiyi antenatal ontogenezin böhranlı vəziyyətlər sırasına təkcə hamiləliyin sonuncu trimestrini deyil, həm

də ciftin fomalaşmağa başladığı ilkin dövrü də aid etmək olar. Lakin fetoplasentar çatışmazlığın inkişafı nəticəsində sonuncu həftələrdə dölün inkişafdan qalması baş verir. Bu dövrdə ciftdəki infarktlar cift baryerinin səthinin azalmasına səbəb olur. Müəyyən edilmişdir ki, müayinə edilən hər 1000 uşaqdan 11-i praktik sağlam olur. Orta hesabla bir uşağa 2,5 xəstəlik düşür. Bu uşaqlar doğulduqdan sonra onları bir sıra xronik xəstəliklər üzrə risk qrupua aid etmək lazımdır [11,14,15].

ÜST tövsiyələrinə əsasən 2500 q-dan az çəki ilə dünyaya gələn uşaqlar doğuşdan sonra azçəkli uşaqlar hesab olunur. Bununla yanaşı olaraq azçəkili uşaqları 3 qrupa aid etmək lazıdmır:

1)hestasiya müddətinin 37-ci həftəsində dünyaya gələn uşaqlar- vaxtından əvvəl doğulmuşlar.

2)hestasiya müddətinin 37-ci həftəsinə qədər dünyaya gələnlər, vaxtından əvvələ doğulan bətndaxili inkişafdanqalma sindromu olan uşaqlar hesab olunurlar.

3)hestasiyanın 37-ci həftəsindən sonra dünyaya gələn uşaqlar- vaxtında doğulan bətndaxili inkişafdanqalma sindromu olan uşaqlar hesab olunurlar.

DBİS-in etioloji faktoru hipertoniya və induksiya olunmuş hamiliklər hesab olunuhr. Perinatal infeksiyalar da dölün bətndaxili inkişafdan qalmasına səbəb olur və həmin patologiyanın 10%-ni təşkil edir. Qızılca xəstəliyi 60% hallarda bətndaxili inkişafdanqalmaya səbəb olur. Dölün bətndaxili inkişafdanqalma hüceyrələrin sayının azalması və dölün müxtəlif orqanlarında mitotik aktivlik ilə bağlıdır. Qızılca virusu xırda damarların endotelini zədələyir ki, bu da xorion liflərinin kapillyarlarının endotelinin nekrotik dəyişikliklərinə gətirib çıxarır [13,15,18].

DBİS-in ikinci qrup faktorlarına plasentar faktorlar aiddir. Dölün adekvat miqdarda qida ilə təmin edən sistem sıradana çıxır. Nəticədə dölün çəki çatışmazlığı və cift səthində struktur anomaliyaları (infarkt, kalsinoz, fibroz, hemangiom, damarların trombozu, plasentit və s.), ciftin qopması, ciftin inkişaf qüsurları (ana patologiyalarına münasibətdə birincili və iknicili) baş verir [19].

Üçüncü qrupa sosial-bioloji faktorlar aiddir-ananın aşağı sosial-iqtisadi və təhsil səviyyəsi, ananın 15-17 yaşlar arasında yeniyetmə yaşlarında olması, yüksək dağlıq ərazilərdə yaşama.

Dölün bətndaxili inkişafdanqalma sindromunun 3 variantı vardır: hipertrofik, hipoplastik və displastik. Hipoplastik variantın ağırlıq dərəcəsi bədən uzunluğu və başın çevrəsinə əsasən təyin edilir, yüngül dərəcəli defisiti- 1,5-2 siqma, orta -2 və ağır- 3 simqdan çox. Displastik variantın ağırlıq dərəcəsi daha çox bədən çəki defisiti ilə deyil, onda olan qüsurların xarakter, sayı, dizembriogenezin ağırlıq siqması, MSS-in vəziyyəti, xəstəliyin xarakteri ilə təyin edilir [7,13].

Dölün bətndaxili inkişafdanqalma sindromu hamiləliyin konkret müddəti üçün orta statistik bədən çəkisinə uyğunluğu haqqında təsəvvürlər ilə bağlıdır. Orta statistik bədən çəkisindən kənaraçıxma olduqda xarici ədəbiyyatda *"small for gestational age"* terminindən istifadə edilir. Bu termin 10 persentildən aşağı bədən çəkisinə uyğundur. Qeyd etmək lazımdır ki, aşağı bədən çəkisi olan körpələrə sağlam, lakin konstitusional kiçik olan uşaqlar da aid edilir [12,18].

Sindromun təyin edilməsi üçün, demək olar ki, eyni hüquqda "dölün hipotrofiyası", "bətndaxili inkişafın ləngiməsi", ingilis dilli ədəbiyyatda isə "*intrauterine growth retardation"* terminindən istifadə edilir.

Perinatal təbabətdə BDİS diaqnozunu qoymaq kifayət qədər çətindir. Bəzi müəlliflərin fikrincə, BDİS-i 60% halda klinik metodlarla təyin etm\k mümkün deyildir. Əlavə müayinə metodlarından istifadə etmədən 25% halda diaqnozu dəqiqləşdirmək mümkündür. Ona görə də bütün hamilələr dəqiqi müayinələrdən keçməlidirlər. BDİS vaxtında aşkar edildikdə mamalıq taktikasını dəyişmək və pis perinatal nəticələrdən uzaq olmaq mümkündür [15,18,20].

Hesatasiya yaşını Ballard şkalası üzrə təyin etmək olar. Bu şkala 2 həftəyə qədər dəqiqliklə dölün hestasiya müddətini qiymətləndirməyə imkan verir. Həmin metod 30-42-ci həftələrdə dəqiq nəticələr verir. DBİS ilə doğulan uşaqlar həmin şkala üzrə dəqiq nəticələr verir. Aparılan müayinələr əsasında hamilələrin aparılması taktikası seçilir [21,22].

Beləliklə, DBİS problemi müasir təbabətdə aktual olaraq qalmaqdadır. Həmin problem böyük sosial-iqtisadi əhəmiyyət kəsb etidiyi üçün onun gələcək tədqiqatlarının aparılması xüsusilə zəruridir. Bu baxımdan onun etiologiya, patogenezi, diaqnostikası, müalicə və profilaktikası üzrə tədqiqatlar aparılmalıdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Белоусов Д.М. Предгравидарная подготовка женщин с привычным невынашиванием беременности ранних сроков: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2007, 24 с..

2. Зарубина Е.Н., Бермишева О.А., Смирнова А.А. Современные подходы к лечению хронической фетоплацентарной недостаточности // Проблемы репродукции, 2000, №5, с.16-8

3. Макаров О.В., Козлов П.В., Насырова Д.В. Синдром задержки развития плода: **современные** подходы к фармакотерапии // Российский вестник акушера–гинеколога, 2003, №3, с.18-22.

4. Neerhof M.G., Thaete L.G. The fetal response to chronic placental insufficiency. // Semin. Perinatol., 2008, v. 32, p.201-205.

5. Волощук И.Н. Морфологические основы и патогенез плацентарной недостаточности: Автореф дис. ... докт. мед. наук. М., 2002

6. Краснопольский В.И., Логунова Л.С., Туманова В.А.Клиническая, ультразвуковая и морфологическая характеристики хронической плацентарной недостаточности // Акушерство и гинекология, 2006, №1, с.13-16

7. Кулаков В.И., Орджоникидзе Н.В., Тютюнник В.Л. Плацентарная недостаточность и инфекция. М.: Медицина, 2004, 494 с.

8. Кулаков В.И., Орджоникидзе Н.В., Тютюнник В.Л. Плацентарная недостаточность и инфекция. Руководство для врачей. М., 2004, 494с

9. Costa S.L., Proctor L., Dodd J.M. et al Screening for placental insufficiency in high–risk pregnancies: is earlier better? // Placenta, 2008,v.29(12), p.1034-40

10.Логутова Л.С., Новикова С.В. Применение хофитола для профилактики плацентарной недостаточности у беременных группы высокого риска // Российский вестник акушера-гинеколога, 2004, №5, с. 44-45

11.Доброхотова Ю.Э., Сухих Г.Т., Файзуллин Л.З. Роль гипергомоцистеинемии в генезе неразвивающейся беременности и начавшегося выкидыша // Русский медицинский журнал, 2005,№13(17), с.1110-1113

12.Ergaz Z., Avgil M., Ornoy A. Intrauterine growth restriction–etiology and consequences: what do we know about the human situation and experimental animal models? // Reprod Toxicol., 2005, v.20(3), p.301-22.

13.Липатов И.С., Мельников В.А., Тезиков Ю.В. Оценка степени тяжести плацентарной недостаточности у беременных // Российский вестник акушера-гинеколога, 2008, №5, с.38-43

14.Мачарашвили Э.Т. Генетические и иммунологические аспекты ЗРП при недонашивании: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2005, 25 с.

15.Радзинский В.Е., Милованов А.П. Экстраэмбриональные структуры. М., МИА, 2003, 720с

16.Радзинский В.Е., Смалько П.Я. Биохимия плацентарной недостаточности. М., 2002, 165с.

17.Harkness U.F., Mari G. Diagnosis and management of intrauterine growth restriction // Clin Perinatol., 2004, v.31(4), p.743-64

18.Савельева Г.М. Достижения и перспективы перинатальной медицины // Акушерство и гинекология, 2003, №2, с.3-6

19.Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. М.; Триада–Х, 2002, 304с.

20.Сидорова И.С., Макаров И.О. Клинико–диагностические аспекты фетоплацентарной недостаточности. М.: Медицинское информационное агентство, 2005, 296с

21.Baptiste–Roberts K., Salafia C.M., Nicholson W.K. et al Maternal risk factors for abnormal placental growth: the national collaborative perinatal project // BMC Pregnancy Childbirth, 2008, v.23, p.44.

22.Chou A.K., Hsieh S.C., Su Y.N. et al Neonatal and pregnancy outcome in primary antiphospholipid syndrome: a 10–year experience in one medical center // Pediatr Neonatol., 2009, v.50(4), p.143-6

23.Hui L., Challis D. Diagnosis and management of fetal growth restriction: the role of fetal therapy // Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol., 2008. v.22(1), p.139-58

Резюме

Основные представления о патогенезе развития фето-плацентарной недостаточности и синдром задержки развития плода у беременных

Н.М. Камилова, Р.Б.Сафарова

На современном этапе развития акушерства основными задачами являются создание оптимальных условий для осуществления женщиной, функции материнства, сохранение ее здоровья и обеспечение рождения здорового ребенка. Актуальность определяется высокой частотой осложненного течения антенатального периода, которое обусловливает патологическое становление большинства функций и систем новорожденного и во многом определяет его здоровье в течение всей последующей жизни данной патологии (40-80%). В повышении риска неблагоприятного исхода беременности на долю ФПН приходится 30,6%, гестоза - до 20%, невынашивания беременности - 35%. Таким образом, проблема СЗРП остается актуальной в современной медицине и в силу своей социальной значимости требует дальнейших исследований в плане изучения этиологии, патогенеза, диагностики, лечения и профилактики данной патологии.

Summary

Basic understanding of the pathogenesis of placental insufficiency and fetal growth retardation syndrome in pregnant women

N.M. Kamilova, R.B.Safarova

At the present stage of development of Obstetrics main objectives are to create optimal conditions for the woman, the function of motherhood, maintaining her health and ensuring a healthy baby. The relevance is determined by a high rate of morbidity antenatal period, which causes abnormal formation of most of the functions and systems of the newborn and largely determines his health for the entire life of this disease (40-80%). In the increased risk of adverse pregnancy outcome in the share accounted for 30.6% of FPN, preeclampsia - up to 20%, miscarriage - 35%. Thus, the problem FGR remains relevant in modern medicine and by virtue of its social significance requires further investigation in terms of studying the etiology, pathogenesis, diagnosis, treatment and prevention of this disease.

Daxil olub: 24.10.2014

KOMPLEKS TERAPİYA PROSESİNDƏ PƏNCƏLƏRİN MİKOZU İLƏ XƏSTƏLƏRDƏ HÜCEYRƏ VƏ HUMORAL İMMUNİTETİN GÖSTƏRİCİLƏRİNİN DİNAMİKASI

K.A.Məmmədov

Mərkəzi dəmiryolu xəstəxanası, Bakı

Açar sözlər: pəncələrdə mikoz, göbələk, hüceyrə immuniteti, humoral immunitet

Ключевые слова: микозы стоп, грибки, клеточный иммунитет, гуморальный иммунитет

Keywords: tinea pedis, fungi, cell-mediated immunity, humoral immunity

Müasir dövrdə dəmiryolu nəqliyyatında yeni istehsalat texnologiyalarının inkişaf etməsi və dəmiryolu işçilərinin peşə seçiminə dair tələblərin ciddiləşməsi ilə bərabər, işdə qəzaların baş verməməsi üçün qoyulan müəyyən tələblər xidməti vəzifələrinin müvəffəqiyyətlə yerinə yetirilməsində aparıcı peşə (lokomotiv briqadalarının, qatar və manevr dispetçerlərinin, stansiya üzrə növbətçilərin və s.) işçilərinin əmək fəaliyyəti prosesində peşə sağlamlığının və peşə yararlığının qorunmasına xidmət edir [4]. Dəmiryolu nəqliyyatı səhiyyəsi sistemində əsas spesifik vəzifələrdən biri dəmiryolu işçilərində «orqanizmin tükənməsinin» qarşısının alınması və xəstəliklərin profilaktikası sayılır ki, o da əmək və istirahət rejiminin, əməyin gigiyenası rejiminin hazırlanması və təmin olunması vasitəsilə həyata keçirilir [4].

Pəncələrin mikozu ən çox iş qabiliyyətli əhalini zədələyərək xəstələrin həyat keyfiyyətinə və sağlamlıq vəziyyətinə mənfi təsir göstərir və bu problemi tək tibbi deyil, həm də sosial-iqtisadi yönümli edir [1,2,3]. Mühüm praktik əhəmiyyətinə baxmayaraq, hazırki dövrə qədər mikoz infeksiyasının patogenezinin bir çox məsələləri, o cümlədən lipidlərin peroksidləşməsinin, antioksidant müdafiənin, immun statusun, pentozofosfat siklinin və qlikozaminqlikanların (QAQ) metabolizminin dəyişikliklərinin bir sıra xüsusiyyətləri kifayət qədər öyrənilməmişdir [5, 6, 7, 8].

Bununla belə, pəncələrin mikozunun yaranmasının və inkişafının başlanğıc mərhələlərində

düzgün aparılan müalicə, müntəzəm, yardımçı terapiya sonralar belə xəstələrin həyat keyfiyyətini xeyli yaxşılaşdırmağa imkan verir, onların uzun müddət əmək qabiliyyətinin saxlanmasını təmin edir ki, bu da belə xəstələrin əmək qabiliyyətini daimi və ya müvəqqəti itirdikdə daha böyük iqtisadi zərərə məruz qalan dəmiryolu sənayesi üçün olduqca vacibdir.

Tədqiqatın material və metodları. Randomizəedilmiş tədqiqatlardan istifadə edilmiş və 2 qrup yaradılmışdır: əsas qrup 111 nəfərdən ibarət olmuşdur. Onlara öyrənilən terapevtik müdaxilələr tətbiq olunmuşdur. Müqayisə qrupu-30 nəfərdən ibarət olmuşdur (onlara yalnız bakteriostatik preparatların məhlulları ilə birgə antimikotiklərlə müalicə aparılmışdır).

Tədqiqata qoşulma meyarları: patoloji materialın mikoskopiyası və sonradan törədici kulturanın aşkar edilməsi ilə təsdiqlənmiş pəncələrin ağırlaşmış mikozları; 18 yaşdan 65 yaşa qədər olan pasiyentlər; xəstəliyin 25 ilə qədər sürməsi; ağır somatik və psixi xəstəliklərin olmaması; pasiyentin könüllü məlumatlandırılaraq razılığının alınması.

Statistik işlənmə Statistica for Windows (6.0 variantı) proqram təminatı çərçivəsində aparılmışdır. Fərqlərin dürüstlüyünü qiymətləndirmək üçün Styudent meyarından istifadə olunmuşdur. Fərqlər $p< 0,05$ olduqda dürüst hesab edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Pəncələrin mikozu olan xəstələrin hamısında lazım gəldikdə digər ixtisaslardan olan həkimlər cəlb olunmaqla ətraflı tibbi müayinə edilmişdir. Zədələnmə ocaqlarından aşağıdakı mikroflora ayırd edilmiş və sanasiya olunmuşdur (cədvəl 1).

Cədvəl 1-in məlumatları əsas qrupda müalicə metodunun üstünlüklərini nümayiş etdirir. Belə ki, məsələn Staphylococcus aureus müalicədən əvvəl əsas qrupun xəstələrində 61,3% hadisədə aşkar edilmişsə, müalicədən sonra- 3,6%-də, müqayisə qrupunda isə müalicədən əvvəl - 50,0%-də və müalicədən sonra- 10,0% halda əkilmişdir, yəni əsas qrupda Staphylococcus aureus-un sanasiyası bir neçə dəfə yüksək olmuşdur ($p<0,05$). Xəstələrin hər iki qrupunda qanın və sidiyin ümumi klinik müayinələrində patoloji dəyişikliklər nə müalicədən əvvəl, nə də müalicədən sonra aşkar edilməmişdir.

Pəncələrin mikozunun ağırlaşmış formalarının kompleks müalicəsində «Abisil» preparatının tətbiqi zamanı hepatotoksikilik və nefrotoksikilik müşahidə olunmamışdır. Müalicədən sonra göstəricilərdə dəyişiklik baş verməmiş və ya dəyişikliklər statistik cəhətdən dürüst olmamışdır ($p>0,05$) (cədvəl 2).

Əsas qrupda pəncələrin ağırlaşmış mikozu olan 17 pasiyentdə və müqayisə qrupunda 7 xəstədə immunoqrammanın məlumatları öyrənilmişdir. Onların göstəricilərini normal rəqəmlərlə müqayisə etmək məqsədilə 5 sağlam şəxsdən ibarət qrup yaradılmışdır (cədvəl 3).

Cədvəl 1

Xəstələr qrupunda müalicədən əvvəl və sonra zədələnmə ocaqlarında mikrofloranın tərkibi

Mikroflora	Qruplar							
	Əsas (n=111)				Müqayisə (n=30)			
	Müalicədən əvvəl		Müalicədən sonra		Müalicədən əvvəl		Müalicədən sonra	
	Müt.	%	Müt.	%	Müt.	%	Müt.	%
Staphylococcus aureus	68	61,3	4	3,6	15	50,0	3	10,0
Staphylococcus epidermidis	12	10,8	1	-	3	10,0	1	-
Streptococcus pyogenes	3	2,7	-	-	1	-	-	-
Escherichia coli	3	2,7	-	-	1	-	-	-
Proteus	3	2,7	-	-	1	-	-	-
Staphylococcus aureus Escherichia coli ilə birgə assosiasiyada	10	9,0	-	-	4	13,3	2	6,6
Staphylococcus aureus Proteus ilə birgə assosiasiyada	2	1,8	-	-	1	-	-	-
Digər mikroflora	6	5,4	1	-	2	6,6	1	-
Böyümə yoxdur	4	3,6	4	3,6	2	6,6	2	6,6
Cəmi	111	100,0	10	9,0	30	100,0	9	30,0

Cədvəl 2
Müqayisə qrupunda qanın bəzi biokimyəvi göstəriciləri

Göstəricilər	Qruplar			
	Əsas (n=111)		Müqayisə (n=30)	
	Müalicədən əvvəl	Müalicədən sonra	Müalicədən əvvəl	Müalicədən sonra
Ümumi bilirubin, mkmol/l	12,8±4,3	12,6±4,5	13,6±3,9	13,5±4,3
Timol sınağı, vahid	2,7±0,2	2,7±0,3	2,7±0,1	2,6±0,3
AST, BV/l	25,4±3,4	25,1±4,4	25,1±3,5	24,4±4,3
ALT, BV/l	25,7±3,4	24,7±3,9	25,7±2,8	24,9±4,3
Sidik jövhərinin azotu, mmol/l	16,9±2,3	16,6±2,8	17,5±1,4	17,1±2,2
Kreatinin, mq%	0,7±0,2	0,7±0,2	0,8±0,2	0,7±0,2
Sidik turşusu, mq%	5,2±1,4	5,1±1,4	5,5±1,6	5,3±1,6

Xəstələrin ilkin immun statusu imunitetin hüceyrə halqasının zədələnməsi ilə səciyyələnmişdir. Belə ki, yeganə törədici qismində dermatomisetlərlə (Trichophyton spp.) törədilən pəncə mikozu zamanı həm əsas qrupun, həm də müqayisə qrupunun xəstələrində leykositar-T-limfositar əmsalın orta qiymətinin artması müşahidə edilmişdir: müvafiq olaraq 7,3±1,9 (p=0,003) və 7,5±1,4 (p=0,004), həmçinin T-helperlərin (CD3/4+) mütləq sayının 0,5±0,2* 109/l-ə qədər azalması (p=0,008) müşahidə olunmuşdur. Lakin göbələk assosiasiyaları ilə törədilən (Trichophyton spp. Candida albicans ilə birgə assosiasiyada) pəncələrin mikozunda zədələnmələr daha kəskin olmuş və göstərilən dəyişikliklərlə yanaşı, T-limfositlərin (CD3+) mütləq sayının 0,8±0,2*109/l-ə qədər statistik dürüst azalması (p=0,004) ilə müşayiət olunmuşdur. Beləliklə, pəncələrin mikozu ilə xəstələrdə immun status göbələk assosiasiyalarından asılı olaraq dəyişmişdir. Göstərilən dəyişiklikləri korreksiya etmək məqsədilə pəncələrin ağırlaşmış mikozu olan pasiyentlərə hər iki qrupda «İmmunal» preparatı 80 mq olmaqla gündə 3 dəfə 14 gün ərzində per os təyin olunmuşdur. Aparılmış müalicədən sonra leykositar-T-limfositar əmsalın orta qiyməti, T-limfositlərin (CD3+) və T-helperlərin (CD3/4+) mütləq sayı pəncələrin ağırlaşmış mikozu ilə xəstələrdə normallaşmışdır (cədvəl 3). Deməli, immunitetin hüceyrə halqasının dəyişikliklərinin korreksiyasının təklif olunmuş sxemi öz effektivliyini göstərmişdir.

Bizim təklif etdiyimiz sxemin əsas üstünlüyü «Zalain» kreminin «Abisil» preparatı ilə birgə tətbiq olunmasıdır- bu zaman aydın iltihab əleyhinə və antibakterial effekt nəzərə çarpır ki, bu da ayrılıqda «Zalain» kremində bakteriostatik maddələrin məhlulları ilə birgə tətbiqi nəticəsində alınan həmin effektdən xeyli üstündür. Bu təsiri sayəsində «Abisil» preparatının antimikotiklə birgə tətbiqi zamanı yerli kəskin iltihab əlamətlərinin daha sürətlə geriyə inkişafı mümkün olmuşdur. Müalicə prosesində əlavə təsirlər baş verməmişdir. Xəstələr üzərində 6 ay ərzində aparılan dispanser nəzarəti zamanı pəncələrin mikozunun residivləri müşahidə edilməmişdir.

Beləliklə, ikincili infeksiya ilə ağırlaşmış pəncələrin mikozu ilə xəstələrdə immunitetin hüceyrə halqasının T-limfositlərin (CD3+) və T-helperlərin (CD3/4+) mütləq sayının azalmasının, leykositar-T-limfositar əmsalının dürüst artması şəklində (p<0,01) dəyişiklikləri nəzərə çarpmışdır. Pəncələrin mikozunun xaricdən müalicəsi ilə birgə «İmmunal» preparatı ilə aparılan kompleks korreksiyası öz effektivliyini göstərmişdir.

Cədvəl 3
Pəncələrin ağırlaşmış mikozu olan xəstələrdə müalicə prosesində hüceyrə və humoral immunitetin bəzi göstəricilərinin dinamikası

Göstərici	Qruplar				Saglam (n=5)
	Əsas (n=17)		Müqayisə (n=7)		
	Trichophyton spp. (n=10)	Trichophyton spp. Candida albicans ilə birgə assosiasiyada (n=7)	Trichophyton spp. (n=4)	Trichophyton spp. Candida albicans ilə birgə assosiasiyada	

							(n=3)		
	əvvəl	sonra	əvvəl	sonra	əvvəl	sonra	əvvəl	sonra	
Leykositlər 10^9/l	4,4±1,5	6,3±1,4	5,3±1,5	5,9±1,8	5,0±1,9	6,9±1,7	4,9±1,7	6,0±1,5	6,8±3,1
Limfositlər (müt.), 10^9/l	1,4±0,4	1,5±0,3	1,3±0,4	1,8±0,7	1,1±0,2	1,3±0,2	1,7±0,5	2,0±1,1	1,9±0,6
T--limfo-sitlər (CD3+) (müt), 10^9/l	1,0±0,3	1,5±0,2	0,8±0,2*	1,5±0,4	1,6±0,2	1,8±0,3	0,8±0,2*	1,4±0,3	1,4±0,5
Leykositar-T-limfositar əmsal	7,3±1,9*	5,2±1,7	7,1±1,6*	5,7±1,5	7,5±1,4*	5,8±1,3	7,2±1,7*	4,9±1,2	4,7±1,1
T-helperlər (CD3/4+) (müt.), 10^9/l	0,5±0,2*	0,8±0,2	0,5±0,2*	0,8±0,2	0,5±0,2*	0,8±0,1	0,5±0,1*	0,8±0,2	0,9±0,2
İmmuntənzimləyici əmsal (CD4/CD8)	1,5±0,4	1,8±0,9	1,7±0,9	2,0±0,8	1,9±0,5	2,1±0,5	1,6±0,3	1,8±0,6	1,6±0,4
Ig G, q/l	13,4±2,0	12,5±3,4	11,9±1,4	13,9±2,3	10,3±0,7	11,4±0,9	14,5±0,6	12,8±0,7	11,5±3,6
Ig A, q/l	2,5±0,9	2,3±0,5	2,2±0,4	2,6±0,6	2,1±0,9	1,6±0,3	3,2±0,8	2,8±0,1	2,1±1,0
Ig M, q/l	2,1±0,7	1,9±0,3	1,4±0,3	2,3±1,3	1,8±0,4	1,7±0,9	1,6±0,4	2,2±0,5	2,3±0,9
DİK Vah/l	9,6±2,5	10,6±3,1	16,8±4,1	16,2±5,1	9,9±4,7	11,4±4,2	17,4±4,2	15,7±2,4	12,0±1,7

Qeyd* $p<0,01$

ƏDƏBİYYAT

1. Даватдарова М.М., Ибрагимов А.З., Сафарова А.Н. Пульс-терапия итраконазолом (орунгалом) онихомикоза стоп у больных сахарным диабетом // Вестн. дерматологии и венерологии. 2001, № 1, с. 61-62

2.Климко Н.Н. Микозы // Избранные вопросы терапии инфекционных заболеваний / Под ред. Ю.В.Лобзина. СПб., 2005, с. 787-831

3.Разнатовский К.И., Родионов А.Н., Котрехова Л.П. Дерматоматомикозы // К.И.Разнатовский, СПб.: МАПО, 2003, 158 с.

4.Щетинин А.Н., Зайко СВ., Салашин Г.Ф., Фомичева М.Л. Первичная профилактика в укреплении здоровья машинистов локомотивов // Метро и тоннели, 2007, №3, с.47

5.Bending A. Fungal nail infection: far more than an aesthetic problem // Br. J. Community Nurs., 2002, v.7, № 5, p.254-259

6.Bergstron A.C., Faergemann J. The Interection between stratum corneum and Dermatophytes in Patients with Chronic Tinea Pedis // Acta dermatovenerologica, 2007, v.77, № 3, p. 239.

7.Dunbabin D.W., Sandercock P.A.G. Preventing stroke by the modification of risk factors // Stroke, 2009, V.21, (Suppl. IV):IY-36-IY-39.

8.Harmsen P., Rosengren A., Tsipodianni A., Wilhelmsen L. Risk factors for stroke in middle-aged men in Goteborg Sweden // Stroke, 2008, v.21, N1, p.223-229

Резюме

Динамика изменений показателей гуморального и клеточного иммунитета у пациентов с микозами стоп при комплексной терапии

К.А.Мамедов

У пациентов с микозами стоп на исходном уровне иммунный статус был охарактеризован поражением иммунитета на клеточном уровне. У пациентов с микозами стоп, с единственными возбудителями *Trichophyton spp*. паблюдалось повышение среднего значения индекса Т-лимфоцитарного и лейкоцитарного и уменьшение абсолютных значений Т-хелпера. При микозах стоп, вызванными *Trichophyton spp. u Candida albicans* сочетанными грибковыми

ассоциациями, отмечались более выраженные нарушения и составляли помимо указанных выше изменений, уменьшение абсолютных значений Т-лимфоцитов. При осложненных формах микозов стоп у больных в результате проведенного курса лечения средние значения индекса Т-лимфоцитарного и лейкоцитарного, абсолютных количественных значений Т-хелперов и Т-лимфоцитов пришли в норму. Следовательно, предложенная нами схема коррекции выявленных изменений иммунитета на клеточном уровне продемонстрировала высокую эффективность.

Summary

Dynamics of indicators cellular and humoral immunity at sick mycoses of feet in the course of complex therapy

K.A.Mamedov

The initial immune status of patients was characterised by defeat of a cellular link of immunity. So, at mycoses of the feet caused *Trichophyton spp*. as unique activators, at patients both the basic group, and comparison group the increase in average value leukocyte -T-limfotsit an index, and also decrease in absolute quantity T-helper was marked. However, at mycoses of the feet caused by fungoid associations *Trichophyton spp.* in a combination with *Candida albicans*, infringements were more expressed and included, besides the specified changes, statistically authentic decrease in absolute quantity T-limfotsit. After the spent treatment average values leukocyte -T-limfotsit an index, absolute quantity T-limfotsit and T-helper at mycoses of feet sick of complicated forms were normalized. Hence, the offered scheme of correction of changes of a cellular link of immunity has shown the efficiency.

Daxil olub: 24.10.2014

TİBBİ SIĞORTA RESEPTURASININ ƏHƏMİYYƏTİ

N.Q. Xəlilov, M.N.Vəliyeva

Azərbaycan Tibb Universiteti, Əczaçılıq texnologiyası və idarəciliyi kafedrası, Bakı

Açar sözlər: İcbari tibbi sığorta, sığorta resepturası qanunlar, səhiyyə

Ключевые слова: обязательная медицинская страховка, страховая рецептура, законы, здравоохранение.

Keywords: compulsory medical insurance, insurance formulation, laws, health

"Tibbi sığorta haqqında" Azərbaycan Respublikasının qanunu əhalinin tibbi sığortasının təşkilati, hüquqi və iqtisadi əsaslarını müəyyən edir, tibbi sığortanın subyektləri arasındakı münasibətləri tənzimləyir. Tibbi sığorta haqqında Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi Azərbaycan Respublikasının Konstitusiyasından, bu Qanundan, digər normativ-hüquqi aktlardan və Azərbaycan Respublikasının tərəfdar çıxdığı dövlətlərarası müqavilələrdən ibarətdir. Vətəndaşların tibbi sığortası (icbari və könüllü) Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyində müəyyən edilmiş qaydada həyata keçirilir. İcbari tibbi sığorta dövlət sosial sığortasının tərkib hissəsi olub, əhalinin uyğun həcmdə tibbi və dərman yardımı almasına təminat verir [1,2].

Azərbaycan Respublikasında "Tibb sığorta haqqında" qanun 28 oktaybr 1999-cu ildə qəbul olunmuşdur. Bu məqsədlə 2007-ci ildə adı çəkilən qanuna bir sıra əlavələr və dəyişikliklər edilərək, onun işləmə mexanizmi dəqiqləşdirilmiş Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabineti yanında İcbari Tibbi Sığorta Agentliyi yaradılmış və Nazirlər Kabineti bu sərəncamdan irəli gələn məsələləri həll etməkdən ötrü İcbari Tibbi Sığorta haqqında Tədbirlər planı təsdiq etmişdir [3,4]. Bununla yanaşı bu yaxınlarda Azərbaycanda Maliyyə Nazirliyinin "2015-2017-ci illərdə sığorta bazarının inkişafı üzrə Tədbirlər Planı" na uyğun olaraq onlayn sığorta sisteminin tətbiqinə başlanılmışdır. Bütün sığorta növlərinin təkmilləşdirilməsi ilə bağlı yaradılan sistem icbari tibbi sığortanın inkişafı üçün geniş imkanlar açır. İcbari tibbi sığortanın tətbiq olunması və bu

sahədə yeni idarəetmə üsullarının yaradılması Azərbaycan Respublikasında səhiyyənin maliyyələşdirilməsi sistemində hazırkı problemlərin aradan qaldırılmasının ən real yollarından biridir [5].

Tibbi sığortanın ən vacib elementini sığorta resepturası təşkil edir. Sığorta resepturası vacib sosial-iqtisadi və tibbi kateqoriya olub, özündə bir neçə obyekti (dövlət büdcəsi, MPM-i, apteklər, icbari və əlavə sığorta kompaniyaları) və subyektləri (müxtəlif sosial-iqtisadi statusa malik vətəndaşlar) birləşdirir. Göstərilən obyekt və subyektlərin səmərəli fəaliyyəti və bütün sistemin birlikdə əhaliyə dərman xidməti göstərməsi üçün vacib olan amillərdən biri də "dərman preparatlarının siyahısı"nın tərtib edilməsidir. Dünya təcrübəsində belə siyahılara sığorta resepturası və yaxud effektiv əczaçılıq yardımı göstərən standartlar deyilir [6].

Aptekdə dərman üzrə sığorta reseptlərinin buraxılma qaydalarında müəyyən istisnalar vardır. Dərman preparatları müxtəlif sığorta təşkilatlarının qeydiyyatında olan resept blanklarında yazılmış formada aptekə daxil olur. Hər bir aptek müxtəlif sığorta təşkilatları ilə ayrı-ayrılıqda müqavilələr bağlayır. Müqavilələr bir il müddətində etibarlı sayılır, əgər hər hansı bir tərəf müqaviləni pozmaq istərsə ən azı 1 ay evvəl qarşı tərəfə xəbərdarlıq etməlidir.

Müqavilə forması aşağıdakı hissələrdən ibarətdir:

1.Sığorta təşkilatı ilə aptekin müqaviləsi

2. Siğorta təşkilatının ünvanı, aptekin adı və ünvanı

3.Sığorta təşkilatının göstərişlər

4.Aptekin öhdəlikləri

5.Müqavilənin sonunda hər iki tərəfin möhürü və imzası olmalıdır.

Resept 3 nüsxədən ibarət olub, 1-ci əsas nüsxə aptekdə qalır, 2-ci nüsxəni həkim götürür, 3-cü nüsxə isə sığorta təşkilatı tərəfindən pasientə verilmiş dəftərini icəsində qalır (aptek müdirinin qeydiyyatı, möhürü və imzası ilə təsdiq olunmuş formada).

Pasientə sığorta təşkilatı tərəfindən verilmiş dəftər aşağıdakı hissələrdən ibarətdir:

1) Şəxsiyyət səhifəsi-burada pasientin adı, soyadı, atasının adı, anadan olduğu tarıx, sığortanın etibarlılıq tarixi, sığorta nömrəsi və fotoşəkli olur.

2) Reseptlər səhifəsi- burada hərəsi 3 nüsxədən ibarət olmaqla sığortanın növündən asılı olaraq müxtəlif sayda resept blankları olur.

3) Son səhifə-burada dolmuş dəftərin yenilənməsi haqqında müraciət forması olur.

Avropa regionunda Azərbaycan səhiyyə sahəsində özəl xərclər, yəni əhalinin xərcləri ən yüksək səviyyədə olan ölkələrdən biridir və səhiyyə sahəsində ümumi xərclərin 79%-ni təşkil edir. Təqribən 10 xəstədən 7 nəfəri səhiyyə xidmətlərinin təchizatçısına qeyri-rəsmi vəsait ödəməsini bildirib, bu da regionda ən yüksək göstəricidir. İcbari tibbi sığortanın tətbiqi nəticəsində müalicə müəssisələri yenidən qurulacaq, maliyyələşmə sistemi sığorta haqlarının toplanması nəticəsində formalaşacaq [7].

İcbari tibbi sığortanın təşkilinin ən mühüm hissəsi sığorta haqlarının ödənilməsi qaydalarının düzgün və dəqiq təşkil edilməsidir. Hər bir vətəndaşın imkanı cərçivəsində və seçdiyi müalicə paketi əsasında yüksək keyfiyyətli tibbi yardım alacaq. Burada əlillər, azyaşlı uşaqlar, pensiyaçılar sığorta haqlarından azad olunacaqlar. Digər kateqoriyadan olan şəxslər üçün həm işəgötürən, həm özü və həm də hökümət tərəfindən vəsait ayrılacaqdır.

Tibbi sığortalanma şəraitində işləmək üçün işin təşkilinin əsas elementlərinə müqavilənin bağlanması, tibbi xidmətlərin qiymətlərinin təyini, bu xidmətlərin keyfiyyətinə nəzarətin təşkili, qarşılıqlı heasablaşmalar və tibbi sığortalanma subyektlərinin hüquqlarının qorunması məsələləri aiddir. Qeyd olunmalı məqam ondan ibarətdir ki, burada hər bir şəxs istədiyi müalicə müəssisəsini özü seçə bilir və istədiyi həkimdən tibbi yardım almaq hüquqi vardır [8].

Respublikamızda iqtisadi qüdrədin artdığını nəzərə alaraq, səhiyyə sahəsinə ayrılan vəsaitin çoxalması bu sahəyə göstərilən diqqəti nəticəsində mümkündür. İcbari Tibbi Sığortanın tətbiqi nəticəsində səhiyyənin maliyyələşməsinin yenidən qurulması kimi də başa düşmək mümkündür. Burada əsas məqsəd əhaliyə göstərilən tibbi yardımın keyfiyyətinin artırılması, tibbi xidmətlərin ödənilməsi üzrə maliyyə yükünün paylaşdıdırlmasında ədalətliliyin təmin edilməsi və əhaliyə əsas tibbi xidmətlərlə universal şəkildə əhatə olunması durur.

"Dərman vasitələri haqqında" qanunda olunan dəyişiklidə dərman vasitələrinin qiymətlərinin dövlət tənzimlənməsi icbari tibbi sığortanın tətbiqi üçün geniş imkanlar açır. Beləliklə hər bir vətəndaş aptekdən dərman alarkən büdcəsinə çox qənaət etmiş olur [9].

Respublikamızda qismən də olsa könüllü tibbi sığorta dövlət və özəl təşkilatlarda həyata keçirilir. Nəticə etibarilə apardığımız müşahidələr

zamanı ildən-ilə sığorta təşkilatlarına müraciət edənlərin sayı çoxalır. Əhali arasında aparılan sorğu nəticəsində məlum olur ki, icbari tibbi sığortanın tətbiqinə hamı müsbət yanaşır. Hesab edir ki, sığorta təşkilatları cəmiyyətdə öz fəaliyyətlərini ədalətli və şəffaf apardıqları zaman insanlar keyfiyyətli tibbi yardım ala biləcəklər. Əlbəttə ki, həkimlərimizin peşəkarlığı, düzgün diaqnostika-müalicə və dərmanı təyinatı xüsusi əhəmiyyətə malikdir.

ƏDƏBİYYAT

1.”Tibbi sığorta haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanunu, Qanunvericilik toplusu-1999, 28 oktyabr 1999-cu il №725-IQ

2.“Əhalinin sağlamlığının qorunması haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanunu, Qanunvericilik toplusu-1997, 26 iyun 1997-ci il №360-IQ

3.Azərbaycan Respublikasında səhiyyənin maliyyələşdirilməsi sisteminin islahatı və icbari tibbi sığortanın tətbiqi Konsepsiyası, Bakı şəhəri, 10 yanvar 2008-ci il. Azərbaycan Respublikasının Prezidenti İlham Əliyev Qanunvericilik toplusu-2008

4.“2008-2012-ci illərdə Azərbaycan Respublikasında səhiyyənin maliyyələşdirilməsi sisteminin islahatı və icbari tibbi sığortanın tətbiqi Konsepsiyasının həyata keçirilməsi üzrə Tədbirlər Planı"nın təsdiq edilməsi barədə Azərbaycan Respublikasının Nazirlər kabinetinin qərarı, Qanunvericilik toplusu-2008, №179 Bakı şəhəri, 11 avqust 2008-ci il

5.Hadi Rəcəbli “ Azərbaycan Respublikasının Sosial Müdafiə Sistemi” Bakı: 2012, 361-364 səh

6.Vəliyeva N. Məhbubə., Cabbarova A. Şəfiqə. “Əczaçılığın idarə olunması və iqtisadiyyatı” Bakı: 2013, 197-204 səh. seminarı, Bakı, 23 oktyabr 2014-cü il,

7.“Regionda səhiyyənin maliyyələşdirilməsi sisteminin islahatı və Azərbaycan üçün seçimlər” Yüksək səviyyəli siyasət

8. Kiçibəyov B.S. və H. İ. İbrahimli “ Sosial gigiyena və səhiyyənin təşkili/ Bakı: 2008, s/335-345

9.“Dərman vasitələri haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanunu, Qanunvericilik toplusu-2006, 22 dekabr 2006-cı il №208-IIIQ

Резюме

Значимость рецептуры медицинской страховки

Н.Г. Халилов, М.Н. Велиева

Целю является применение обязательной медицинской страховки в нашей стране наряду с изучением практики других государств. Обязательная медицинская страховка является компонентом государственной социальной страховки, также обеспечивает население в соответствующем объеме медицинской и лекарственной помощами. Закон «О медицинской страховке» в Азербайджанской Республике был принят 28 октября 1999 года и 2008 году Президентом был подписан указ о создании Агентства Обязательной Медицинской Страховки при Кабинете Министров. А Кабинет Министров утвердил план Действий об Обязательной Медицинской Страховки. Правильное составление страховой рецептуры и обеспечение пациентов качественными лекарственными препаратами в соответствии с контрактом составляет основанную часть обязательной медицинской страховки. Таким образом, целю проведенных исследований – добиться получения граждан качественной медицинской помощи с применением Обязательной Медицинской Страховки в Республике.

Summary

Importance of medical insurance formulation

N.G.Khalilov, M.N.Valiyeva

The aim is to apply the compulsory medical insurance in our country along with studying of the practice of other countries. The compulsory medical insurance is both the integral part of state social insurance and provides the people with medical and medicinal aids in proper amount. The Law “On medical insurance” was adopted in Azerbaijan Republic on 28 October 1999 and the President signed an order on establishing of Compulsory Medical Insurance Agency by the Cabinet of Ministers in 2008. And The Cabinet of Ministers approved the Actions Plan on Compulsory Medical Insurance. The correct execution of an insurance formulation and the medicinal provision of the patients with the qualitative medicinal preparations make up an integral part of the compulsory medical insurance.

Thus, the aim of the investigations conducted is to help the citizens receive qualitative medical aid by applying of Compulsory Medical Insurance in our Republic.

Daxil olub: 30.09.2014

PREEKLAMPSİYADA GÖBƏK CİYƏSİ VƏ CİFT STRUKTURLARINDA AKVAPORİNLƏRİN EKSPRESSİYASI

R.A. Aslanova
Trakya Universiteti Tibb Fakültəsi, Edirne, Türkiyə

Açar sözlər: preeklampsiya, cift, göbək ciyəsi, akvoparinlər
Ключевые слова: преэклампсия, плацента, пуповина, аквапорины
Key words: preeclampsia, placenta, aquaporin, umbilical cord.

Preeklampsiya hamiləliyin çox ağır fəsadlarından biri olub, yüksək dərəcədə ana və perinatal ölümə səbəb olur [1]. Bu patologiyanın diaqnostika və müalicəsində çoxsaylı tədqiqatların aparılmasına və müasir nailiyyətlərin əldə olunmasına baxmayaraq, preeklampsiya tibdə aktual problem olaraq qalır [2,3]. Belə vəziyyət hestozun dərin klinik və laborator tədqiqatların aparılmasını tələb edir. Son zamanlar preeklampsiyanın atipik gedişatı müəyyən olunur və bu da xəstəliyin diaqnostikasını çətinləşdirir.

Preeklampsiyanın patogenezində vacib rol plasentaya aiddir, ona görə ki, bu hal yalnız orqanizmdə plasentar toxumanın mövcudluğu ilə əmələ gəlir və demək olar ki, həmişə ciftin çıxarıldığından sonra müşahidə olunmur. Son zamanlar xarici ədəbiyyatlarda preeklampsiya zamanı ciftdə akvaporinlərin rolu haqqında bir neçə tədqiqat işi nəşr olunmuşdur [4,5,6].

Akvaporinlər (AQP) inteqral membran zülalları ailəsinə aid olan su kanal zülallarıdır, məməli hüceyrə membranlarında dəliklər şəklində yerləşirlər [7]. AQP'lərlə əlaqədar təqiqatlar davam etməkdədir. İnsanın cifti və fetal membranlarında bu günə qədər 5 AQP (AQP 1, 3, 4, 8 və 9) təsbit edilmişdir [4,5,6,8]. Hamiləliyin ilk trimesterində plasentar villusların xarici və daxili təbəqə sinsityotrofoblastlarında yüksək səviyyədə AQP4 izlənilmişdir [8]. Aquaporin 3 və 8, trofoektodermin bazolateral membranında, akvaporin 9 isə apikal membranında sıx yerləşməsi aşkar olunmuşdur. İnsanlarda aqvaporin 1, 3, 8 və 9 cift və xorionda aşkar edilmişdir. Aquaporin 1 ayrıca xorioallontoik membranda da mövcuddur.

Beləliklə, bu ağır hamiləlik fəsadın daha yeni informativ və proqnostik dürüst diaqnostik meyarlarının axtarışı davam etməkdədir

İşin **məqsədi** normal və preeklampsiyalı hamilələrin cift membranlarında və göbək ciyəsində akvaporinlərin (AQP 3,8,9) lokalızasiya və ekspressiyasını araşdırılmasıdır.

Tədqiqatın material və metodları. Türkiyə Cumhuriyyəti Trakya Universiteti Tibb Fakültəsi Qadın Xəstəlikləri və Doğum şöbəsində 01.11.2012- 01.05.2014 tarixləri arasında 105 sağlam və 105 preeklampsiyalı hamilələrin ciftində və göbək ciyəsi araşdırıldı. Hamilə qadınların yaşı 17-dən 43 yaşa qədər idi (orta yaş 29±6,4). Şəkərli diabet, xroniki hipertenziya, qaraciyər və ya böyrək xəstəliyi olanlar, əvvəllər anamnezində tromboemboliya və trombofiliya xəstəliyi olan hamilələr, fetal anomaliyası olan və çoxdöllü hamiləliklər tədqiqata daxil edilməmişdir. Hamilə qadınlardan dəqiq və ətraflı anamnez toplanılmışdır. Laborator müayinələrdən sidik cövhəri, kreatinin, ALT, AST, trombositlərin sayı, LDH, sidiyin ümumi analizində zülal və 24 saatlıq sidikdə zülalın miqdarı təyin edilmişdir. Sağlam (n=105) və preeklampsiyalı (n=105) hamilələrdən normal doğuş və keysəriyyə əməliyyatından sonra cift və göbək ciyəsi dərhal toplanmışdır. Tədqiq olunan material hematoksilin-eozin ilə boyanmış, daha sonra bütün nümunələrdə immunohistokimyəvi müayinə ilə AQP 3, 8 və 9 araşdırılmış və immunreaktvlik qiymətləndirilmişdir.

İmmunreaktivlik qiymətləndirildikdə İmmunreaktivit hesablamadan (İRS) istifadə edilmişdir. Bu hesab, "immunreaktivit kəmiyyət göstəricisi=boyanmanın intensivliyi x müxtəlif intensivlikli boyanmış hüceyrələrin faizi" düsturu

istifadə edilərək, akvaporinlərin boyanma intensivliyi və boyanmış hüceyrələrin hesabının vurulması ilə əldə edilmişdir. İmmunreaktivitlik göstəricisi 0-12 arasında olmuşdur [12].

Alınmış nəticələrin statistik işlənilməsi üçün tədqiqatın gedişində alınmış bütün rəqəm göstəriciləri müasir tövsiyələr nəzərə alınmaqla, statistik təhlil olunmuşdur. Statistik təhlililər üçün Trakya Üniveristesi Tibb Fakültəsi Biostatistika və Tibbi İnformasiya Kafedrasındakı SPSS 20.0 (Lisenziya No: 10240642) paket proqramı istifadə edildi.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. İmmunohistokimyəvi müayinə ilə AQP 3, 8 və 9 lokalizasiyası cift və göbək ciyəsinin apikal, bazal və sitoplazmatik sahələrində araşdırılmışdır (Cədvəl 1). Preeklampsiyalı ciftlərin 102-də (97,1%), nəzarət ciftlərin 80-də (76,2%) AQP 3 apikal yerləşmədə müəyyən olunmuşdur. AQP 3 bazal lokalizasiyası preeklampsiyalı hamilələrin 50 ciftində izlənərkən (47,6%), nəzarət qrupu ciftində tapılmamışdır. Preeklampsiyalı ciftlərin 86 (67,2%), nəzarət qrupun isə 42(40%) ciftində AQP 3 sitoplazmada təsbit edilmişdir. Preeklampsiya qrupun göbək ciyəsində 103(98,1%) və nəzarət qrupun 67(63,9%) göbək ciyəsində AQP 3 apikal yerləşmədə müəyyən olunmuşdur. AQP 3 bazal lokalizasiyası preeklampsiyalı nümunələrdə 40-da (38,1%), nəzarət qrupun isə 1(1%) nəfərin materialında izlənmişdir. Preeklampsiya qrupunda 79(75,2%), nəzarət qrupunda isə 41(39%) halda AQP 3 sitoplazmada təsbit edilmişdir. Preeklampsiyalı xəstələrdə apikal, bazal və sitoplazmatik yerləşmədə olan AQP 3 həm ciftdə, həm də göbək ciyəsində nəzarət qrupuna nisbətən birmənalı olaraq ($p<0,001$) daha çox izlənmişdir.

Preeklampsiyalı ciftlərin 97-də (92,4%), nəzarət ciftlərin 51-də (48,6%) AQP 8 apikal yerləşmədə müəyyən olunmuşdur. AQP 8 bazal lokalizasiyası 70(66,7%) preeklampsiyalı ciftdə, 42 (40%) nəzarət ciftdə aşkar edilmişdir. 98(93,3%) preeklampsiyalı ciftdə, 105 (100%) nəzarət ciftdə AQP 8 sitoplazmada təsbit edildi. Preeklampsiyalı göbək ciyələrin 90(85,7%), sağlam göbək ciyələrin 80(76,2%) nümunəsində AQP 8 apikal yerləşmədə müəyyən olunmuşdur. Akvaporin 8 bazal lokalizasiyası preeklampsiya qrupun 87(83%), nəzarət qrupun isə 94(89,5%) göbək ciyəsində izlənmişdir. Preeklampsiya qrupun 104(99%), nəzarət qrupun isə 92(87,6%) göbək ciyəsindən alınmış nümunələrində AQP 8 sitoplazmada təsbit edildi. Preeklampsiyalı faktların plasentalarında bazal və apikal yerləşmədə olan AQP 8 və göbək ciyəsində sitoplazmada yerləşmiş AQP 8, nəzarət qrupun plasentalarına müqayisədə bir mənalı ($p<0,001$) daha çox izlənildi.

Preeklampsiyalı ciftlərin 96-da (91,4%), nəzarət plasentaların 62-də (59%) AQP 9 apikal yerləşmədə müəyyən olunmuışdur. Akvaporin 9 bazal lokalizasiyası preeklampsiyalı xəstələrin 57(54,3%), sağlam hamilələrin isə 26(24,8%) ciftində izlənmişdir. Preeklampsiya qrupun 95(90,5%), nəzarət qrupun isə 78 (74,3%) cift nümunəsində AQP 9 sitoplazmada təsbit edildi. Preeklampsiya qrupun göbək ciyələrin 88 (84%), nəzarət qrupun göbək ciyələrinin 55(52,4%) materialında AQP 9 apikal yerləşmədə müəyyən olunmuışdur. Akvaporin 9 bazal lokalizasiyası preeklampsiyalı göbək ciyələrin 54-də (51,4%), nəzarət nümunələrin isə 26-da (24,8%) müşahidə olunmuışdur. Preeklampsiya qrupun materialların 95-də (90,5%), nəzarət qrupun isə 85-də (81%) AQP 9 sitoplazmada təsbit edildi. Preeklampsiyalı xəstələrdə apikal, bazal və sitoplazmatik yerləşmiş AQP 9 həm plasentada, həmdə göbək ciyəsində nəzarət qrupuna nisbətən bir mənalı ($p<0,001$) çox olduğu təsbit edildi.

Cədvəl 1

Normal ve preeklampsiyalı qadənlarda cift və göbək ciyəsində akvaporin 3, 8, 9 lokalizasiyasının müqayisəsi (n, %)

	Lokalizasiya	Kontrol (n=105)	Preeklampsiya (n=105)	
Döl cifti				
AQP 3	Bazal	0 (0)	50 (47,6)	p<0,001*
	Sitoplazmatik	42 (40)	86 (67,2)	p<0,001*
	Apikal	80 (76,2)	102 (97,1)	p<0,001*
AQP 8	Bazal	42 (40)	70 (66,7)	p<0,001*
	Sitoplazmatik	105 (100)	98 (93)	p=0,014**
	Apikal	51 (48,6)	97 (92,4)	p<0,001*
AQP 9	Bazal	26 (24,8)	57 (54,3)	p<0,001*
	Sitoplazmatik	78 (74,3)	95 (90,5)	p=0,02*
	Apikal	62 (59)	96 (91,4)	p<0,001*

Göbək ciyəsi				
AQP 3	Bazal	1 (1)	40 (38,1)	p<0,001*
	Sitoplazmatik	41 (39)	69 (65,7)	p<0,001*
	Apikal	67 (63,8)	103 (98,1)	p<0,001*
AQP 8	Bazal	94 (89,5)	87 (82,9)	p=0,161*
	Sitoplazmatik	92 (87,6)	104 (99)	p=0,001*
	Apikal	78 (74,3)	90 (85,7)	p=0,09*
AQP 9	Bazal	26 (24,8)	54 (51,4)	p<0,001*
	Sitoplazmatik	85 (81)	95 (90,5)	p=0,049*
	Apikal	55 (52,4)	88 (83,8)	p<0,001*

Qeyd: AQP: Akvaporin; *-statistik təhlil Ki-Kare testi ilə aparılmışdır; **-statistik təhlil Fisher´s exact testi ilə aparılmışdır

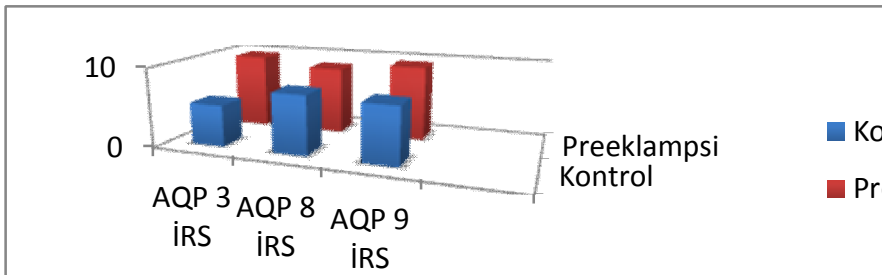
Cədvəl 2

Normal ve preeklampsiyalı cift və göbək ciyəsində (orta± SS) akvaporin 3, 8, 9 immunreaktivlik göstəricisi (İRS) baxımından müqayisəsi

	Kontrol qrup (n=105)	Preeklampsiya qrupu (n=105)	p
Cift			
AQP 3	5,3±3,3	9,6±2,9	p<0,001
AQP 8	7,5±2,3	8,6±2,9	p=0,04
AQP 9	7,2±3,2	9,5±3,0	p<0,001
Göbək ciyəsi			
AQP 3	6,6±3,6	9,4±2,7	p<0,001
AQP 8	8,5±2,6	8,5±2,9	p=0,721
AQP 9	7,0±2,5	6,6±2,8	p=0,319

Qeyd: AQP: Akvaporin, İRS: İmmünreaktivite Skoru. Mann-Whitney U Testi ilə hesablanmışdır

Akvaporinlərin imunreaktivliyi cift və göbək ciyəsində qiymətləndirildikdə (İRS), preeklamptik ciftdə AQP 3 İRS dəyərinin orta göstəricisi 9,6±2,9 olduğu halda, nəzarət ciftdə 5,3±3,3, AQP 8 İRS-in orta göstəricisi 8,6±2,9, nəzarət ciftdə 7,5±2,3 AQP 9 İRS-in orta göstəcisi 9,5±3,0, nəzarət ciftdə 7,2±3,2 olaraq hesablanmışdır. Göbək ciyəsinə baxdıqda, preeklamptik nümunələrdə AQP 3 İRS-in orta göstəricisi 9,4±2,7 olduğu halda, nəzarət qrupunda 6,6±3,6, AQP 8 İRS-in orta göstəricisi 8,5±2,9, nəzarət nümunələrdə 8,5±2,6, AQP 9 İRS-in orta göstəricisi 6,6±2,8, nəzarət qrupda 7,0±2,8 olaraq hesablanmışdır. Plasentar yerləşməli olan AQP 3, 8 və 9 İRS-in göstəricisi preeklamptik ciftdə dürüst olaraq (p<0,001) daha çox müşahidə olunmuşdur. Nəzarət və preeklamptik qrupların arasında göbək ciyəsində AQP 8 və 9 yerləşməsində İRS göstəricisi baxımından fərq aşkar edilməmişdir (p>0,05). Preeklamptik nümunələrin göbək ciyəsində AQP 3 İRS-in göstəricisi nəzarət qrupuna nisbətən dürüst fərqli (p<0,001) olmuşdur (Cədvəl 2 və Şəkil 1).



Şək.1.Normal ve preeklampsiyalı ciftlərdə akvaporin 3, 8, 9 ekspressiyası

Yalnız fizioloji deyil, çoxsaylı patoloji prosseslərdə də iştirak edən akvaporinlərin preeklampsiyanın inkişafı ilə əlaqəsi son zamanlar tədqiqatçıları çox maraqlandırır [9]. Aparılan tədqiqatlar, bu zülalın preeklampsiyalı ciftlərdə fərqli ekspressiyaya və funksiyaya sahib olduğunu göstərir. AQP-lərin funksiyaları maye nəqli olmaqla birlikdə, AQP 8 sidik cövhərin nəqlində, AQP 3 və 9 isə həm sidik cövhəri həm də qliserin nəqlində rol oynadığı məlumdur [10].

Bu üç akvaporindən yalnız AQP 9 preeklampsiyada olan rolu araşdırılmışdır, enerji tarazlığına daxil olduğu fərz edilmişdir. Normal və preeklampsiyalı ciftdə AQP 9-un lokalizasiyası araşdırılan bır tədqiqat işində, immunohistokimyəvi üsul ilə AQP 9 normal ciftdə apikal; preeklampsiyalı ciftlərdə isə yalnız apikal deyil, bazal sahədə və sitoplazmada da yerləşdiyi göstərilmişdir [11]. Ədəbiyyat mənbələrdə AQP 3 və 8 preeklampsiyalı ciftdə sinsityotrofoblastlarda olan lokalizasiyasına aid olan tədqiqat işlərinə rast gələ bilmədik.

Beləliklə, cift və göbək ciyəsində akvaporinlərin ekspressiya və lokalizasiyasının öyrənilməsi orada olan struktur-funksional pozuntuları, bu pozuntuların daha da dərinləşməsinin, preeklampsiyanın ağırlıq dərəcəsinin daha da artmasının aşkar edilməsi çox əhəmiyyətli bir məsələdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Салов И.А., Чеснокова Н.П., Глухова Т.Н. Закономерности развития обменных нарушений при гестозе // Российский вестник акушера-гинеколога, 2002, № 6, с. 4-6.
2. Венцковский Б.М., Запорожан В.Н., Сенчук А.Я., Скачко Б.Г. Гестозы: руководство для врачей. М.: Мед. информ. агентство, 2005, 312 с.
3. Грищенко В.И., Ліпко О.П., Рубинська Т.В. Нові аспекти превентивного лікування пізніх гестозів // Педіатрія, акушерство та гінекологія, 2005, № 2, с. 65-68.
4. Mann S.E., Ricke E.A., Yang B.A., Verkman A.S., Taylor R.N. Expression and localization of aquaporin 1 and 3 in human fetal membranes // Am J Obstet Gynecol., 2002, v.187(4), p.902-907.
5. Wang S., Kallichanda N., Song W. et al Expression of aquaporin-8 in human placenta and chorioamniotic membranes: evidence of molecular mechanism for intramembranous amniotic fluid resorption // Am J Obstet Gynecol., 2001,v.185(5),p.1226-31.
6. Wang S., Chen J., Beall M. et al Expression of aquaporin 9 in human chorioamniotic membranes and placenta // Am J Obstet Gynecol., 2004, v.191(6), p.2160-7
7. Badaut J., Ashwal S., Obenaus A. Aquaporins in cerebrovascular disease: a target for treatment of brain edema? // Cerebrovasc Dis. 2011, v.31(6), p.521-531
8. De Falco M., Cobellis L., Torella M. et al. Down-regulation of aquaporin 4 in human placenta throughout pregnancy // In Vivo, 2007, v.21(5), p.813-817.
9. Carbrey J.M., Agre P. Discovery of the aquaporins and development of the field // Handb Exp Pharmacol., 2009, v.(190), p.3-28.
10. Liu H, Wintour E.M. Aquaporins in development - a review // Reprod Biol Endocrinol., 2005, v.3, p.18-23.
11. Damiano A.E., Zotta E., Ibarra C. Functional and molecular expression of AQP9 channel and UT-A transporter in normal and preeclamptic human placentas // Placenta, 2006, v.27,p.1073-81.
12. Metindir J., Dilek G.B., Pak I. Staining characterization by immunohistochemistry of tumor cancer antigen in patients with endometrial cancer // Eur J Gynaecol Oncol., 2008, v.29(5). p.489-92.

Резюме

Экспрессия аквапоринов в структурах плаценты и пуповины при преэклампсии

Р.А.Асланова

В статье представлены результаты иммуногистохимического исследования плацентарной и пуповинной ткани, полученных сразу после родоразрешения или кесарева сечения от здоровых беременных и от женщин с преэклампсией. В ходе проведенной нами научно-исследовательской работы была выявлена более повышенная экспрессия аквапоринов 3, 8, 9 в апикальной, базальной и цитоплазматических частях плацентарной и пуповинной ткани беременных с преэклампсией по отношению к здоровым женщинам.

Summary

Expression of aquaporins in the structures of the placenta and umbilical cord in preeclampsia

R.A.Aslanova

The article presents the results of immunohistochemical study of placental and umbilical cord tissue obtained immediately after delivery or cesarean section from healthy pregnant women and from women with preeclampsia. In the course of our research work was revealed increased expression of aquaporins 3, 8, 9 in the apical, basal and cytoplasmic parts of the placenta and umbilical cord tissue of pregnant women with preeclampsia in relation to healthy pregnants.

Daxil olub: 80.10.2014

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ТЕЧЕНИЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ОПУХОЛЯХ НОСА

[1] Р.А. Ахвердиев, [1] Дж.Г. Мамедов, [2] Л.А. Зульфугарова, [3] К.Г.Джафаров
[1]Лор-Клиника, Министерства Здравоохранения, Азербайджан, Баку.
[2]Оптимед Клиника, Министерства Здравоохранения, Азербайджан, Баку.
[3]Кафедра оториноларингологии ГБОУ ВПО ЯГМА Россия, Ярославль.

Açar sözlər: burun şişləri residivləri, cərrahi müdaxilə, yaralanma prosesi
Ключевые слова: рецидивы опухолей носа, хирургические вмещательства, раневой процесс
Keywords: recurrent tumors of the nose, surgery, wound process

В последнее время во всем мире отмечается стремительный рост заболеваемост злокачественными новообразованиями кожи [1,3,8,9]. В 80-89% случаев опухоль локализуется на коже лица, а из них 30% приходится на кожу наружного носа. Базалиома чаще локализуется в области эмбриональных линий соединения лицевых складок – на крыльях носа, по ходу носогубной складки, плоскоклеточный рак кожи чаще встречается на коже спинки и крыла носа [4,7]. Операции на ЛОР-органах зачастую принимают характер комбинированных вмешательств, затрагивая структуры, являющиеся прерогативой офтальмологов, стоматологов, оториноларингологов, нейрохирургов. Они включают аспекты сосудистой, реконструктивно-восстановительной и пластической хирургии. При этом вполне естественным выглядит соблюдение общехирургических канонов, которые лежат в основе самого оперативного вмешательства и послеоперационного ведения больного, замыкаясь на заживлении хирургической раны с получением ожидаемого максимально нужного результата [5]. В случае рецидива опухоли носа после лучевой терапии или хирургического лечения повторная операция является методом выбора, причем в этом случае, как правило, требуется расширенная операция с реконструкцией дефекта, образовавшегося после удаления опухоли [4,6]. Риск развития рецидива опухоли во-многом зависит от типа гистологического строения опухоли, так, при базалиоме кожи морфеаподобный, микронодулярный, инфильтрирующий и поверхностно-распространяющийся типы гистологического строения относятся к факторам высокого риска рецидива опухоли [8,10].

Лечение данного контингента больных имеет ряд особенностей. Во-первых, удаление опухолей носа небольших размеров часто производится в хирургических кабинетах поликлиник. При этом, как правило, выполняется необоснованно экономное иссечение, что приводит к рецидиву опухоли. Во-вторых, онкологи поликлиник, как правило, не занимаются восстановлением утраченных при удалении опухоли анатомически сложных структур носа, таких как кончик и крыло носа. Повреждение этих участков наружного носа в результате операции приводит к выраженным эстетическим и функциональным нарушениям, поэтому при локализации рака в области кончика или крыла носа предпочтение часто отдается близкофокусной рентгенотерапии, в результате чего растет частота постлучевых рецидивов. В третьих, ЛОР-врачи занимаются этой проблемой очень редко. Таким образом, актуальным остается поиск наиболее эффективных способов хирургического лечения рецидивных злокачественных опухолей носа. Неудовлетворительные результаты лечения опухолей кожи носа являются важной социальной проблемой. Даже незначительные дефекты наружного носа болезненно воспринимаются пациентами, поскольку нос является центральной и наиболее заметной составной частью лица [2,7,10,11].

Особенности характера заживления раны при операциях по поводу рецидивных опухолей носа после хирургического лечения и лучевой терапии требуют дальнейшего изучения.

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения опухолей носа.

Задачи исследования:

1) Изучить особенности раневого процесса при выполнении операции по поводу рецидивных опухолей носа после предшествующего хирургического или лучевого лечения с применением комбинированной пластики (реконструкции сквозного дефекта крыла носа с помощью комбинированного кожно-жирового носогубного лоскута с использованием хрящевого трансплантата из ушной раковины) на основе цитологического, микробиологического критериев, ближайших и отдаленных результатов.

2)Изучить характер заживления ран при хирургическом лечении опухолей носа в зависимости от гистологической структуры.

Материалы и методы исследования. По описанной методике оперировано 13 пациентов, 4(30,8%) пациента- из основной группы и 9(69,2%)- из контрольной группы. Результаты заживления ран, микробиологических, цитологических методов исследования этих групп больных в послеоперационном периоде представлены ниже.

С целью изучение заживления раны в зависимости от гистологической структуры опухоли пациенты были распределены на 2 группы.

В первую группу вошли больные с базальноклеточным раком, количества которых составило- 47 (100%) пациентов; из них- 22 (46,8±7,3%) пациента после ранее проведенного хирургического лечения и 25(53,2±7,3%) пациентов после ранее проведенной лучевой терапии. Во вторую группу включены- 23 (100%) пациента с плоскоклеточным раком; из них- 11 (47,8± 10,4%) пациентов после ранее проведенного хирургического лечения и- 12 (52,2±10,4%) больных после ранее проведенной лучевой терапии.

Результаты исследования. Характеризуя качественный состав микрофлоры кожи, пораженной опухолью, у исследованных пациентов, можно констатировать, что из монофлоры наиболее часто высевался золотистый стафилококк. Процент выделения ассоциаций микробов в группе контроля оказался выше, чем в основной. В контрольной группе в 2 случаях выделена ассоциация грибов рода Candida с золотистым стафилококком, в 1 случае- с эпидермальным стафилококком. В 2 наблюдениях не было получено роста микробов.

Характеризуя количественный состав микрофлоры кожи, до оперативного вмешательства, равное 10^5/см^2 и выше, в основной группе отмечено у 1 больного из 4, в группе контроля- у 5 пациентов из 9 (соответственно 25% и 55,6%).

При исследовании материала, полученного на 3-5 сутки после операции, количество микроорганизмов, не превышающее 10^5/мл, отмечено у 2 больных в каждой группе (50% и 22,2%), более 10^5/мл- в основной группе у 1 пациента, в группе контроля- у 7 (25% и 77,8%).

На 7-9 сутки послеоперационного периода наблюдалась следующая картина: количество микробов, не превышающее 10^5/мл, в основной группе отмечено у 4 пациента, в группе контроля- у 5 (50% и 55,6%), более 10^5/мл- у 1 больного в основной и у 2- в контрольной группе (25% и 22,2%).

Результаты цитологического исследования в первые трое суток у пациентов, оперированных с применением комбинированной пластики, соответствовал воспалительному типу цитограмм. Об этом свидетельствовало преобладание в пунктатах дегенеративных форм лейкоцитов. При этом в основной группе большую часть обнаруженных нейтрофилов составили сохранные сегментоядерные формы (13,10 в поле зрения в основной и 11,63- в контрольной группе), а в контрольной – дегенеративные лейкоциты (соответственно 7,11 и 32,02 в поле зрения.

За счет преобладания дегенеративных нейтрофилов у больных контрольной группы значение регенеративно-дегенеративного индекса на 1-3 сутки оказалось значительно меньшим, чем в основной группе (0,38 в контрольной и 1,88 в основной группе).

Количество моноцитов и лимфоцитов, обнаруженных в цитологических мазках в этот период, у пациентов, оперированных с применением комбинированной пластики, составило: моноциты 0,32 и 0,14 в поле зрения, лимфоциты 0,70 и 0,52 соответственно в основной и контрольной группе.

Кроме того, уже на данном этапе исследования в цитограммах пациентов

основной группы, по сравнению с контрольной, оказалось более высоким число фибробластов (2,34 и 1,29) и гистиоцитов (0,82 и 0,46).

На 5-7 сутки послеоперационного периода характер цитологической картины в обеих группах пациентов стал приближаться к воспалительно-регенераторному типу. Общее количество нейтрофильных лейкоцитов в послеоперационной ране несколько уменьшилось. При этом количество дегенеративных форм лейкоцитов в основной группе в данные сроки оказалось существенно ниже, чем в группе контроля (соответственно 4,90 и 23,48). В соответствии с этим регенеративно-дегенеративный индекс в основной группе увеличился более значительно и достиг значения 2,88, а в контрольной группе не достиг единицы и составил 0,82.

Другим примечательным фактом является то, что на 5-7 сутки после операции в цитограммах пациентов основной группы, по сравнению с контрольной, отмечалось преобладание количества фибробластов (соответственно 2,78 и 1,92 в поле зрения) и гистиоцитов (4,65 и 3,06 в поле зрения).

К 9-му дню послеоперационного периода у больных основной и контрольной групп общее количество нейтрофилов еще больше снизилось.У больных контрольной группы вторая неделя послеоперационного периода характеризовалась относительно высоким количеством в цитологических мазках дегенеративных форм нейтрофилов (2,45 в основной группе и 18,25 в поле зрения в группе контроля), что указывало на слабую тенденцию к ликвидации воспаления в тканях паравульнарной зоны. Это подтверждает и состояние регенеративно-дегенеративного индекса, который в основной группе в данный период был равен 1,68, а в группе контроля составил 0,96. В то же время, у пациентов основной группы на данном этапе возросла выраженность регенеративных клеточных реакций, о чем свидетельствует более высокое, по сравнению с контрольной группой, число зрелых соединительнотканных элементов: фибробластов (соответственно 5,82 и 3,21) и гистиоцитов (соответственно 6,45 и 3,26).

Если оценивать заживление ран у больных после реконструкции дефекта носа комбинированным кожно-жировым носогубным лоскутом с использованием хрящевого трансплантата из ушной раковины, можно отметить, что предложенный метод обеспечивает достаточно хорошие результаты. Заживление послеоперационной раны у 13 пациентов, оперированных с комбинированной пластикой, первичным натяжением наблюдалось у 10 (76,9%) пациентов, вторичным натяжением - у 3 (23,1%). Из них у одного пациента после предшествующего хирургического вмешательства и у двух больных после ранее проведенного лучевого лечения. При контрольном осмотре через месяц у больных имеется полное приживление лоскута, хороший косметический эффект. При эндоскопии преддверия, полости носа – просвет носа широкий, носовое дыхание свободное.

Отдаленные результаты прослежены у всех пациентов в течение 5 лет. У всех обследуемых не отмечено регионарных, отдаленных метастазов и ререцидивов. Таким образом, предложенный метод реконструкции крыла носа позволяет не только устранить косметический дефект, но и обеспечить жесткий каркас крыла носа, чем достигается функциональный результат операции.

На предложенную хирургическую методику получен патент РФ на изобретение: № 2371124 от 27.10.2009 г. «Способ пластики сквозного дефекта крыла носа». При исследовании отмечено, что при плоскоклеточном раке заживление раны вторичным натяжением составило 43,5±10,3%. При базальноклеточном раке заживление раны вторичным натяжением отмечено у 23,4± 6,2% больных ($p>0,05$).

Выводы: 1.Для закрытия раневого дефекта при наличии сквозной раны крыла носа целесообразно использование комбинированного носо-губного лоскута и хрящевого трансплантата из ушной раковины. Применение данного метода обеспечивает хороший ближайший, отдаленный функциональный и эстетический результат. 2.Заживление раны зависит от гистоло- гической структуры опухоли. При плоскоклеточном раке по сравнению с базально-клеточным раком заживление раны первичным натяжением уменьшается на 20,1%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксель Е.М. Состояние онкологической помощи населению России и стран СНГ в 2005 г. / Е.М. Аксель // Вестник Российского онкологического научного центра имени Н.Н. Блохина

РАМН, 2007, № 2, с.9
2. Гюсан А.О. Восстановительная ринопластика. СПб., 2000, 114 с.
3. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2005 г. // Вестник Российского онкологического научного центра имени Н.Н. Блохина РАМН, 2007, № 2, с.54.
4. Воробьев Ю.И., Лимарова И.В., Печурчик А.И. и др. Лучевая терапия рака кожи (варианты фракционирования и методика) // Вопросы онкологии, 1995, № 2, с.90-91
5. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011, 656 с.
6. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 2000, 479 с.
7. Рауэр А.Э., Михельсон Н.М. Пластические операции на лице. М., Медгиз, 1985, 251с.
8. Савельева А.Е., Ковалев Ю.Н., Важенин А.В. К вопросу о возникновении рецидивов базально-клеточного рака кожи лица / Современные технологии в онкологии: Материалы VI Всероссийского съезда онкологов. Ростов-на-Дону, 2005, с.75.
9. Parkin D.M., Whelan S., Ferlay J. et al Cancer incidence in Five Continents // IARC, sci. publ. Lyon, 2002, v.155, 771 p.
10.Petres J., Rompel R., Robins P. Dermatologic Surgery. Springer, 1996, 522 p.
11.Weerda H. Reconstructive Facial Plastic Surgery. A problem-Solving Manual. Stuttgart-New-York: Thieme, 2001, p.4-6.

Xülasə

Xarici burun dərisi bəd xassəli şişlərinin cərrahi müalicəsinin klinik aspektləri

R.H. Haqverdiyev, C.J. Məmmədov, L.A. Zülfüqarova, K.Q.Cəfərov

Tədqiqatın məqsədi burunun residiv şişlərində cərrahi müalicə nəticələrinin yaxşılaşdırılmasından ibarətdir. Burunun dəlinmiş yaralarında defekti bağlamaq üçün kombinə burun-dodaq loskutu və qulaqdan qığırdaq transplantatı məqsədəuyğundur. Bu metod istifadə edildikdə qənaətbəxş yaxın, uzaq, funksional və estetik nəticələr almaq mümkündür. Yara sağalma prosesi şişin qistoloji strukturundan aslıdır. Yastı hüceyrəli şişdə bazal hüceyrəli şişlə müqayisədə yaranın birincili sağalması 20,1% azalır.

Summary

Clinical aspects of surgical treatment of external nose skin canser

R.A. Ahverdiyev, J.G. Mamedov, L.A. Zulfugarova, K.G.Dzhafarov

The purpose is improving the results of surgical treatment of recurrent tumors of the nose.

The results of the study: 1. To close the wound defect in the presence of a wound through the wing of the nose it is advisable to use a combination of the nasolabial flap and graft cartilage from the ear. Application of this method provides a good approximated, remote functional and aesthetic result. 2. Wound healing depends on the histological structure of the tumors. In SCC compared with basal cell carcinoma wound healing by first intention is reduced by 20.1%.

Daxil olub: 08.12.2014

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ И РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ В 2012 ГОДУ

Н.Г. Кулиева, А.А.Абдуллаев

Национальный центр онкологии, г.Баку

Açar sözlər: düz bağırsaq xəsrçəngi, yoğun bağırsağın siqmaşəkilli nahiyəsi, Azərbaycan Respublikası, xəstəlik dərəcəsi, ölüm dərəcəsi, letallıq

Ключевые слова: рак прямой кишки, ректосигмоидный отдел толстой кишки, Азербайджанская

Республика, заболеваемость, смертность, летальность
Keywords: cancer of the rectum, rectosigmoid colon, the Republic of Azerbaijan, morbidity, mortality, mortality

Колоректальный рак- одно из наиболее частых онкологических заболеваний. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения рак прямой кишки (РПК) составляет 5,1% (6-е место), женского населения- 4,7% (8-е место). В структуре смертности мужчин РПК занимает 5-е место (5,3%); у женщин- 5-е место (6,4%) [1]. Индивидуальный риск его развития достигает в среднем- 5-6%. Ежегодно в мире диагностируется около 1 миллиона новых случаев. Смертность в течение года после постановки диагноза при данной патологии, по данным большинства авторов, составляет около 30%. Более трети больных РПК (2007г.- 34.4%) впервые регистрируются с наличием распространенного опухолевого процесса, 5 лет и более состоят на учете менее 50 ±4,5% пациентов. Как отмечалось выше, у значительной части больных РПК выявляется на этапе местнораспространенного или метастатического процесса [2,4]. При этом истинные показатели заболеваемости могут даже превышать указанные цифры, особенно в развивающихся странах, для которых информация была собрана с известными трудностями, из доступных источников [3].

В анализе состояния заболеваемости РПК и ректосигмоидного отдела толстой кишки в Азербайджане в 2012 году применена карта административно-территориального деления на регионы. Анализ параметров заболеваемости в двух регионах, Кельба-джаро-Лачинском и Верхне Карабахском, на настоящий момент не представлялся возможным из-за оккупации их армянскими реваншистами (рис.1).

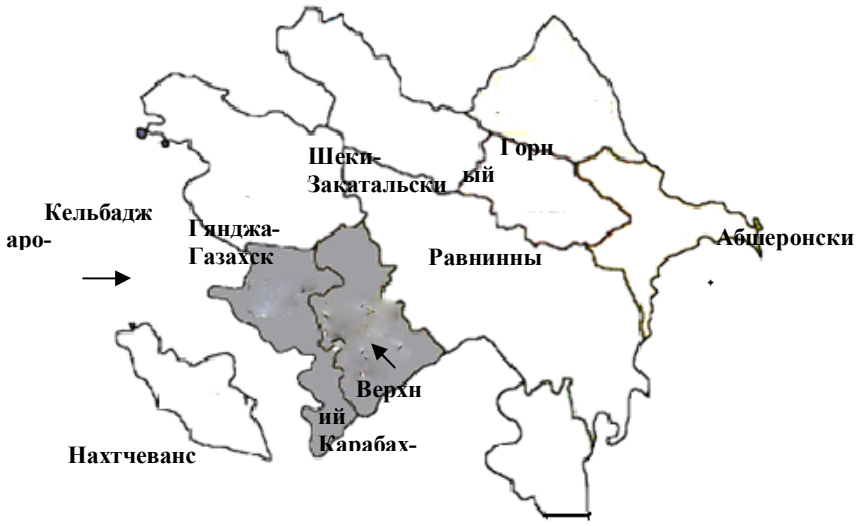


Рис.1. Условно выделенные администт-ративно-территориальные регионы.

В Абшеронский регион были включены г.Сумгаит с населением на изучаемый период 314800 человек, Хызынский- 15100 человек, и Абшеронский- 192900 человек, районы. Население региона составило 522800 человек. Коэффициент смертности от РПК в г.Сумгаите составил 2,5, в Хызынском районе смертность отсутствовала, в Абшеронском-3,1. По региону в целом коэффициент смертности составил 2,7. Коэффициент летальности в г.Сумгаите составил 7,3%, в Хызынском районе показатель отсутствовал, в

Абшеронском- 33,3%. Коэффициент поражения по г.Сумгаиту составил 31,4, по Хызынскому району он отсутствовал, а по Абшеронскому достигал- 9,3. 5-ти летний период выживаемости по г.Сумгаиту был равен 42,4%, по Абшеронскому району- 44,4%. Уровень экстенсивного показателя в Сумгаите достигал 6,0%: мужчины- 7,2%, женщины- 4,7%. В Абшеронском районе показатель равнялся 2,2%: мужчины- 3,7%, женщины- 1,0. Интенсивный показатель в г.Сумгаите соответствовал- 8,9: мужчины- 11,0, женщины- 6,9. По Абшеронскому району уровень его равнялся 2,1: мужчины- 3,1, женщины- 1,0. По региону значение показателя было 6,1: мужчины-7,7, женщины- 4,5. Коэффициент агрессивности в г.Сумгаите был равен 0,3. В Абшеронском районе он соответствовал 1,5. По региону же был равен 0,4.

Таким образом, в Абшеронском регионе коэффициенты смертности и летальности от РПК были наиболее высоки в Абшеронском районе, поражения- в г.Сумгаите, 5-ти летней выживаемости в Абшеронском районе, экстенсивности и интенсивности как у мужчин, так и у женщин- в г.Сумгаит, агрессивности- в Абшеронском районе.

По Абшеронскому региону значение показателя смертности равнялось 2,7., летальности-11,8%, поражения- 22,4, 5-ти летней выживаемости- 39,1%, экстенсивного показателя- 4,8% (мужчины-6,3%, женщины-3,5%), интенсивного показателя- 6,1 (мужчины-7,7, женщины-4,5), агрессивности – 0,4.

Регион «Горный Ширван» включал 4 района: Ахсуинский район с населением 72100 человек, Исмаиллинский район- 80900 человек, Гобустанский район- 41100 человек, Шамахинский район- 93700 человек. Население региона составляло 287800 человек. Коэффициент смертности в Ахсуинском районе равнялся 2,8, в Исмаиллинском- 4,9, Гобустанском- 7,3, Шемахинско- 2,1. В Ахсуинском и Исмаиллинском районах коэффициент летальности был равен 33,3%. Коэффициент поражения по Ахсуинскому району достигал 18,0, по Исмаиллинскому- 13,6, Гобустанскому- 12,2, Шемахинскому- 14,9. 5-ти летняя выживаемость в Ахсуинском районе была 23,1%, в Исмаиллинском- 27,3%, в Шемахинском- 28,6%. Уровень экстенсивного показателя в Ахсуинском районе достигал 4,7%: мужчины- 6,5%, женщины- 3,0. В Исмаиллинском районе он соответствовал 7,1%: мужчины- 7,8%, женщины- 5,9. В Гобустанском районе он равнялся 4,0: женщины- 8 ,3. В Шемахинском районе он достигал 0,8%: мужчины- 1,5%. Интенсивный показатель по Ахсуинскому району соответствовал 4,2: мужчины- 5,6, женщины- 2,8. По Исмаиллинскому району он равнялся 7,4: мужчины- 9,9, женщины- 4,9. По Гобустанскому району показатель был 2,4: женщин- 4,9. По Шемахинскому району лн равнялся 1,1: мужчины- 2,2. Коэффициент агрессивности в Ахсуинском районе равнялся 0,7, в Исмаиллинском -0,7, в Гобустанском- 3,0, в Шамахинском- 1,9. По региону показатель достигал 1,0.

Итак, в регионе «Горный Ширван» наиболее высокое значение показателя смертности от РПК и выявлено в Гобустанском районе, летальности- в Ахсуинском и Исмаиллинском, поражения- в Ахсуинском, 5-ти летней выживаемости- в Шемахинском, экстенсивного и интенсивного- как у мужчин, так и у женщин в Исмаиллинском, агрессивности- в Шамахинском.

По региону «Горный Ширван» значение показателя смертности было 3,8, летальности- 27,3%, поражения- 14,9, экстенсивности- 3,6% (мужчины-4,3%, женщины- 2,8%), интенсивности – 3,8 (мужчины-4,9, женщины-2,8), агрессивности – 1,0.

Губа-Хачмазский регион объединял 5 районов Республики: Гусарский с населением 89300 человек, Губинский- 155600 человек, Хачмазский- 162100 человек, Шабранский- 53000 человек, Сиязаньский- 38400 человек. Всего население региона составляло 498400 человек. Коэффициент смертности по Гусарскому району составлял 3,4, по Губинскому- 5,1, по Хачмазскому- 3,1, по Шабранскому- 1,9. Коэффициент летальности в Гусарском районе достигал 50%, в Губинском- 30,0%, в Хачмазском- 9,1% Коэффициент поражения в Гусарском районе равнялся 22,4, в Губинском- 20,6, в Хачмазском- 19,1, в Шабранском- 3,8, в Сиязаньском- 10,4. 5-ти летняя выживаемость в Гусарском районе была 50%, в Губинском - 21,9%, в Хачмазском- 12,9%, в Шабранском- 50%, в Сиязаньском- 25%. Уровень экстенсивного показателя в Гусарском районе достигал 4,9%: мужчины- 1,3%, женщины- 10,9%. В Губинском районе показатель был

равен 4,6%: мужчины- 4,3%, женщины- 5%. В Хачмазском районе он соответствовал 6,3%: мужчины-6,1%, женщины- 6,5%. Значение показателя в Шабранском районе было равно 3,3%: мужчины- 6,5%. В Сиязаньском районе он равнялся 6,3%: мужчины- 10%. Уровень интенсивного показателя по Гусарскому району был 6,7: мужчины- 2,3, женщины- 11,1. По Губинскому району он соответствовал 6,4: мужчины - 6,4, женщины- 6,5. В Хачмазском районе он достигал 6,8: мужчины- 6,2, женщины- 7,4. По Шабранскому району он равнялся 3,8: мужчины- 7,5. В Сиязаньском районе он достигал 2,6: мужчины- 5,3. Коэффициент агрессивности по Гусарскому району был равен 0,5, по Губинскому- 0,8, по Хачмазскому - 0,5, по Шабранскому – 0,5.

Таким образом, в Губа-Хачмазском регионе в Губинском районе зафиксирован самый высокий показатель смертности и агрессивности, в Гусарском - летальности и поражения, 5-ти летней выживаемости, в Хачмазском и у мужчин и женщин- экстенсивности, в Шабранском- интенсивности. Причем интенсивный показатель был высок у мужчин в Губинском районе, а у женщин - в Гусарском.

По Губа-Хачмазскому региону показатель смертности достигал 3,4, летальности- 18,9%, поражения- 17,9, 5-ти летней выживаемости- 25,8%, экстенсивности- 5,1% (мужчины-4,4%, женщины-5,8%). Интенсивности- 6,0 (мужчины-5,6, женщины-6,4), агрессивности – 0,6.

В Ленкоранский регион включено 6 районов: Астаринский- 98300 человек, Джалилабадский- 196500 человек, Лерикский -76400 человек, Ленкоранский- 209900 человек, Масалинский- 202500 человек, Ярдымлинский- 59600 человек. Всего население в регионе составляло 843200 человек. Коэффициент смертности в Астаринском районе был равен 9,2, в Джалилабадском- 0,5, Лерикском- 1,3, Ленкоранском- 3,8, Масаллинском- 1,5, Ярдымлинском- 1,7. По региону показатель достигал 2,7. Коэффициент летальности в Ленкоранском районе равнялся 15,4%, в Масаллинском- 16,7%, в Ярдымлинском- 50%. По региону этот показатель равнялся 17,2%. Коэффициент поражения по Астаринскому району достигал 10,2, по Джалилабадскому- 2,5, по Лерикскому- 14,4, по Ленкоранскому- 14,8, по Массалинскому – 11,9, по Ярдымлинскому- 11,7. В целом по региону уровень коэффициента был 9,3. Показатель 5-ти летней выживаемости в Астаринском районе равнялся 50%, в Джалилабадском- 20%. В Ленкоранском- 22,6%, в Лерикском- 36,4%, в Масалинском- 25%, в Ярдымлинском- 28,6%. По региону показатель равнялся 28,4%. Доля экстенсивного показателя в Астаринском районе равнялась 8.8%: мужчины- 16,1%. В Джалилабадском районе он был равен 2,9%: мужчины- 7,4%. В Лерикском районе показатель соответствовал 2,8%: женщины- 5,6%. В Ленкоране он равнялся 6,3%: мужчины- 9,3%, женщины- 3%. По Массалинскому району показатель соответствовал 3,8%: мужчины- 4,3%, женщины- 3,1%. В Ярдымлинском районе уровень экстенсивного показателя равнялся 4,5%: мужчины- 3,7%, женщины- 5,9%. В целом по региону показатель был равен 5,3%: мужчины- 7,6%, женщины- 2,6%. Интенсивный показатель по Астаринскому району был 5,1: мужчины- 10,2. В Джалилабадском районе он равнялся 1,0: мужчины 2,1. В Лерикском районе показатель был равен 1,3: женщины- 2,6. В Ленкоранском районе он достигал 6,2: мужчины- 9,6, женщины-2,9. В Массалинском районе уровень показателя достигал 3,0: мужчины-3,9, женщины- 2,0. В Ярдымлинском районе он достигал 3,4: мужчины- 3,3, женщины- 3,4. В целом по региону интенсивный показатель был 3,6: мужчины- 5,5, женщины- 1,7. Коэффициент агрессивности в Астаринском районе был 1,8, в Джалилабадском- 0,5, в Лерикском- 1,0, в Ленкоранском- 0,6, в Массалинском- 0,5, в Ярдымлинском- 0,5. В целом по региону коэффициент достигал 0,8.

Итак, в Астаринском районе Ленкоранского региона коэффициент смертности и агрессивности был выше, чем в других районах региона, в Ярдымлинском- летальности, в Астаринском- 5-ти летней выживаемости, в Астаринском у мужчин и Ярдымлинском у женщин- экстенсивности, в целом в Ленкоранском. у мужчин в Астаринском, у женщин в Ярдымлинском - интенсивности,

По Ленкоранскому региону показатель смертности достигал 2,7, летальности- 17,2%, поражения- 9,3, 5-ти летней выживаемости- 28,4%, экстенсивности- 5,3;(мужчины 7.6%, женщины- 2,6%), интенсивности- 3,6 (мужчины-5,5, женщины-1,7), агрессивности - 0,8.

В Гянджа-Газахском регионе объединено 11 районов: г.Гянджа- 316300 человек, Газахский район -90000 человек, Агстафинский район- 81400 человек, Товузский район- 160700 человек, Шамкирский район- 196100 человек, Кедабекский район -95000 человек, Дашкесанский район- 33200 человек, Самухский район-54600 человек, Гейгельский район – 58300, Геранбойский район- 96200 человек, г.Нафталан- 9100 человек. Население региона составило 1191799 человек. Коэффициент смертности от РПК и ректосигмоидного отдела толстой кишки по г.Гянджа составил 2,8, по Газахскому району-1,1, по Агстафинскому- 2,5, по Товузскому-1,2, по Шамкирскому- 2,0, по Кедабекскому-4,2, по Дашкесанскому -3,0, по Геранбойскому -1,0. Коэффициент поражения по г.Гянджа равнялся 23,7, по Газахскому район- 9,9, по Агстафинскому-8,6. По Товузскому- 10,6, по Шамкирскому-6,1, по Кедабекскому-8,4, по Дашкесанскому-12,0, по Самухскому- 1,8, по Гейгельскому-10,3. Показатель 5-ти летней выживаемости в г.Гянджа был 19,7%, в Газахском районе-55,6%; в Агстафинском- 28,6%, в Товузском-23,5%, в Шамкирском- 50%, в Кедабекском-25%, в Гейгельском- 16,7%, в Геранбойском-20%. Экстенсивный показатель по г.Гнджа соответствовал 5,4%: (мужчины-8,1%, женщины- 3,1%. По Газахскому району он был равен 2,4% (мужчины-2,5%, женщины-2,2%), по Агстафинскому- 4,3% (мужчины-6,7%, женщины-2,0%), по Товузскому- 3,7% (мужчины-4,5%, женщины-2,7%), по Шамкирскому- 1,8% (мужчины-3,6%), по Кедабекскому- 5,7% (мужчины-12,5%). По Самухскому- 1,2% (мужчины-2,8%), по Гейгельскому-2,1% (женщины-3,4%), по Геранбойскому – 5,8% (мужчины-11,8%). Интенсивный показатель по г Гянджа равнялся 7,3 (мужчины-10,5, женщины-4,3), по Газахскому району – 2,2 (мужчины-2,3, женщины-2,2), по Агстафинскому- 4,9 (мужчины-7,5, женщины-2,4), по Товузскому-3,1 (мужчины-3,7, женщины-2,5), по Шамкирском-1,5 (мужчины-3,0), по Кедабекскому- 3,2 (мужчины-6,3), по Самухскому-1,8 (мужчины-3,7), по Гейгельскому- 1,7 (женщины-3,4), по Геранбойскому- 4,2 (мужчины-8,4). По г.Гянджа коэффициент агрессивности достигал 0,4, по Газахскому району-0,5, по Агстафинскому- 0,5. по Товузскому- 0,4, по Шамкирскому- 1,3, по Геранбойскому- 0,2.

Таким образом, в Дашкесанском районе Гянджа-Газахского региона показатель смертности был выше, чем в других районах региона, по г.Гянджа- коэффициент поражения, в Газахском- 5-ти летней выживаемости, в целом по Геранбойскому району, у мужчин по Кедабекскому и у женщин по Гейгельскому- экстенсивности, по г.Гянджа и у мужчин и женщин-интенсивности, по Шамкирскому- агрессивности.

В целом по Гянджа-Газахскому региону коэффициент смертности равнялся 2,0, летальности- 8,7%, поражения- 12,5, 5-ти летней выживаемости- 24,2%, экстенсивности- 4,5% (мужчины-7,5%, женщины-1,8%), интенсивности-4,7 (мужчины-7,5, женщины-2,0), агрессивности- 0,4.

В Шеки-Закатальский регион вошло 6 районов: Белоканский- 91100 человек, Закатальский- 120300 человек, Гахский-53900 человек, Габалинский-95600 человек, Огузский- 40900 человек, Шекинский -173500 человек). Население региона составило 575300 человек.

В Белоканском районе коэффициент смертности составил 2,2, в Закатальском- 3,3, в Гахском- 7,4, в Габалинском- 5,2, в Огузском- 9,8.

Коэффициент летальности по Белоканскому району равнялся 20%, по Закатальскому- 7,1%, по Габалинскому – 28,6%, по Огузскому – 50%.

Коэффициент поражения в Белоканском районе был равен 25,2, в Закатальском-21,6, в Гахском- 11,1, в Габалинском- 19,9, в Огузском- 9,8, в Шекинском- 11,0.

Показатель 5-ти летней выживаемости в Белоканском районе достигал 30,4%, в Закатальском- 53,8%, в Гахском- 33,3%, в Габалинском- 10,5%, в Огузском- 10,0%, в Шекинском- 52,6%.

Уровень экстенсивного показателя в Белоканском районе был 6,7% (мужчины-10%, женщины-4,4%), в Закатальском- 12,3% (мужчины-13,1%, женщины-11,3%), в Гахском- 2,7% (мужчины-6,7%), в Габалинском-7,9% (мужчины-8,3%, женщины-7,3%), в Огузском- 10,8% (мужчины-20%), в Шекинском- 1,9% (мужчины-3,4%).

Показатель интенсивного показателя в Белоканском районе был 5,5 (мужчины-6,7, женщины-4,3), в Закатальском- 11,6 (мужчины-13,5, женщины-9,8), в Гахском- 4,0 (мужчины-7,7), в Габалинском- 7,3 (мужчины-

8,2%, женщины-6,4%), в Огузском- 9,8 (мужчины-19,5%), в Шекинском- 2,3 (мужчины-4,6).

Коэффициент агрессивности в Белоканском районе был равен 0,4, в Закатальском-0,3, в Гахском- 1,9, в Габалинском- 0,7, в Огузском-1,0.

В целом по Шеки-Закатальскому региону коэффициент смертности равнялся 3,3, поражения- 17,2, 5-ти летней выживаемости-35,4%, экстенсивности- 6,0% (мужчины-8,2%, женщины- 3,8%), интенсивности- 6,3 (мужчины- 8,8, женщины-3,8), агрессивности- 0,5.

В состав равнинного региона было включено 18 районов: г.Мингечевир- 97800 человек, Агдашский район- 100600 человек, Билясуварский- 90300 человек, Имишлинский- 116600, Саатлинский- 95100 человек, Уджарский- 79800 человек, г.Ширван-78700 человек, Бейлаганский- 87900 человек, Гейчайский- 111100 человек, Кюрдамирский-105700 человек, Сабирабадский-155400 человек, Евлахский- 119600 человек, Агджабединский- 12400 человек, Бардинский-143900 человек, Гаджикабульский- 67300 человек, г.Нефтичала- 81300 человек, Сальянский- 124900 человек, Зардобский-54000 человек Население региона составляло 1722400 человек.

Показатель смертности по г.Мингечевир равнялось 1,0, по Агдашскому району- 4,0, по Билясуварскому- 1,1, по Саатлинскому-2,1, по Уджарскому- 2,5, по г.Ширван- 5,1, по Гейчайскому- 3,6, по Кюрдамирскому- 2,8, по Сабирабадскому- 3,2, по Евлахскому- 1,7, по Агджабединскому- 8,1, по Бардинскому- 2,8, по Гаджикабульский- 1,5, по Сальянскому-2,4.

Показатель пораженности по г.Мингечевир составил 24,5, по Агдашскому району- 8,0, по Билясуварскому- 11,1, по Имишлинскому-11,1, по Саатлинскому- 13,7, по Уджарскому-3,8, по г.Ширван -12,7, по Бейлаганскому-8,0, по Гейчайскому- 20,7, по Кюрдамирскому-21,8, по Сабирабадскому- 4,5, по Евлахскому-15,1, по Агджабединскому – 9,7, по Бардинскому- 6,3, по Гаджикабульский -1,5, по г.Нефтчала- 19,7, по Сальянскому- 8,8, по Зардобскому- 22,2.

Показатель 5-ти летней выживаемости по г.Мингечевир был равен 25%, по Агдашскому району- 25%, по Билясуварскому- 20%, по Имишлинскому- 23,1%, по Саатлинскому-76,9%, по Уджарскому- 33,3%, по г.Ширван-20%, по Бейлаганскому- 42,9%, по Гейчайскому-30,4%, по Кюрдамирскому- 52,2%, по Сабирабадскому- 14,3%, по Евлахскому-27,8%, по Агджабединскому- 33,3%, по Бардинскому- 33,3%, по г.Нефтчала- 12,5%, по Сальянскому- 36,4%, по Зардобскому 66,7%..

Значение экстенсивного показателя по г.Мингечевир составило 4,8% (мужчины-5%, женщины-4,5%), по Агдашскому району- 5% (мужчины-4,8%, женщины-5,3%), по Билясуварскому- 3,3% (мужчины-3%, женщины-3,6%), по Имишлинскому- 7,8% (мужчины-15,2%, женщины-2,3%), по Саатлинскому- 6% (мужчины-5,4%, женщины-6,5%), по Уджарскому- 6,3% (мужчины-8%, женщины-4,9%), по г.Ширван- 4,9% (мужчины-8,9%), по по Гейчайскому-6,4% (мужчины-6,2%, женщины- 6,7%), по Кюрдамирскому- 1% (мужчины- 2%), по Сабирабадскому- 4,7% (мужчины- 6,9%, женщины-2%), по Евлахскому-6,2% (мужчины-2,7%, женщины-6,2%), по Агджабединскому- 7,4% (мужчины-12,5%, женщины- 2,4%), по Бардинскому- 4,3% (женщины- 8,3%), по Гаджикабулскому- 2,4% (женщины- 7,7%), по г.Нефтчала- 7,5% (мужчины- 3,9%, женщины-11,9%), по Сальянскому- 6,3% (мужчины-11,3%, женщины-1,7%), по Зардобскому- 8,7% (мужчины-10,5%, женщины-7,4%).

Уровень интенсивного показателя по г.Мингечевир был 7,2 (мужчины-8,5, женщины-5,9), по Агдашскому району -2,0 (мужчины-2,0, женщины-2,0), по Билясуварскому-2,2 (мужчины-2,2, женщины-2,2), по Имишлинскому- 5,1 (мужчины-8,6, женщины-1,7), по Саатлинскому- 5,3 (мужчины-4,2, женщины-6,4), по Уджарскому-5,0 (мужчины-5,0, женщины-5,0), по г.Ширван-6,4 (мужчины-13,0), по Гейчайскому-6,3 (мужчины-7,2, женщины-5,4), по Кюрдамирскому-0,9 (мужчины-1,9%), по Сабирабадскому- 3,2 (мужчины-5,2, женщины-1,3%), по Евлахскому-5,9 (мужчины-5,3, женщины-6,3), по Агджабединскому-4,8 (мужчины-7,9, женщины-1,6), по Бардинскому -2,1 (женщины-4,2), по Гаджикабулскому-1,5 (женщины-2,9), по г.Нефтчала-8,6 (мужчины-5,0, женщины-12,1), по Сальянскому-5,6 (мужчины-9,7, женщины-1,6), по Зардобскому- 7,4 (мужчины-7,4, женщины-7,9).

При анализе показателя агрессивности установлено, что по г.Мингечевир он равнялся 0,1, по Агдашскому району-2,0, по Билясуварскому-0,5, по Саатлинскому- 0,4, по Уджарскому- 0,5, по г.Ширван- 0,8, по

Гейчайскому-0,6, по Кюрдамирскому-0,3, по Сабирабадскому-1,0, по Евлахскому- 0,3, по Агджабединскому- 1,7, по Бардинскому- 1,3, по Гаджикабулскому-1,0, по Сальянскому-0,4.

В целом по Равнинному региону коэффициент смертности равнялся 2,1, летальности-15,%, поражения-11,7, 5-ти летней выживаемости – 35%, экстенсивности-5,2% (мужчины- 6,1%, женщины- 4,3%), интенсивности -4,3 (мужчины-5,2, женщины-3,5), агрессивности – 0,5...

Нахичеванский регион включал в себя 7 районов: г.Нахичевань, Бабекский район, Джульфинский, Кенгерлинский, Ордубадский, Садаракский, Шахбузский. Население региона на 2012 год составляло 410100 человек. Анализ показателей заболеваемости раком прямой кишки и ректосигмоидному отделу толстой кишки выполнено по региону в целом. Коэффициент смертности был равен 2,9, летальности- 40%, поражения- 1,7, агрессивности- 1,2. Показатель 5-ти летней выживаемости равнялся 28,6%. Уровень экстенсивного показателя достигал 3,1% (мужчины-3,1%, женщины-3,1%), интенсивного же- 2,4 (мужчины-2,4, женщины-2,4). Полученные данные приведены в таблице 1.

Таким образом, показатель смертности был высок в регионе Горного Ширвана (3,8), а низок в Гянджа-Газахском (2,0). Высокое значение коэффициента летальности получено в Нахичеванском регионе, низкое- в Гянджа-Газахском. Уровень пораженности 22,4 выявлен в Абшеронском регионе, а 1,7- в Нахичеванском. 5-ти летняя выживаемость 38,1% наблюдалась в Абшеронском регионе, а 23,3%- в регионе Горный Ширван. Экстенсивный показатель равный 6,0% зафиксирован в Губа-Хачмазском регионе, а 3,1%- в Нахичеванском. Значение интенсивного показателя на уровне 6,3 выявлено в Шеки-Закатальском регионе, а 2,4- в Нахичеванском. Высокая агрессивность заболевания, 1,0, установлена в Горном Ширване, низкая, 0,4,- в Абшеронском и Гянджа-Газахском регионах.

Таблица 1

Частота показателей заболеваемости раком прямой кишки и ректосигмоидного отдела толстой кишки в 2012 году

Регион Коэффициент	Абшеронский	Горный Ширван	Губа-Хачмазский	Ленкоранский	Гянджа-Газахский	Шеки-Закатальский	Равнинный	Нахичеванский
Смертность	2,7	3,8	3,4	2,7	2,0	3,3	2,1	2,9
Летальность	11,8%	27,3%	18,9%	17,2%	8,7%	25%	15,1%	40%
Пораженность	22,4	14,9	17,9	9,3	12,5	17,2	11,7	1,7
5 летняя выжив.	38,1%	23,3%	25,8%	28,4%	24,2%	35,4%	35%	28,6%
Экстенсивность	4,8%/	3,6%	5,1%	5,3%	4,5%	6,0%	5,2%	3,1%
Интенсивность	6,1	3,8	6,0	3,6	4,7	6,3	4,3	2,4
Агрессивность	0,4	1,0	0,6	0,8	0,4	0,5	0,5	1,2

ЛИТЕРАТУРА

1.Давыдов М.И., Аксель Е.М. Эпидемиология колоректального рака // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, 2010, т. 21, 2 (80) (прил. 1),

2.Лавришев А.К. Ранняя диагностика опухолей толстой кишки с позиций современных организационно-функциональных подходов к управлению качеством медицинской помощи (на примере г..Ставрополя): Автореф. канд.мед.наук. М., 2010, 24с.

3.Мамонтов, К.Г. Особенности заболеваемости злокачественными новообразованиями ободочной и прямой кишки с учетом внешних факторов и риска полинеоплазий, автореферат канд.мед.наук. Барнаул, 2005, 26с.

4.Пастухов А.А. Онкологическая составляющая в управлении ургентной помощи больным раком толстого кишечника: Автореф. дис… к.м.н. Воронеж, 2009, 22 с.

Xülasə

2012-ci ildə Azərbaycan Respublikası əhalisinin düz bağırsaq və yoğun bağırsağın siqmaşəkilli nahiyəsində xərçəng ilə xəstələnmə dərəcəsinin xarakteristikası

N.Q.Quliyev. A.A.Abdullayev

2012-ci il üzrə Azərbaycan Respubklikasında həm ərazi-inzibati regionlarda, həm də rayonlarda düz bağırsaq və yoğun bağırsağın siqmaşəkilli nahiyəsində xərçəng ilə xəstələnmə dərəcəsinin göstəriciləri stastisik verilənlər əsasında öyrənilmişdir. Ölüm dərəcəsi, letallıq, zədələnmə dərəcəsi, 5 il ərzində sağqalma, ekstensivlik, inetnsivlik və xəstəliyin aqressivliyi kimi göstəricilər tədqiq edilmişdir

Summary

Description of the republic of Azerbaijan population morbidity rectal cancer and rectosigmoid colon in in 2012

N.H.Guliyeva, A.A.Abdullayev

Based on the statistical data studied cancer rates rectum and rectosigmoid colon of Azerbaijan for the year 2012 both in territorial and administrative regions and districts. Were analyzed mortality rates, mortality, prevalence, 5-year survival, extensiveness, intensity and aggressiveness of the disease.

Daxil olub: 16.12.2014

СВЯЗЬ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НОВОРОЖДЕННЫХ С ТЕЧЕНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Т.И. Ибадова

Азербайджанский институт усовершенствования врачей им. А.Алиева Кафедра семейной медицины, г.Баку

Açar sözlər: mərkəzi sinir sistemi, perinatal zədələnmə, hamiləlik, doğuş, yenidoğulmuş
Ключевые слова: центральная нервная система, перинатальная пораженность, беременность, роды, новорожденный
Keywords: central nervous system, perinatal injuries, pregnancy, childbirth, newborn

Проблема перинатальных поражений центральной нервной системы (ЦНС) в настоящее время не теряет своей актуальности, поскольку в последние годы отмечается увеличение удельного веса детей рожденных с этой патологией, высокий риск неблагоприятных исходов (параличи, гидроцефалия, эпилепсии, умственная отсталость), декомпенсация резидуально-органического фона в последующие этапы жизни и т.д. [1,2,3]. Сегодня активно продолжается изучение диагностики и клинических последствий перинатальных поражений ЦНС и достигнут определенный прогресс в изучении механизмов развития тех или иных форм гипоксически - ишемических поражений ЦНС у новорожденных [4-7]. Вместе с тем, несмотря на проводимые исследования в области диагностики, лечения и прогнозирования исходов перинатальных поражений ЦНС у новорожденных на сегодняшний день остается нерешенной.

Целью нашего исследования явилась оценка связи перинатальных поражений новорожденных с течением беременности и родов их матерей.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 119 доношенных детей (срок гестации 38-40 недель) до года жизни, родившихся с перинатальными поражениями ЦНС, матери которых были в возрасте 30-36 лет, имели осложненный акушерский, гинекологический анамнез и различные экстрагениталъные заболевания. Отбор больных осуществлялся в соответствии с установленными критериями дети с наличием внутриутробной инфекции, врожденными пороками развития, внутриутробной задержкой и недоношенностью в группу исследования не входили.

Масса тела при рождении составила в среднем 3108,99±0,83 г (от 1300 до 4800 г), рост- 48,76±0,16см (от 33 до 56 см). Оценка по школа Апгар на 1 и 5 минутах жизни составила 7-8 баллов у 33(27,73±7,79%, p≤0,001) детей, 6,8 баллов- у 48 (40,34±7,08%, p≤0,001),6-7 баллов- у 38(31,93±7,56%, p≤0,001). Среди обследованных встречались следующие виде перинатальных поражений мозга: гипоксически-ишемическое поражение (ГИП) или перивентрикулярная лейкомаляция (ПВЛ)- в 54,62±6,17% случае (65 ребенок); гипоксические поражения- в 16,81±4,36% случаев (20), из которых геморрагические поражения выявлялись у 6 (5,04%) детей; травматические- у 15,97±3,40% (19); дисметаболические поражения – в 12,60±2,5% (15) случаев.

В зависимости от тяжести перинатальных поражений ЦНС новорожденные были разделены на 3 группы: I группа- дети с легкой степенью перинатального поражения ЦНС- 41,17±8,31% (n=49); II группа- дети с перинатальным поражением ЦНС средней тяжести- 36,13±8,71% (n=43); III группа- с тяжелой степенью- 22,69±6,59% (n=27) детей.

Контрольную группу составили 20 доношенных новорожденных без перинатальных поражений ЦНС.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью Microsoft Office 2007 Excel и Statistica.

Результаты и их обсуждение. Неврологические нарушения проявлялись у 32 новорожденных синдромом нервно–рефлекторной возбудимости, у 57- гипертензивно-гидроцефальным синдромом, у 11- синдромом угнетения, у 9- судорожным синдромом и у 10 детей отмечалось сочетание синдромов (рис.1).

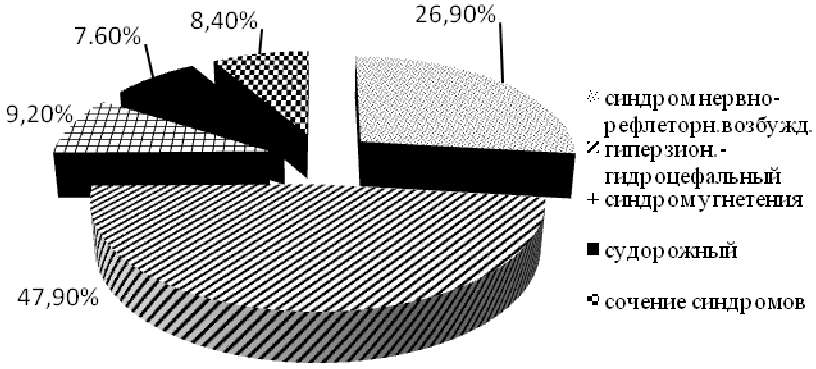


Рис.1. Частота синдромов энцефалопатии у обследованных новорожденных

Синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости выражался эмоциональным беспокойством на фоне достаточной и повышенной двигательной активности, удлинением периода активного бодрствования; при этом, несмотря на наличие физиологического мышечного гипертонуса у 30 (25,2%) детей, безусловные рефлексы были усилены. У 12 (10,1%) новорожденных отмечались мелкоамплитудный тремор конечностей и спонтанный рефлекс Моро с задержкой в первой фазе.

Клинически гипертензивный синдром проявлялся на 2-3 сутки жизни и выражался пронзительным мозговым криком, стойкой мышечной гипертонией, выбуханием большого родничка и гиперестезией кожных покровов, а также оживлением физиологических и сухожильных рефлексов. У 32(26,9%) детей выявлялась очаговая неврологическая симптоматика, а у 19 (16,0%)- симптом Грефе. На протяжении всего периода наблюдения у новорожденных с этим синдромом сохранялись симптомы внутричерепной гипертензии:

выбухание большого родничка, прерывистый сон, вскрикивания.

Синдром угнетения проявлялся снижением двигательной активности, мышечной гипотонией, ослаблением рефлексов и преобладанием парасимпатического вегетативного тонуса, причем проявления синдрома угнетения у большинства детей наблюдались уже впервые сутки жизни.

Судорожный синдром проявлялся стойкими генерализованными тоническими пароксизмами длительностью 1-5 суток, мышечной гипотонией и угнетением рефлексов орального и спинального автоматизма. Из 9 детей с этим синдромом у 3-их (2,5%) отмечались вегето-висцеральные расстройства (синдром срыгивания и рвоты), а у 1(0,8%) ребенка выявлялось нарушение дыхания в виде тахипноэ.

При обследовании женщин - матерей был оценен социальный, акушерско-гинекологический анамнез, течение настоящей беременности и родов. В 55,46% случаев (у 66 женщин) отмечались ограниченные материальные, жилищно-бытовые возможности.

Все женщины состояли в браке. По социальному положению женщины распределились следующим образом: служащие - 77 (64,7%), домохозяйки - 42 (35,3%). У матерей, обследованных детей встречались такие соматические заболевания как анемия, заболевания мочевыделительных органов, ЖКТ и сердечно-сосудистой системы. Установлено, что во всех группах, у 110 матерей преобладала анемия (92,4%). Сравнительный анализ по группам обследования показал, что для матерей I группы, помимо анемии, более характерными были заболевания мочевыделительных органов (49,0%); II группы- органов дыхания (41,9%) и III группы- сердечно-сосудистая патология (25,9%) (рис.2).

Как видим, у матерей отмечалась высокая частота соматической патологии, которая является одной из важных причин в снижении резистентности и реактивности организма, оказывающие влияние на развитие перинатальной патологии.

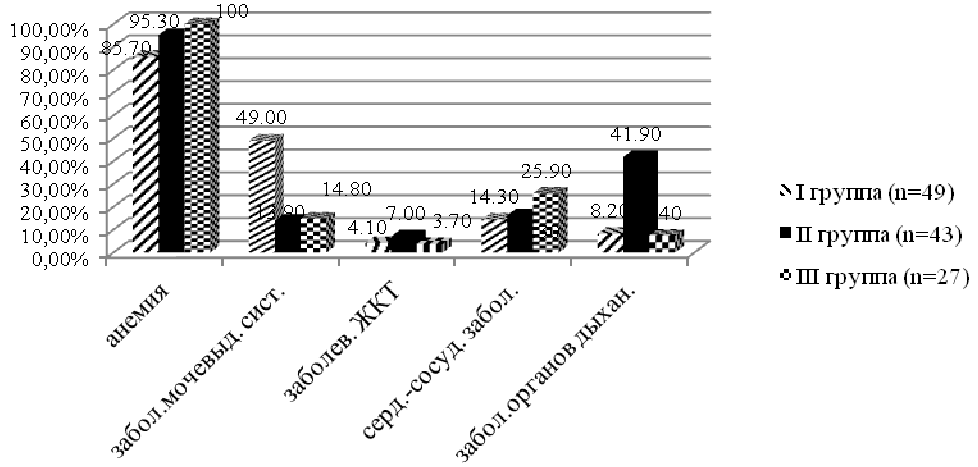


Рис.2. Частота экстрагенитальных заболеваний матерей (в %)

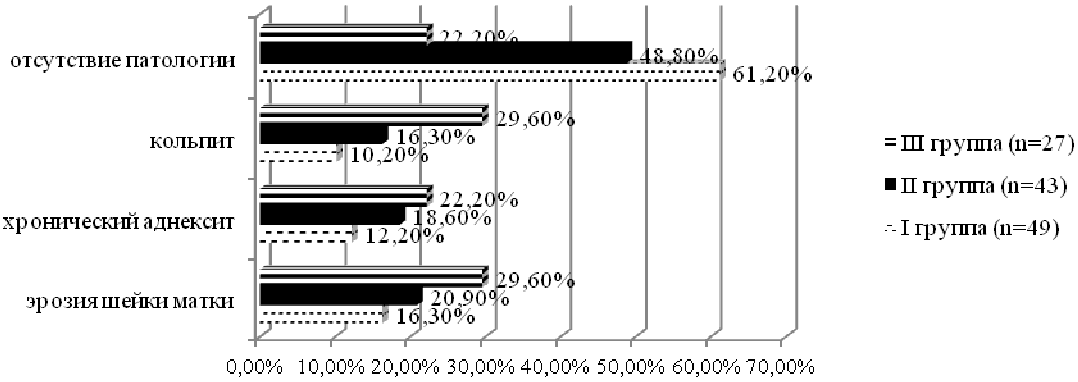


Рис.3. Частота гинекологических заболеваний у женщин в обследованных группах

Первая беременность и первые роды были у 55 (46,2%) женщин, повторная беременность- у 64 (53,8%), из которых больше половины - 41 женщина были первородящие.

Анализируя гинекологические заболевания матерей, было замечено, что в структуре гинекологической заболеваемости, одно из ведущих мест занимают неспецифические воспалительные заболевания нижнего отдела половых органов и органов малого таза. Так, из 119 матерей эрозия шейки матки выявлялась у 25 (21,0%), хронический аднексит и кольпит у 20 (16,8%) матерей соответственно (рис.3).

В структуре гинекологической заболеваемости у матерей всех групп ведущее место занимала эрозия шейки матки. При этом достоверные различия (p<0,5-0,01) имелись между показателями I и III групп по всем перечисленным заболеваниям.

Отягощенный акушерский анамнез был у 30 (61,2%) матерей I группы, у 33 (76,7%) и 19 (70,4%) матерей II и III группы соответственно. Наиболее частыми осложнениями беременности у матерей были анемия, токсикоз и угроза прерывания беременности. Токсикоз беременности наблюдался у 35 (71,4%) матерей I группы, у 27 (62,8%) II, и у 21 (77,7%) матерей III группы (контроль-10%, p>0,05). Частота гестоза матерей в I группе составила 67,3%, во II группе -55,8%, в III группе-70,4% случаев (контрольных 15,0%, p<0,001). Анализ акушерско-гинекологических факторов риска перинатальных поражений ЦНС показал частую встречаемость медицинских абортов, которая у матерей в I группе составила 61,2%, во II группе – 83,7% и III группе – 81,5% случаев. Длительное бесплодие отмечали 16 (32,6%) женщин I группы, 15 (34,9%) II и 14 (51,8%) матери III группы. Повторные выкидыши встречались соответственно в 22,4; 23,2 и 37,0% случаев. В контрольной группе эти факторы не отмечались.

Течение настоящей беременности у матерей новорожденных часто сопровождалось гестозом 1-й половины беременности (46%) и угрозой прерывания беременности первой и второй половины (табл.).

В контрольной группе достоверно чаще беременность протекала без осложнений- у 70,0% матерей, чем в основной группе исследования (p<0,05). При анализе течения беременности матерей исследуемых новорожденных отмечена высокая частота фетоплацентарной недостаточности, которая диагностировалась в основной группе в 29,4% случаев, а в контрольной группе при 15,0% беременностей.

Таблица

Характеристика течения беременности у женщин обследованных групп

Течение беременности	I группа (n=49)	II группа (n=43)	III группа (n=27)	Контрольная группа (n=20)
Без осложнений	20/40,8*	15/34,9*	5/18,5*	14/70,0
Гестоз 1-й половины беременности	6/12,2*	6/13,9*	4/14,*8	1/5,0
Гестоз 2-й половины беременности	2/4,1	2/4,6	2/7,4	-
Угроза прерывания 1-й половины беременности	6/12,2	6/13,9	4/14,8	2/10,0
Угроза 2-й половины беременности	2/4,1	2/4,6	2/7,4	-
Хроническая фетоплацентарная недостаточность	13/26,5*	12/27,9*	10/37,0*	3/15,0

Примечание: * - достоверность различий с контрольной группой (p<0,05-0,001)

Таким образом, анализ материнских факторов выявил достоверно частую сочетанную соматическую патологию и осложненное течение беременности у матерей в группе детей с тяжелой степенью перинатальных поражений ЦНС.

Учитывая значимость отдельных перинатальных факторов в формировании поражений ЦНС у детей, на наш взгляд, их можно использовать для ранней диагностики поражений мозга у новорожденных и проводить профилактику и лечение данного осложнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова В.А., Братова Е.А. Перинатальные поражения центральной нервной системы и их последствия в практике педиатра. СПб., 2008, 70 с.
2. Афонин А.А., Строгулин В.В., Логинова И.Г. и др. Динамика показателей церебральной гемодинамики и эндотелийзависимых факторов её регуляции у детей с перинатальным поражением ЦНС на первом году // Педиатрия, 2011, Т.90, №1, с.30-33.
3. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. Москва: Триада-Х, 2001, 640 с.
4. Рогаткин **С.О.,** Володин Н.Н., Медведев М.И., Буркова А.С. Новые подходы к диагностике перинатальных поражений нервной системы у детей первого года жизни и их классификация // Педиатрия Журнал им. Г.Н. Сперанского, 2004, №1, с.1-5.
5. Шабалов Н.П. Неонатология. М.: МЕДпресс-информ, 2009, 1268 с.
6. Mauer U.M., Unterreithmeir L., Jahn A. et al. A survey on current practice in the neurosurgical management infants with posthemorrhagic hydrocephalus in Germany //J.Neurol Surg Cent Eur Neurosurg, 2013, v.74(2), p.82-86.
7. Monagle P., Ignjatovic V., Savoiac H. Hemostasis in neonates and children: Pitfalls and dilemmas // Blood reviews, 2010, v.24, №2, p. 63-68.

Xülasə

Yenidoğulmuş uşaqlarda mərkəzi sinir sisteminin peritanal zədələnmələri ilə hamiləliyin gedişi və doğuşun əlaqəsi

T.İ.İbadova

Hal-hazırki tətqiqatın məqsədi yenidoğulmuşlarda MSS-nin perinatal zədələnməsi ilə hamiləliyin gedişinin və doğuşun əlaqəsinin qiymətləndirilməsidir. Müşahidə altında 119 vaxtında doğulmuş (hestasiya yaşı 38-40 həftə) 1 yaşa qədər. MSS-nin perinal zədələnməsi ilə, ağırlaşmış mama-qinekoloji anamnezi və fəqli ekstragenital xəstəlikləri olan 30 – 36 yaş analardan doğulmuş uşaqlar olmuşdur. Beləkilə, ana ilə əlaqədar amillərin təhlili MSS-nin ağır perinatal zədələnmələri ilə doğulan uşaqların, anaların qarışıq somatik və mama patologiyaların tez – tez rast gəlməsinin aşkar edilməsidir. Uşaqlarda MSS-nin zədələnmələrinin formalaşmasında ayrı – ayrı peritanal amillərin əhəmiyyətini nəzərə alaraq bizim nöqteyi-nəzərdən onlardan yenidoğulmuşlardan beyin zədələnməsinin erkən diaqnostikasında istifadə etmək olar.

Summary

Communication perinatal lesions of the central nervous system newborns with pregnancy and childbirth

T.I.Ibadova

The relation of perinatal lesions of the central nervous system of newborns with the course of newborns with the of pregnancy and childbirth. The object of this research was to determine the relation of perinatal lesions of newborns with the course of pregnancy and childbirth of their mothers. Under supervision there were 119 full-term children (term of a gestation of 38-40 weeks) until the year of strengthening, being born with perinatal lesions of the central nervous system which mothers were at the age of 30-36 years, had the complicated obstetric, gynecologic anamnesis and various extragenital diseases. Thus, the analysis revealed significant maternal factors often containing somatic and obstetric pathology in mothers in the group of children with severe perinatal lesions of the central nervous system in children, in our opinion, they can be used for early diagnosis of brain damage in newborns.

Daxil olub: 17.11.2014

ИЗУЧЕНИЕ ПОЛИСАХАРИДНОГО КОМПЛЕКСА ВИДОВ РОДА «SALVIA» ИЗ ФЛОРЫ АЗЕРБАЙДЖАНА

Т.А. Сулейманов, С.Э.Алиева

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Açar sözlər: Salvia, polisaxaridlər, xromatoqrafiya üsulu, qalakturon turşusu

Ключевые слова: Salvia, полисахариды, хроматографический метод,
Key words: Salvia, polisacharids, chromatography method, qalakturon acid

Несмотря на то, что флора Азербайджана богата лекарственными растениями, для получения лекарственных препаратов различного фармакологического действия их широко не используют. Это связано с тем, что эти растения полностью не были изучены фармакогностически и фармакологически.

К таким перспективным для исследования и использования в практической медицине растениям из флоры Азербайджана относятся и виды рода шалфея- Salvia.

В Азербайджане, как известно произрастает 27 видов растений рода Salvia [1], которые не изучались полностью и не используются в качестве лекарственного сырья.

Однако, официнальный вид- Salvia officinalis у нас в республике не произрастает, и мы его закупаем из-за границы.

Шалфей мутовчатый- Salvia verticillata L. и Salvia qlutinosa L.- шалфей железистый, семейство губоцветные- Lamiaceae, отличаются достаточным сырьевым запасом, но до сих пор не изучены фармакологически и фитохимически Общий ежегодный возможный объем заготовки сырья шалфея мутовчатого из выявленных зарослей составляет около 5 тонн, а сырье железистого шалфея около 11 тонн [2].

В медицине шалфей издавна используется как противовоспалительное и противомикробное средство при полоскании полости рта, горла, для лечений воспалений, язв, и т.д. [3].

В составе Salvia officinalis L. содержатся эфирные масла, алкалоиды, тритерпеновые кислоты, флавоноиды, дубильные вещества.

Наиболее, значительный интерес у исследователей в последнее время вызывают соединения шалфея дитерпеновой и полифенольной природы.

В виде Salvia splendens содержатся клеродановые дитерпеноиды [4] , в Salvia castanea новые сесквитерпеноиды – качтанины [5], а в Salvia nubicola обнаружены новые гвайанолиды [6] .

Дитерпены рода Salvia- это в основном абиетановой структуры, обладают антиоксидантным свойством, ингибируют рост опухолевых клеток.

Некоторые полисахариды в последнее время используются в качестве высокоэффективных и малотоксичных средств для профилактики и лечения различных заболеваний [7].

С целью заменить сырье импортное на местное, нами исследуются виды рода шалфея, которые широко произрастают в Азербайджане.

В продолжении ранее начатых исследований по изучению видов шалфея, в представленной работе приводим данные по изучению полисахаридного комплекса травы Salvia verticillata L. и Salvia qlutinosa L.

Материалыи методы исследования. Объектами исследования были травы Salvia verticillata L. и Salvia qlutinosa L. на содержание полисахаридов.

«Salvia verticillata L.» для исследований собрано в Нахичеванской АР. Азербайджана, а сырье «Salvia qlutinosa L.» в Кубинском районе Азербайджана в 2011 году в фазу цветения растений.

Суммарное водное извлечение упаривали под вакуумом до небольшого объема и обрабатывали трехкратным количеством этанола, в результате чего образовался осадок. Таким образом удалось отделить ряд ВМС и минеральные вещества.

Количественное содержание веществ, осаждаемых этанолом, составило 2,32-2,34% от исходный массы.

В начале был проведен качественный анализ суммы выделенных полисахаридов.

С этой целью около 0,005 г вещества подвергали гидролизу 1 н сульфатной кислотой при температуре 105^0 С в течение 7 часов.

Методы проведения гидролиза.

В 3 серии по 4 ампулы помещаем по 0.05 г осадка, прибавляем по 2,5 мл раствора; I-2 н H_2SO_4; 2-1 н H_2SO_4; 3-0,1 н H_2SO_4; 4-0,01 н H_2SO_4; запаиваем и нагреваем при 100-105^0 С различное время: 3,7 и 12 час. (оптимальным для полисахаридного комплекса являются 7 часов гидролиза).

Содержимое ампул после гидролиза переносим в стаканчик, промывая ампулы 5 мл воды и нейтрализуем б/в $BaCO_3$ по универсальному индикатору. Раствор фильтруем, промываем фильтр до получения объема фильтрата около 10 мл. помещаем в мерный цилиндр на 50 мл и приливаем 40 мл 95% этанола. Тщательно перемешиваем и через 1-2 часа центрифугируем образо-

вавшийся осадок. Центрифугат отделяем, упариваем на бане до объема около 0,5 мл (раствор А).

Полученный осадок растворяем в минимальном количестве воды, обрабатываем катионитом КУ-2. Фильтруем, промывая фильтр дистиллированной водой. Фильтрат упариваем до объема около 0,5 мл (раствор Б).

Раствор А дважды хроматографируем на бумаге Filtrak F №12 с достоверными свидетелями восстанавливающих сахаров в системе н-бутанол – пиридин – вода (6:4:3). Сушим на воздухе в течение часа, обрабатываем раствором аналинфталата и сушим при 100-105^0 С.

Приготовление аналинфталата: 0,33 н анилина и 1,66 г фталиевой кислоты растворяем в 100 мл бутанола, насыщенного водой.

Раствор Б дважды хроматографируем на бумаге с достоверными свидетелями (уроновыми кислотами) в системе этилацетат-уксусная кислота - муравьиная кислота- вода (18:3:1:4).

Для проявления хроматограммы ее опрыскивают 0,5 % водным раствором перйодатом калия, через 10 мин- раствором нитрата серебра в ацетоне, а затем 5% едким натром в этаноле. Через несколько минут хроматограмму пропускают через 5% раствор тиосульфата натрия, промывают водой и сушат. Получаются черные или темно-коричневые пятна на белом фоне.

Количественное определение суммы восстанавливающих сахаров.

Около 0,01 г препарата (точная навеска) помещаем в коническую колбу на 25 мл со шлифом, прибавляем 2,5 мл разведенной кислоты и гидролизуем в течение 5 часов при 105^0 С. Затем гидролизат нейтрализуем 30% едким натром по индикатору конго-красный. Фильтруем через плотный фильтр, переносим количественно в мерную колбу емкостью 25 мл и доводим до метки (раствор А).

В пробирку отмериваем 1 мл 1% пикриновой кислоты, 3 мл 20% раствора карбоната натрия и 1 мл раствора А. нагреваем на водяной бане в течение 10 мин., переносим в мерную колбу на 25 мл и доливаем до метки.

Оптическую плотность полученного раствора измеряем на спектрофотометре СФ-46 при длине волны 460 нм в кювете с толщиной слоя 1 см.

В качестве раствора сравнения служит смесь 1 мл 1% пикриновой кислоты, 3 мл 20% раствора карбоната натрия и 1 мл дистиллированной воды, нагретые на водяной бане в течение 10 мин, перенесенные в колбу на 25 мл и доведенные до метки.

Содержание восстанавливающих сахаров (в %) в пересчете на глюкозу рассчитываем по формуле:

$$X = \frac{a \cdot 25 \cdot 100}{H \cdot 10^6}$$

где,

а – количество глюкозы в мг по калибровочному графику,

Н – навеска препарата, г;

10^6 – пересчет миллиграммов в граммы.

Построение калибровочного графика.

0,1500 (точная навеска) г глюкозы высушиваем при 100-105^0 С до постоянного веса, растворяем в воде в мерной колбе емкостью 100 мл доводим объем до метки.

В 5 колб отмериваем по 1 мл 1% пикриновой кислоты, по 3 мл 20% раствора карбоната натрия и раствора глюкозы по 0,2; 0,4; 0,6; 0,8; 1,0 мл, доводя дистиллированное водой до 1 мл соответственно.

Дальнейшие расчеты проводятся согласно приводимой методике.

Хроматографический анализ гидролизата на бумаге с достоверными свидетелями в системе н-бутанол - пиридин - вода (6:4:3) с последующим проявлением анилинфталатом позволил установить наличие галактозы, арабинозы, глюкозы и ксилозы.

Часть оставшегося гидролизата обрабатывали этанолом, выпавший осадок центрифугировали, растворяли в воде и обрабатывали катионитом КУ-2 для удаления ионов металлов.

Раствор хроматографировали на бумаге с достоверными свидетелями в. системе этилацетат- уксусная кислота- муравьиная кислота- вода (18:4:1:4) с последующим проявлением путем перйодатного окисления. В результате была обнаружена галактуроновая кислота.

Присутствие глюкозы не связано с содержанием крахмала, т.к. йодная проба не дает положительного результата.

Количественное определение сахара

1. Определение кислых сахаров

Определение проводилось карбазольным методом, согласно приводимой ниже методике, содержание определялось по формуле:

$$X = \frac{\Delta D \cdot 25 \cdot 6{,}25}{H \cdot 0{,}5 \cdot 563}$$

где , ΔD – разность оптических плотностей при λ=490 нм и λ=420 нм, Н – навеска, г, 563 – удельный показатель поглощения.

№	Навеска, Н	X, %	Xcp, %	Xi-Xcp	$(Xi-Xcp)^2$	S	t	ΔX=St√n
1	0,0123	0,008	0,008	-0,16	0,0256			
2	0,0150	0,010	0,01	0,14	0,0196	0,1519	4,30	0,38
3	0,0115	0,010	0,01	0,03	0,0009			

Полученные значения входят в доверительный интервал 36,87±0,38%.

2.Определение восстанавливающих сахаров

Определение проводилось согласно методики Н.П.Дзюба с соавторами, приводимой ниже.

Содержание определялось по формуле:

$$X = \frac{a \cdot 25 \cdot 100}{H \cdot 10^6}$$

где, а – количество глюкозы в мг по графику, Н – навеска, г.

№	Навеска, Н	a	X, %	Xcp, %	Xi-Xcp	$(Xi-Xcp)^2$	S	T	ΔX=St√n
1	0,0110	805	18,33		0,005	$25*10^6$			
2	0,0130	930	18,32	18,32	-0,005	$25*10^6$	0,006124	4,30	0,015
3	0,0150	1100	18,32		-0,005	$25*10^6$			

Полученные значения входят в доверительный интервал 18,32±0,015%.

Наличие большого количества уроновых кислот свидетельствует о присутствии в водорастворимом комплексе кислого компонента типа пектиновых веществ.

Результаты:

Были проведены эксперименты по изучению полисахаридного коплекса «Salvia verticillata L.» и «Salvia qlutinosa L.».

В результате было установлено наличие галактозы, арабинозы, глюкозы и ксилозы, а также галактуроновая кислота. Содержание сахаров составило 18,33% от суммы ВМС. Наличие большого количества уроновых кислот показывает на наличие пектиновых веществ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Флора Азербайджана. Баку, 1961, Том VII, с. 330-352
2. İsayev C.İ. Azərbaycan florasından olan bəzi yabanı dərman bitkilərinin farmakoqnostik tədqiqi və fitopreparatların istehsalında tətbiqi: Əczaç.elm. dokt.alimlik ... dis. Амещкуа, Bakı, 2008,
3. Кьосев П.А. Полный справочник лекарственных растений. М.: Изд-во ЭКСМО, 2005, с. 992
4. Fantana G., Savona G., Rodriguz B., clerrodane diterpenoids from Salvia splendens // J. Natur. Prod., 2006, №12, p.1734-1738
5. Grand X., Peng L., Li X., et al. New sesquiterpenoids from Salvia castanea Diels f. tomentosa // Реферативный журнал химии, 2006, №4, с.19/52
6. Ali M., Ahmed A., Armstrong A. et. al. Guaianolides from Salvia пubicola // Chem. and Pharm. Bull.., 2006, № 9, p.1235-1238
7. Дроздова И.Л., Буденчикова В.Н., Кочкарев В.И. Способ получения полисахаридов, обладающей противовоспалительной активностью. Патент России № 2177793, МПК.7 A61K35/78, A61P29/00, № 2001 19967/14//РХХ, 2002, №9, 190, 138 П.

Xülasə

Azərbaycan florasından Salvia cinsinə aid olan növlərin polisaxarid birləşmələrinin öyrənilməsi

T.A.Süleymanov, S.E.Əliyeva

Salvia verticillata L. və Salvia qlutinosa L. növlərində polisaxarid birləşmələrinin öyrənilməsi nəticəsində məlum olmuşdur ki, bu növlərin tərkibində qalaktoza, arabinoza,qlukoza və ksiloza,həmçinin qalakturon turşusu da vardır.Tərkibində miqdarca uron turşularının çox olması pektin maddələrinin varlığını sübut edir.

Summary

The study of the polisacharids compounds of Salvia species from Azerbaijan flora.

T.A.Suleymanov, S.E.Aliyeva

The polisacharids compound of Salvia species from Azerbaijan flora were received and studied.

The polisacharids compounds from which galaktose, arabinose, glucose, xylose and galakturon acid. Prevailing quantity or uron acids proves existence of pektins within them.

Daxil olub: 21.11.2014

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА ПЕРИОД С ЯНВАРЯ ПО АПРЕЛЬ 2014 ГОДА

Ф.А.Марданлы, Ф.К.Алиева, Е.Р.Джафарова, Н.З.Керимова, Ф.А.Новрузов
Национальный центр онкологии, г.Баку

Açar sözlər: bədxassəli xəstəliklər, Azərbaycan Respublikası, xəstəliyin dinamikası
Ключевые слова: злокачественные новообразования, Азербайджанская Республика, динамика заболеваемости
Key words: cancer, Republic of Azerbaijan, the dynamics of morbidity

Злокачественные новообразования являются серьезной проблемой современ- ности, включающей медицинские, социальные, биологические, демографические, технические, экономические и другие аспекты, прямо или косвенно связанные с возникновением у населения злокачественных опухолей [3].

Начиная со второй половины прошлого столетия, доля злокачественных новообразований в распределении показателей заболеваемости и смертности населения в большинстве стран неуклонно возрастает [1,8]. В структуре смертности населения земного шара от всех нозологических форм заболеваний, смертность от злокачественных новообразований занимает 3–е место, а в ряде стран с высокоразвитой индустрией конкурирует с показателями смертности сердечно- сосудистыми заболеваниями [2]. Данная ситуация объясняется изменениями в образе жизни людей, распространением привычек и пристрастий, вредных для здоровья, и ухудшением состояния среды обитания человека как физической, так и социальной [7].

Современная ситуация, сложившаяся в мире, имеет место и в Азербайджане в частности, где налицо не только изменения физико-химических показателей окружающей среды, но и значительные социально-экономические сдвиги в жизни населения-изменения исторически сложившегося социального уклада жизни, социально-бытовых и семейных отношений.

Как известно, уровень общественного здоровья- это показатель качества жизни населения, индикатор социально-экономических преобразований, а также экологических проблем. В этой связи, ведущая роль в оценке риска здоровья населения принадлежит эпидемиологическим исследованиям, нацеленным на выявление и измерение связи между воздействием канцерогенных факторов и онкологическим риском. Необходимы аналитические эпидемиологические работы, которые позволили бы создавать адекватные модели риска, давать прогноз, наиболее приближенный к практике и разрабатывать целевые программы по профилактике канцерогенного воздействия на население. В этой связи главная задача государственной статистики- обеспечение здравоохранения такой информацией и такими критериями оценки, которые дают возможность принятия аргументированных управленческих решений [5].

Исходя из этого, **целью** настоящего исследования явилось изучение заболеваемости злокачественными новообразованиями населения Азербайджанской Республики с января по апрель 2014 года.

Материалы и методы исследования. В основу настоящего исследования легли данные, полученные из статистических карт № AZS-066 (за период январь-апрель 2014 г.) Управления информатики и статистики МЗ Азербайджанской Республики.

Всего по отчетным данным, представленным в Министерство Здравоохранения всеми онкологическими учреждениями страны, в Азербайджанской Республике за январь-апрель месяцы в 2014 г.

злокачественные новообразования были выявлены у 6494 человека (мужчины-2533, женщины- 3961), из которых 1616 составили первичные больные (мужчины- 681, женщины- 935).

В качестве результирующих показателей были использованы: экстенсивный и интенсивный показатели, а также показатель пораженности заболеваемостью злокачественными новообразованиями. Данные статистические величины были рассчитаны по методике, предложенной ВОЗ, рекомендованные для количественной оценки состояния здоровья и болезни [4,6].

Результаты и их обсуждение. Анализ заболеваемости населения Азербайджанской Республики за период с января по апрель месяцы 2014 г. проведен в соответствии с современными требованиями, когда объектами изучения являются вопросы распространения злокачественных новообразований всего населения и отдельных его групп, сравнительная оценка злокачественных новообразований различных локализаций, временных, половых и других особенностей заболеваемости злокачественными новообразованиями.

В табл.1 показана динамика показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) населения Азербайджанской Республики за первые 4 месяца (январь-апрель) 2014 года. Так, если в январе экстенсивный показатель заболеваемости населения в целом составил 22,0%, то в апреле он был равен 29,0%, что говорит о росте заболеваемости злокачественными новообразованиями (7,0%). Что касается мужского и женского населения страны, рост заболеваемости выявлен в обеих группах населения, причем рост заболеваемости ЗНО среди женского населения несколько выше, чем среди мужского населения. Так, показатели экстенсивности заболевания у женщин с января по апрель составили 22,7-29,1 %, в то время как у мужчин эти показатели были равны 20,9%-28,8 %. Анализ показателей пораженности заболеваемостью населения страны в целом также выявил неуклонный рост ЗНО, значения которого в январе составили 14,4 $^{0}/_{0000}$, когда в апреле он уже был равен 19,1$^{0}/_{0000}$, причем у женщин показатель пораженности был значительно выше (18,2-23,4$^{0}/_{0000}$), по сравнению с мужчинами (10,7-14,7 $^{0}/_{0000}$).

Основные локализации злокачественных новообразований за изучаемый период отображает рис.1.

Таблица 1

Показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями в Азербайджанской Республике

	Экстенсивный показатель (%)			
		Из них:		
Месяцы	Всего	Дети до 17 лет	Муж.	Жен.
Январь	22,0	20,0	20,9	22,7
Февраль	25,1	28,1	25,4	24,9
Март	23,9	21,9	24,9	23,3
Апрель	29,0	30,0	28,8	29,1

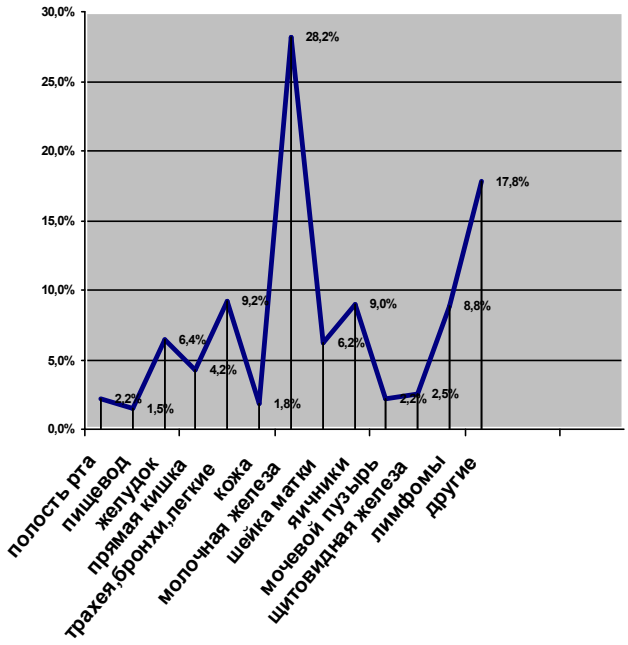


Рис. 1.Основные нозологические формы злокачественных новообразований

Как видно из рис. 1, среди выявленных злокачественных новообразований имелись достаточно существенные количественный различия. Ведущую позицию среди представленных нозологий занимают злокачественные новообразования (ЗНО) молочной железы (28,2%). Далее, в порядке убывания, расположились нижеследующие локализации: зно трахеи, бронхов, легких- 9,2%, яичников- 9,0%, злокачественные лифомы- 8,8%, желудка- 6,4%, шейки матки- 6,2%, прямой кишки- 4,2%, щитовидной железы -2,5%, мочевого пузыря- 2,2%, полости рта -2,2%, кожи- 1,8%, пищевода- 1,5%. эти локализации наиболее часто встречались среди населения азербайджана с января по апрель месяцы 2014 г. и составили большую часть в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями населения страны (82,2%).

Сравнительная характеристика показателей заболеваемости среди мужского и женского населения республики (рис.2) выявила, что среди лиц мужского пола за период с января по апрель месяцы преобладали злокачественные новообразования трахеи, бронхов, легких (21,2%), лимфомы (12,3%), желудка (12,1%), ободочной кишки (7,2%), прямой кишки (6,0%), мочевого пузыря (5,1%) и предстательной железы (5,1%).

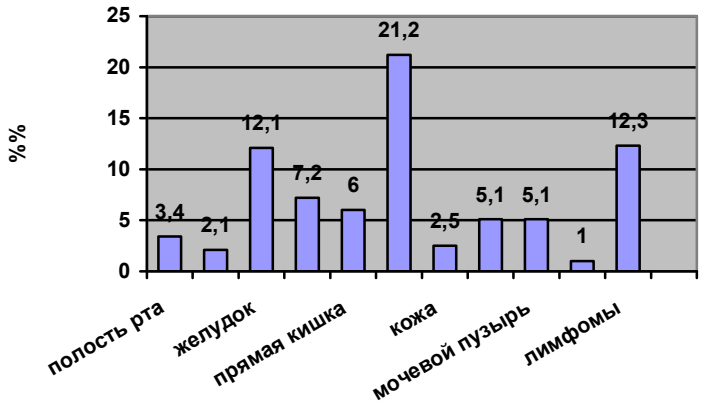


Рис. 2. Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями у лиц мужского пола

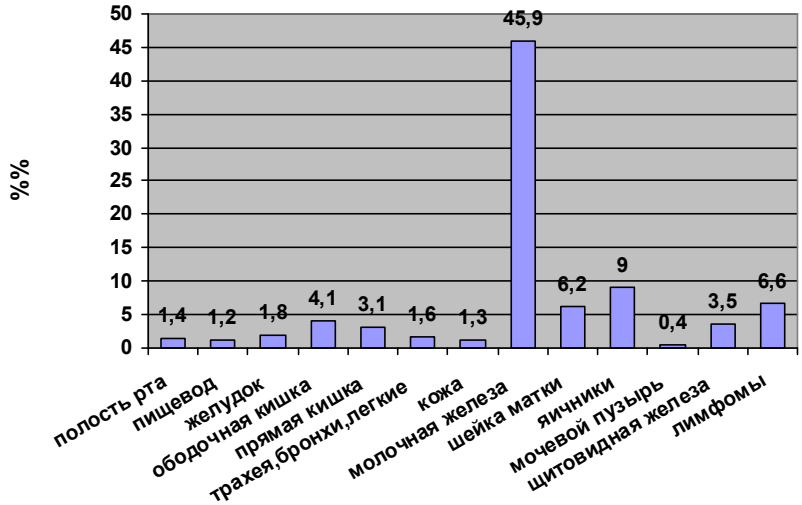


Рис. 3. структура заболеваемости злокачественными новообразованиями у лиц женского пола

Для женского населения преобладающими явились злокачественные новообразования молочной железы (45,9%), яичников (9,0%), лимфомы (6,6%), шейки матки (6,2%), ободочной кишки (4,1%), щитовидной железы (3,5%), прямой кишки (3,1%), о чем свидетельствует рис.3.

Как видно из рис. 2,3, заболеваемость ЗНО среди мужского населения преобладает почти по всем локализациям, за исключением щитовидной железы.

Общая структура первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями в Азербайджанской Республике за исследуемый период представлены в табл. 2.

Как видно из табл. 2, в целом интенсивный показатель первичной заболеваемости населения страны из расчета на 100 тысяч населения составил 17,1 $^{0}/_{0000}$ (для мужского населения-14,4 $^{0}/_{0000}$, для женского населения –19,6 $^{0}/_{0000}$).

Среди мужского населения республики наиболее частыми локализациями злокачественных опухолей явились злокачественные новообразования трахеи, бронхов, легких (2,1 $^{0}/_{0000}$), лимфомы (1,8 $^{0}/_{0000}$), желудка (1,7 $^{0}/_{0000}$), лейкемии (1,5 $^{0}/_{0000}$). У женщин первое место занимали ЗНО молочной железы (6,9$^{0}/_{0000}$), шейки матки (1,4$^{0}/_{0000}$), лейкемии (1,3 $^{0}/_{0000}$), лимфомы (1,2 $^{0}/_{0000}$), яичников (1,1 $^{0}/_{0000}$) и тела матки (1,1$^{0}/_{0000}$).

Обращает на себя внимание неравномерная доля первичной заболеваемости относительно каждого месяца (рис.4). Так, в январе выявлено наибольшее количество больных с первичным диагнозом ЗНО- 27,0%, в феврале количество первичных больных уменьшается до 24,6%, в марте это количество составило уже 23,7%, в апреле доля первичной заболеваемости возвращается к февральским показателям (24,7%).

Таблица 2
Структура первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями в Азербайджанской Республике

Нозологии	Кол-во первичных больных (абс.ч.)			Экстенсивный показатель (%)			Интенсивный Показатель (на 100 тыс.нас.)		
	Всего	Муж	Жен.	Всего	Муж.	Жен	Всего	Муж	Жен
Всего злокачественных новообразований:	1616	681	935	100,0	42,1	57,9	17,1	14,4	19,6
в том числе: дети до									

17 лет	79	47	32	4,9	6,9	3,4	3,1	3,5	2,7
Из общего количества- злока-чественные новообразовани: губы	3	2	1	0,2	0,3	0,1	0,03	0,04	0,02
полости рта и глотки	42	23	19	2,6	3,4	2,0	0,4	0,5	0,4
пищевода	33	13	20	2,0	1,9	2,1	0,3	0,3	0,4
желудка	108	79	29	6,7	11,6	3,1	1,1	1,7	0,6
ободочной кишки	74	34	40	4,6	5,0	4,3	0,8	0,7	0,8
ректосигмоидного отдела,прямой кишки, ануса	67	36	31	4,1	5,3	3,3	0,7	0,8	0,6
гортани	26	24	2	1,6	3,5	0,2	0,3	0,5	0,04
трахеи, бронхов, легких	111	99	12	6,9	14,5	1,3	1,2	2,1	0,3
костей, соединительной ткани	26	13	13	1,6	1,9	1,4	0,3	0,3	0,3
меланома кожи	3	1	2	0,2	0,1	0,2	0,03	0,02	0,04
другие новообразования кожи	37	20	17	2,3	2,9	1,8	0,4	0,4	0,4
молочной железы	333	4	329	20,6	0,6	35,2	3,5	0,1	6,9
шейки матки	69	-	69	7,4	-	7,4	1,4	-	1,4
тела матки	54	-	54	5,8	-	5,8	1,1	-	1,1
яичников	51	-	51	5,4	-	5,5	1,1	-	1,1
предстательной железы	30	30	-	4,4	4,4	-	0,6	0,6	-
мочевого пузыря	40	35	5	2,5	5,1	0,5	0,4	0,7	0,1
щитовидной железы	55	9	46	3,4	1,3	4,9	0,6	0,2	1,0
злокачественные лимфомы	144	87	57	8,9	12,8	6,1	1,5	1,8	1,2
лейкемии	132	70	62	8,2	10,3	6,6	1,4	1,5	1,3
другие	178	102	76	11,0	15,0	8,1	1,9	2,2	1,6

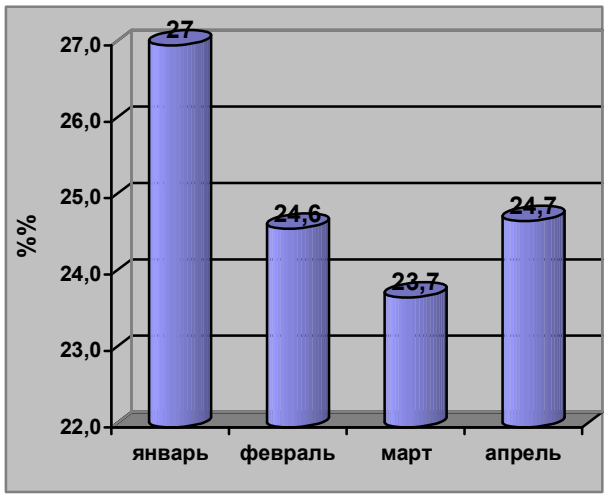


Рис. 4. динамика первичной заболеваемости

Таким образом, сравнительная оценка показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями среди населения Азербайджанской Республики за период с января по апрель 2014 г. выявила неуклонный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями среди населения, что еще раз подчеркивает степень важности статистической информации, необходимой для организации и проведения борьбы со злокачественными новообразованиями.

Выводы:

1.Установлено, что из общего количества заболеваний лица мужского пола составили 39,0%, женского пола - 61,0%, из которых число первичных больных составило 24,9%.

2.В структуре заболеваемости злокачественными заболеваниями у лиц мужского пола преобладали заболевания трахеи, бронхов, легких (21,2%), у женского населения - молочной железы (45,9%).

3.Интенсивный показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями составил 17,1 $^{0}/_{0000}$, при этом данная величина среди лиц мужского пола была ниже, в сравнении с женским полом (14,4 $^{0}/_{0000}$ против 19,6 $^{0}/_{0000}$).

4.Установлен рост заболеваемости злокачественными новообразованиями за исследуемый период, величина показателей пораженности которой возросла с января по апрель на 4,7% (14,4$^{0}/_{0000}$ в январе против 19,1$^{0}/_{0000}$ в апреле месяце).

5.Ежемесячная динамика заболеваемости злокачественными новообразованиями носит характер «сплайн-модели» .

ЛИТЕРАТУРА

1.Всемирный банк. Международный банк реконструкции и развития. Доклад о мировом развитии 2003 года: Устойчивое развитие в меняющемся мире. Преобразование институтов, рост и качество жизни. М.: Весь Мир, 2003, 280 с.

2.Ганцев Ш.Х. Онкология. М.: МИА, 2004, с. 23-24

3.Марданлы Ф.А., Алиева Н.Б., Бурджуева А.И., Джафарова С.И. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований в Азербайджане // Азерб. ж. онкологии, 2007, №2, с.104

4.Петрова Г.В., Грецова О.П.,Старинский В.В. и др. Характеристика и методы расчета статистических показателей,применяемых в онкологии.М.: МНИОИ им.П.А.Герцена,2005,39 с.

5.Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2007 г. (заболеваемость и смертность), М.2009., 241 с.

6.Биглхол Р., Бонита Р., Кьельстрем Т. Основы эпидемиологии. ВОЗ. Женева, 1994. с.27-32.

7.Alberti G. Bull. WHO, 2001, v. 79, №10, 907 p.

8.Parkin D. et al. Cancer incidence in Five Continents, v. VIII, IARC Sci. Publ. №155, Lion: IARC, 2002, 781 p.

Xülasə

2014-cü ilin yanvar-aprel aylarındaAzərbaycan Respublikasında bədxassəli xəstəliklərin dərəcəsinin dinamikası

F.Ə.Mərdanlı, F.K.Əliyeva, Y.R.Cəfərova, N.Z.Kərimova, F.Ə.Novruzov

2014-cü ilin yanvar-aprel aylarında Azərbaycan Respublikasında bədxassəli xəstəliklərin dərəcəsinin göstəricilərinin müqayisəli qiymətləndirilməsi zamanı məlum olmuşdur ki, həmin dövrlərdə bədxassəli xəstəliklər dayanmadan artmışdır. Bədxassəli xəstəliklərin dərəcəsi yanvar ayında 14,4$^{0}/_{0000}$ –dən aprel ayında 19,1$^{0}/_{0000}$-ə qədər artmışdır. İlkin xəstəliyin payının artımı hər ay qeyri-bərabər olmuş və ən yüksək göstərici yanvar ayında (27,0%) qeydə alınmışdır. Xəstəlik strukturunda dominant lokalizasiyalar aşkar edilmişdir: traxeya, bronx, ağ ciyərlərin bədxassəli xəstəlikləri(21,2%), qadınlarda süd vəzisi bədxassəli xəstəlikləri (45,9%).

Summary

Dynamics of cancer incidence in Azerbaijan Republic for the period from January to April 2014

F.Mardanli, F.Alieva, Y.Jafarova, N.Kerimova, F.Novruzov

Comparative assessment of the incidence of malignant neoplasms among the population of Azerbaijan Republic for the period from January to April 2014 revealed a steady increase in the incidence of malignant neoplasms among the population. Infection rate of malignant neoplasms

increased from 14.4‰ in January to 19.1‰ in April. The share of the primary disease is uneven with respect to each month and was the highest number of January (27.0%). In the structure of oncological diseases identified dominant localization: the persons of the male population dominated malignant neoplasms of the trachea, bronchus, lung (21.2%), the female - malignant neoplasms of the breast (45,9%).

Daxil olub: 24.11.2014

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГРИБОВ РОДА ASPERGILLUS NİGER И ASPERGİLLUS FLAVUS, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ ЗАПЛЕСНЕВЕЛЫХ ЗЕРНОВЫХ, ВЫРАЩЕННЫХ НА ТЕРРИТОРИИ АЗЕРБАЙДЖАНА

Г.М.Сеидова

Азербайджанский медицинский университет, кафедра микробиологии и иммунологии, г.Баку

Açar sözlər: dənli bitkilər, Азярбайжан, kif göbələkləri, aspergillus niger, aspergillus, mikrobiloji müayinələr

Ключевые слова: зерновые растения, Азербайджан, плесневый грибок, aspergillus niger, aspergillus, микробиологияеские исследования

Keywords: corn plants, Azerbaijan, mold fungus, aspergillus niger, aspergillus, mikrobiologiyaeskie research

Актуальность микотоксинов обусловлена выраженным и крайне опасным токсическим воздействием на организм метаболитов (микотоксинов) плесневых грибов, являющихся естественными контаминантами продовольственного сырья и продуктов питания. На протяжении последнего полувека в результате экспериментальных и клинических исследований стало известно, что микотоксины (МТ) обладают канцерогенным и тератогенным эффектом, нарушают обмен веществ и синтез ДНК, подавляют функцию иммунной и кроветворной системы, вызывают необратимые повреждения гепатоцитов с последующим злокачественным перерождением печёночной ткани в гепатокарциному [1]. Также недавно было доказано что, при острой и хронической интоксикации метаболитами плесневых грибов отмечается поражение ЦНС, приводящее к потере устойчивости, судорогам, развитию парезов и даже параличей. Кроме того, установлено, что при отравлении МТ отмечаются выкидыши, спонтанное воспаление и некроз тканей, в том числе и сухая гангрена, алиментарные токсикозы человека и животных.

С конца 60-х годов XX столетия изучены свыше 350 видов плесневых грибов и определены более 400 продуцируемых ими МТ, вызывающие острые или хронические отравления- микотоксикозы [2]. Причём, установлено, что большинство штаммов плесеней обладают способностью вырабатывать несколько микотоксинов, а каждый из них может продуцироваться несколькими видами грибов. Причём, продуценты МТ обладая эффектом синергизма, значительно повышают токсиногенную активность (от 2-3 до 300 раз и более) [3].

Материалы и методы исследования. Изучаемые материалы мы исследовали в нативных и окрашенных препаратах. После выделения культур плесени их пересевали на дифференциальную среду Чапека для родового и, по возможности, видового определения. Идентификацию культурально-морфологических признаков мы осуществляли через 4-5 дней, когда культуры гриба были со спороношением.

Культуральные признаки (макроморфология). Нами была отмечена различная структура колоний- пушистая, войлочная, бархатистая, паутинистая, шерстистая, клочковатая и мучнистая. Поверхности были плоскими, складчатыми, бугристыми, куполообразными и т.д., а пигментация колонии гриба и субстрата имели различные оттенки зелёного, голубого, фиолетового, чёрного, серого цветов. Отмечалось наличие

экссудата на поверхности колоний.

Микро-морфология гриба из выделенной культуры. Она нами изучалась по нативным препаратам, которые в зависимости от родовой их принадлежности готовили следующим образом. На предметное стекло наносили каплю жидкости для приготовления препаратов – равные части спирта, глицерина и воды. В неё помещали кусочек грибницы, вырезанной микологической лопаточкой из колонии в виде треугольника с захватом центральной и периферической части. Далее двумя препаровальными иглами расправляли этот кусочек, но с осторожностью во избежание образования пузырей воздуха.

Препараты просматривали под микроскопом при малом и большом увеличениях. Изучая субстратный и воздушный мицелий, при этом отмечали наличие или отсутствие перегородок (септ), обращали внимание на характер спороношения: конидиеносцы с конидиями и спорангии со спорангиеспорами. Конидиеносцы различались по своему строению: от простых одиночных спороносных гиф до ветвистых древовидных образований [4].

Конидиеносцы располагались по одиночке либо группами, заметно отличающиеся от вегетативных гиф мицелия, и были бесцветными и окрашенными, приподнимающимися, прямостоящими, ниспадающими или стелющимися. Они состояли из одной клетки и большого количества разных по форме и величин соответствующих клеток. В частности, у рода Aspergillus конидиеносец состоял из следующих клеток: ножки, пузыревидного вздутия, стеригмы, цепочек конидий.

Конидии (споры) у плесневых грибов были полиморфными- цилиндрическими, шаровидными, овальными, эллипсоидными, яйцевидными, грушевидными и булавовидными. Обнаруженные одно и многоклеточные споры варьировали по размеру и окраске, и были одиночными, цепочками, собраны в головки или располагались гроздьями.

Общая характеристика выделенных нами плесневых грибов из рода Aspergillus. Конидиеносцы выделенных нами грибов из данного рода большой частью были несептированными, неветвящимися, на конце отмечались вздутия в виде пузыря, а на поверхности тесным слоем были расположены цилиндрические клетки – стеригмы, каждая несущие цепочку конидий, в результате чего получалась шаровидная головка конидий. Но иногда отмечались радиальные головки, когда стеригмы и продолжающие их цепочки конидий свободно расходились по радиусам. Реже стеригмы имелись только на верхней половине пузыря, «прижатые» кверху. В большинстве случаях стеригмы располагались в два ряда- внутреннего слоя (первичного), и наружного (вторичного). Вторичные стеригмы располагались по несколько штук на концах первичных стеригм, и только от них отходили цепочки конидий, срастающиеся своими «боками» в колонку. Мицелий и конидиеносцы у большинства были бесцветными, а конидии окрашены в светлые тона (преобладали зелёный и серый) или – почти в чёрный (Aspergillus ***niger***). Та или иная окраска колоний определялась, главным образом, цветом массы конидий и в меньшей степени- изменением с возрастом цвета мицелия и пигментов, выделяемых в субстрат (Рис. 1).

Из продуцентов афлатоксинов нами были выделы три вида Aspergillus-ов – A. parasiticus, A. flavus, A. niger. Ниже мы приводим данные по двум последним видам, поскольку при посевах наиболее часто они обнаруживались.

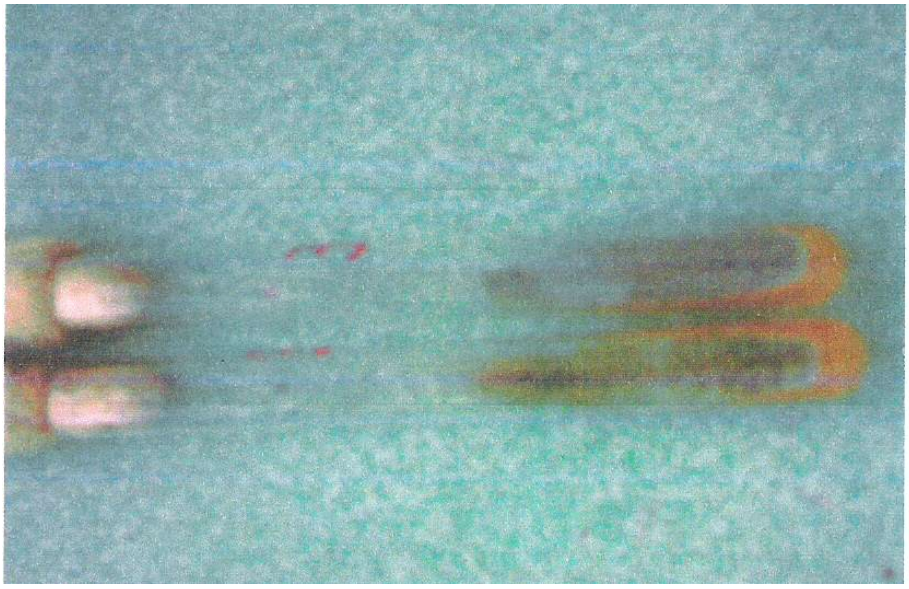


Рис. 1. Культура Aspergillus niger Aspergillus flavus на среде Сабуро

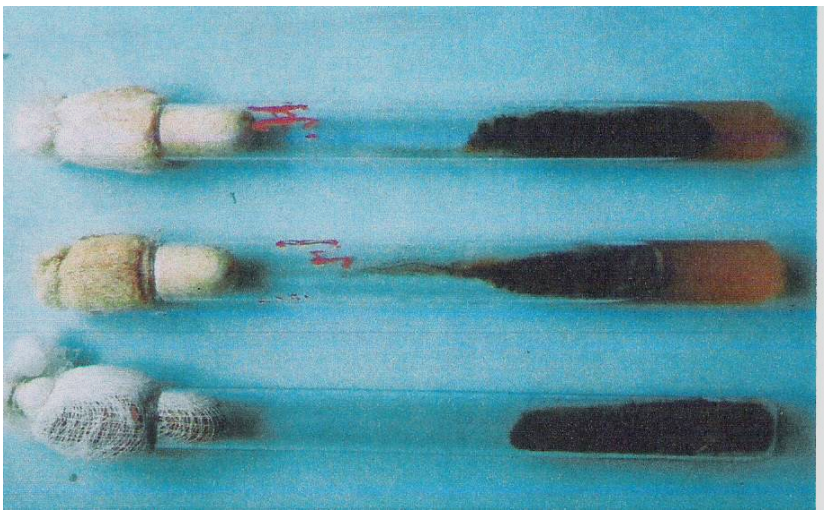


Рис. 2 Культура Aspergillus niger на среде Сабуро

Микробиологическая характеристика выделенных нами плесневых грибов вида Aspergillus niger. У данных плесеней колонии были гладкими, бархатистыми и пушистыми от развития воздушного мицелия. Мицелий был белым или жёлтоватым, спороносная зона колоний- тёмно- фиолетового, шоколадного или чёрного цвета, а обратная сторона колонии- светло- желтая. Конидиеносцы были гладкими, чаще бесцветными [5]. Конечное пузыревидное вздутие было круглым, бесцветным или бурого цвета. Стеригмы были двурядными, из которых первичные, т.е. нижние – имели цилиндрическую форму. Конидиальные головки были радиальными, а сами конидии круглыми, гладкими, либо бородавчатыми. Внутри данного вида плесневых грибов отмечалось много разновидностей, отличающихся морфологическими признаками (Рис. 2).

Микробиологическая характеристика выделенных нами плесневых грибов вида Aspergillus flavus. Колонии данных плесеней были клочковатыми, зеленовато-желтого цвета. Обратная сторона колоний имели жёлтоватую окраску, также как и шероховатые конидиеносцы, а конечные пузыревидные вздутия были круглыми. Конидиальные головки оказались не радиальными. Стеригмы большей частью были с колонкой конидиальных цепочек, однорядные в малых головках, а двурядные в

более крупных головках. Конидии выглядели грушевидной или округлой формы. Белого цвета обильные склероции со временем оказывались бурыми (Рис. 3). Во всём мире актуальность проблемы профилактики и лечения микотоксикозов обусловлена не только тем, что микология относительно «молодая» (всего полвека) наука, но и объективными причинами. Во-первых, плесневые грибы обладают безграничными адаптационными возможностями – обитают практически в любых условиях.

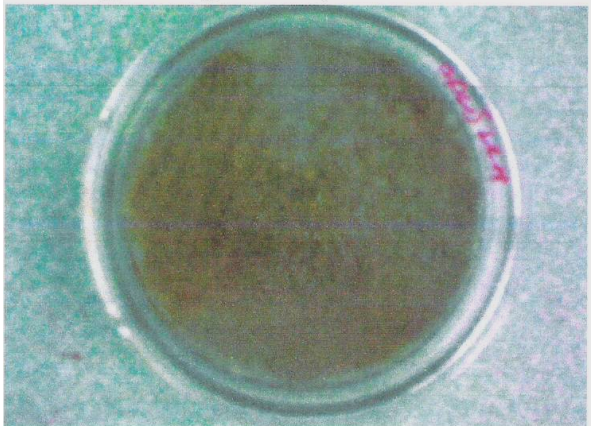


Рис. 3. Культура Aspergillus flavus на среде Сабуро

Во-вторых, к настоящему времени отсутствуют какие-либо технологические приёмы физической, химической и термической обработок, обеспечивающие полную деконтаминацию продовольственного сырья и продуктов питания от МТ и их продуцентов [6]. В-третьих, ещё не изобретены «антидоты» для нейтрализации (инактивации) МТ при отравлениях ими, причём, ни к одному из них. И, наконец, основная масса населения большинства государств, вообще не осведомлена о вреде МТ. До сих пор заплесневелое сырьё применяется в составе кормов или их перерабатывают в различные продукты питания, большая часть которых импортируется в отсталые и развивающиеся страны.

Таким образом, по обобщённым литературным данным, пока единственной мерой профилактики микотоксикозов является запрещение применения заражённого продовольственного сырья и продуктов питания. Поэтому плесневые грибы, как естественные обитатели природных биоценозов, ежегодно служат причиной огромных экономических потерь, в частности, по данным США – более 20 млрд. $, а ФАО – 16 млрд. долларов.

Однако исследования показали, что если оценить ущерб от микотоксикозов, то он составляет ещё большие суммы, которые были приведены выше. Это связано крайней сложностью лечения ниже перечисленных патологий вследствие отравления метаболитами тех или иных плесневых грибов.

С конца XX столетия во многих странах ведутся интенсивные поиски причины быстрого распространения токсинообразующих грибов и повышения их токсиногенности. Критический анализ современной литературы показывает, что главными причинами этого явления служат следующие факторы. Прежде всего, это глобальные изменения климата и экологии планеты – повышение влажности, потепление, химические загрязнения, радиация, множество сверхмощных источников СВЧ излучений и т.п. Поэтому большое опасение вызывает наблюдаемое постоянное потепление и повышение влажности климата в Европе, что оказывает положительное влияние на синтез ядов у всех токсинообразующих грибов. Во всех климатических зонах регистрируется появление и распространение в популяциях токсинообразующих грибов термотолерантных (способных интенсивно развиваться в широких пределах колебания температур) и ксерофильных (устойчивых к засухе) штаммов. Возможно, этим объясняется тенденция к быстрому повышению поражения зерна злаковых и бобовых культур аспергиллами в странах Северной, Центральной и Восточной Европы, в том числе и России. А Азербайджан и другие страны, где до сих пор мониторинг за данным явлением

не проводился – не могут быть исключениями из этого ряда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афлатоксины. Сер.: Обзоры научной литературы по токсичности и опасности химических веществ. / Под ред. Н.Ф.Измерова. М., 1998, 214 с.
2. Билай В.И.; Курбацкая З.А. Определитель токсинообразующих микромицетов. Киев: Наукова думка, 1990, 236 с.
3. Донченко Л.В., Надыкта В.Д. Безопасность пищевой продукции. М.: Пищепромиздат, 2001, 528 с.
4. Сеидова Г.М. Динамика распространения афлатоксинов в разных регионах Азербайджана в зерновых культурах урожая 2008 года. (Сборник материалов Международной научно-практической конференции). М:, 2008, с.152.
5. 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. // Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, 2009, № 2, s.79
6. Parameswaran V. Multiple mycotic aneurysms with a rare fungus, Aspergillus niger: a complex case report // J Vasc Nurs., 2008, v.26(1), p.22-6.

Xülasə

Азярбайжан ərazisində bitən və dənli bitkilərdən ayrılmış "*aspergillus niger*" və "*aspergillus flavus*" kif göbələklərinin mikrobioliji xarakteristikası

G.M.Seyidova

60-cı illərin axırından 350-dən artıq kif göbələkləri aşkar olunub və 400-ə yaxın onların əmələ gətirdikləri mikotoksinlər. İşin əsas məzmunu ondan ibarətdir ki, Azərbaycan ərazisində bitən dənli bitkilərdən ayrılmış *Aspergillus flavus* və *Aspergillus niger* kif göbələklərinin mikrobioloji xarakteristikanı öyrənilməsidir. Ayrılmış iki növ kif göbələkləri differensial-diaqnostik Capek qidalı mühitində böyümüş və sonar Saburo mühitində *Aspergillus niger* göbələkləri qara məxməri koloniyalar əmələ gətirirdilər, *Aspergillus flavus* isə, boz-yaşıl rəngli məxmər koloniyalar əməmlə gətirirlər. Ümumiyyətlə, ayrılmış *Aspergillus* göbələklərinin konidiya daşıyıcıları *Septa* əmələ gətirmirdilər, şaxələnmirdirlər və uclarında silindrik-sterigmalar mövcud olunur.

Beləliklə, tərəfimizdən ilk dəfə aparılan mikrobioloji tədqiqat və onun nəticələri əsasında *Aspergillus* cinsindən olan bəzi termotolerant və kserofil, stammların yayılma dərəcəsi toksigenlik dənli bitkilərə qarşı tropluğu təyin edilmişdir.

Summary

Microbiology жщаражтеристис тохиэен aspergillus species, wщижщ isolated from moulds cereals эpown ин Азербаиjан

G.M.Seidova

Since 1960 years, more 350 moulds were studied wщижщ can пroduced мйжотохинс. The complixity character of infection of cere als metabolites of Aspergillus is thatthe level, of жонтоминатионs of aflatoxins the same kind of culture is not just one area, but in the whole lanascape zone can be contained the least amount of toxins, and in another, thes same culture. Given the real danger of contamination with aflatoxin population, first of all necessory to giarkly create, approve and impliment a national program of regional and global monitoring for microbological contamination of cereals metabolitis of fungi of the genus Aspergillus.

Daxil olub: 10.11.2014

AĞ CİYƏRLƏRİN XRONİK OBSTRUKTİV XƏSTƏLİYİ İLƏ YANAŞI ÜRƏYİN İŞEMİK XƏSTƏLİYİ OLAN XƏSTƏLƏRDƏ KLİNİK-FUKSIONAL VƏ LABORATOR GÖSTƏRİCİLƏRİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

V.A.Abdullayev

Elmi Tədqiqat Ağ ciyər xəstəlikləri İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: ağ ciyərlərin xronik obstruktiv xəstəliyi, ürəyin işemik xəstəliyi, klinik-fuksional göstəricilər, laborator göstəricilər
Ключевые слова: хронические обструктивные болезни легких, ишемическая болезнь сердца, клинико-функциональные показатели, лабораторные показатели
Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, coronary heart disease, clinical and functional parameters, laboratory parameters

ÜİX və ACXOX çox zaman təqribən eyni yaşda baş verir və birlikdə rast gəlinir. Onları siqaret çəkmə kimi risk faktoru bir- birinə daha yaxın edir. Onların patogenezinin bir çox bəndləri isə həm tac damarlar, həm də ürək- ağ ciyərlər çatışmamazlığının baş verməsinə səbəb olur. ÜİX və ACXOX-in geniş yayılmasını nəzərə alsaq, yaş artdıqca bu xəstəliklərin kilnik birliyinin tezliyinin də artdığını güman etmək olar. Belə ki, son illər ÜİX və ACXOX kimi patologiyaların birliyi olan yaşlı və qoca xəstələrin xüsusi çəkisinin artması müşahidə olunur. Bir sıra müəlliflərin fikrincə ürək- damar patologiyasının yanaşı rastgəlmə dərəcəsi 1,2%-7,8%- 28% təşkil edir. Başqa müəlliflərin tədqiqatlarında isə 41,5%-81,9% arasında olan daha yüksək göstəricilər əks olunmuşdur. Başqa göstəricilərə görə ACXOX olan xəstələrdə tac damarlarda patologiyaya 16-64% hallarda rast gəlinir. Şübhəsiz ki, əhalinin "qocalmaya" olan aşkar meyilliliyi son onilliklərdə yanaşı gedən ÜİX və ACXOX-in üstünlük təşkil etməsinə səbəb olacaqdır.

Tədqiqatın məqsədi Ağ ciyərlərin xronik obstruktiv xəstəliyi ilə yanaşı ürəyin işemik xəstəliyi olan xəstələrdə klinik-fuksional və laborator göstəricilərin xüsusiyyətlərini öyrənilməsindən ibarət olmuşdur.

Aparılan tədqiqatların nəticələrinə görə 234 xəstə əsas müayinə kontingentinə daxil edilmişdir, onlardan:

I qrup (nəzarət qrupu) ACXOX olan xəstə - 120 nəfər,

II qrup (əsas qrup) ACXOX ilə yanaşı ÜİX olan-114 nəfəri,

Bu xəstələrin 173 nəfəri kişi, 61 nəfəri qadın olmuşdur. Orta yaş həddi 62,5±1,7 hesablanmışdır. Bu xəsətələrin tədqiqata cəlb olunması üçün aşağıdakı göstərişlər əsas götürülmüşdür:

Xronik ürək çatışmamazlığı funksional sinfi Nyu- York ürək assosiasiyası (NYHA) təsnifatı üzrə təyin olunmuşdur. Infarktının olduğunu təsdiq edən səhih tibbi sənədi, o cümlədən miokardda iriocaqlı çapıq dəyişiklilərinin səciyyəvi əlamətlərini təsdiq edən EKQ göstəriciləri olan xəstələrə infarktdan sonrakı kardioskleroz diaqnozu qoyulmuşdur.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. ACXOX ilə yanaşı ÜİX olan 114 xəstədə müayinə zamanı əsas təzahür forması gərginlik stenokardiyası olmuşdur. I FS gərginlik stenokardiyası ACXOX ilə yanaşı ÜİX olan 11 (9,6%) xəstədə qeydə alınmışdır. II FS gərginlik stenokardiyası ACXOX ilə yanaşı ÜİX olan 87 (76,3%) xəstədə qeydə alınmışdır. III FS gərginlik stenokardiyası ACXOX ilə yanaşı ÜİX olan 6 (5,6%) xəstədə qeydə alınmışdır. Xəstələrin bir hissəsində səciyyəvi ağrı sindromu ilə yanaşı qeyr- tipik sancı və sızıldayan ağrılar, o cümlədən yüklənmə ilə əlaqəsi olmayan ürək nahiyəsində ağırlıq hissi də qeydə alınmışdır Qeyd etmək lazımdir ki, eyni zamanda tipik və qeyri- tipik ağrı sindromu ACXOX ilə yanaşı ÜİX olan 39 (24,2%) müşahidə olunmuşdur. 83 xəstə 1 ildən 7 ilə qədər müddət ərzində miokard infarktı keçirmişdir. EKQ göstəriciləri ilə təsdiq olunmuş infarktdan sonrakı kardioskleroz ACXOX ilə yanaşı ÜİX olan 64 (39,7%) xəstədə qeydə alınmışdır. Elektrokardioqrafik müayinə zamanı ACXOX ilə yanaşı ÜİX olan 36 (22,3%) xəstədə sol mədəciyin hipertrofiyası aşkar olunmuşdur. Sağ mədəcikdə hipertrofiya əlamətləri ACXOX ilə yanaşı ÜİX olan 25 (15,5%) xəstədə müşahidə olunmuşdur. ACXOX ilə yanaşı ÜİX olan 114 (70,8%), ACXOX olan 10 (15,2%) xəstədə döş qəfəsinin rentgenoqrammasında sağ mədəcik hipertrofiyası əlamətləri müşahidə olunmuşdur.

Qan plazmasında lipidlərin səviyyəsi müayinə olunarkən ACXOX olan 19 (73%), ACXOX ilə yanaşı ÜİX olan 134 (83,2%) xəstədə hiperxolesterinemiya aşkar olunmuşdur.

Hiperqliserinmeya ACXOX ilə yanaşı ÜİX olan 109 (67,7%) müayinə olunmuşdur. Təcrid olunmuş ACXOX olan xəstələrdə hiperqliserinmeya aşkar edilməmişdir.

234 xəstədən 120 nəfərədə ACXOX, 114 nəfərdə ACXOX ilə yanaşı ÜİX təyin olunmuşdur. ACXOX olan xəstələr yaş, xəstəliyin davametmə müddəti, əsas klinik təzahürlər, ACXOX- un ağırlıq dərəcəsi, ağırlaşmaların olub- olmaması cəhətdən eyni idi. ACXOX olan xəstələrin ağırlıq dərəcəsinə görə kəmiyyət göstəriciləri Cədvəl 1- də əks olunmuşdur. ACXOX olan xəstələrdə kompleks

klinik- instrumental müayinələrin göstəriciləri əsasında xronik ağ ciyər ürəyi (XACÜ) və onun FS- in müayinəsi V.P.Silvestrov (1986) üzrə aparılmışdır. Sağ mədəcik hipertrofiyası ilə yanaşı ağ ciyər hipertenziyası və ya sağ mədəcik hipertrofiyası və dilatasiyası aşkar olunduqda XACÜ- ün yekun verifikasiyası EXO- KQ müayinəsi əsasında aparılmışdır. Bütün əsas diaqnostik meyarlar kompleks klinik-instrumental müayinə göstəriciləri üzrə aşkar olunduqda ACXOX olan 85 (51,5%), ACXOX ilə yanaşı ÜİX olan 74 (46%) xəstədə XACÜ təyin edilmişdir.

Ağır gedişatlı ACXOX zamanı kardiorespirator sistemin göstəriciləri və ağ ciyərlərin həyati makrostrukturu təyin olunmaq üçün I qrupdan 34 (28,3%), II qrupdan 37 xəstə (32,5%) xəstədən ibarət qrup formalaşdırılmışdır. Onlar orta yaş həddi 60,7±11,8 olmuşdur. Onların siqaret çəkmə müddəti 15 ildən artıq müəyyən edilmişdir. Fiziki yüklənməyə olan tolerantlığın enmə dərəcəsindən asılı olaraq ümumi qəbul olunmuş tənəffüs çatışmazlığının klinik dərəcə meyarlarına uyğun olaraq hər iki qrupdan olan əstələr ümumi xəstələr 3 qrupa bölünmüşlər. I qrupa sianozu olmayan 10 (4,2%) xəstə daxil edilmiuşdir. Onlarda gündəlik normadan artıq fiziki yüklənmə zamanı təngnəfəslik qeydə alınmışdır. II qrupa kəskin təzahürlü sianoz olmayan 10(4,2%) xəstə daxil edilmişdir. Onlarda təngnəfəslik adi gündəlik fiziki yüklənmə zamanı da baş vermişdir. III qrupa daxil olan xəstələrdə sakit halda və minimal fiziki yüklənmə zamanı təngnəfəslik baş vermiş, sianoz və tənəffüs prosesində əlavə əzələlərin iştirak etdiyi dəqiqliklə aşkar olunmuşdur.

Cədvəl 1

Ağır gedişatlı ACXOX olan xəstələrin xarakteristikası

Xarakteristika	ACXOX	ACXOX ilə yanaşı ÜİX
Xəstələrin sayı	34 (28,3%)	37 (32,5%)
Orta yaş həddi, illərlə	60,7±11,8	60,7±11,8
BÇİ	24,5±16,6	24,5±16,6
Xəstəliyin müddəti	15,3±5,9	14,5±3,7

Cədvəl 2

II və III qruplarda bəzi klinik əlamətlərin qabarıqlığı

Klinik əlamətlər	Əlamətin qabarıqlılığı, ballarla	
	II qrup	III qrup
Öskürək	0,37±0,09	1,95±0,15
Təngnəfəslik	1,14±0,12	1,49±0,17
Quru xışıltılar	0,25±0,07	1,23±0,18
Ümumi kumulyativ indeks	1,76	4,67

Qeyd etmək istərdim ki, 2012- ci il ərzində dissertasiya işinin ikinci fəsli yekunlaşdırılmışdır. Xəstələrin kontengenti təyin olunmuş, onlara tətbiq olunan müayinə metodlarının təsvirləri verilmişdir.

II və III qruplarda (ACXOX ilə yanaşı ÜİX və ÜİX olan xəstələr qrupları) xronik bronxit üçün xarakterik olan bəzi halların kəskinliyi ballarla hesablanmışdır, hazırda bu metod ACXOX-un monitorinqini aparan bir sıra tədqiqatçılar tərəfindən isitifadə olunur.

Beləliklə, II və III qruplarda klinik əlamətlərin müqayisəli təhlili zamanı aşağıdakıları qeyd etmək olar:

-ACXOX ilə ÜİX olan xəstələrdə stenokardiya klinikası bir çox hallarda atipik olur

-yanaşı gedən patologiyaları olan qruplarda dispnoe əlamətləri xüsusilə qabarıq olur;

-qarışıq patologiya zamanı sol mədəcik çatışmazlığı qabarıq olur

-ACXOX ilə ÜİX yanaşı olduqda bronxial sahədə patoloji ocaqlar daha qabarıq (quru xırıltılar, öskürək) olur.

Ağ ciyərlərin rentgenoqrafiyası zamanı nəticələrin təhlili zamanı bu metodun ACXOX olan xəstələr üçün skrininq xarakter daşıması və heç də həmişə ağ ciyərlərdə və ürəyin sol hissəsində patoloji dəyişiklikləri aşkar etməyə imkan vermədiyi nəzərə alınmışdır. Ilk mövbədə aşağıdakılara diqqət yetirilmişdir:

1)bronxların zədələnməsi əlamətləri (bronxların divarlarının qalınlaşması, bronxların oxvarı kəsiyində və ya boruvari strukturda bronxlar plyonka səthinə paralel olduqda halqavari kölgələrin yaranması);

2)pnevmoskleroz əlamətləri (xırda torvari tip üzrə ağ ciyər mənzərəsinin kəskinləşməsi və deformasiyası);

3)lokal və ya diffuz xarakterli ağ ciyər emfizeması əlamətləri (diafraqma gümbəzinin aşağıda yerləşməsi, onun hərəkətliliyinin məhudlaşması, ağ ciyər toxumasının hava ilə dolması və s.)

Əldə olunan nəticələrə görə bronxların və ağ ciyərlərin rentgenoloji zədələnmələrinin müxtəlif simptomları xəstələrin 1/3-də qeydə alınmışdır. Bu pozuntuların II qrupda yayılma dərəcəsi daha yüksək olmuşdur.

II və III qrup xəstələrin hamısı rentgenoloji müayinədən keçmişlər. Nəticədə II qrupun 1/3 xəstələrində ağ ciyərlərin və bronxların zədələnməsinin rentgenoloji simptomlarının olduğu aşkar edilmişdir. Fikrimizcə, II qrupda qeydə alınan bu pozuntular daha dərin olmuşdur. Lakin rentgenoqrafik metod məhdud müayinə metodu olduğu üçün erkən mərhələdə onları aşkar etməkdə çətinlik törədir. ACXOX- un klinik, laborator və funksional cəhətdən aşkar olunduğu xəstələrdə rentegenoloji cəhətdən özünü göstərməməsi həmin pozuntuların bronxiollar, asinuslar səviyyəsində olması, ventilyasiya və perfuziyanın lokal pozuntuları və dəyişikliklərin kiçik həcmi ilə izah olunur.

Ağ ciyər ürəyinin rentgenoloji əlamətləri II qrupdan olan 16 (17,6%) xəstədə aşkar edilmişdir. Güman ki, yanaşı gedən patologiyalar zamanı sağ mədəciyin artmaqda olan ağ ciyər hipertenziyasına "əzələ kompensasiyası" qismində uyğunlaşması baş verir. Bu zaman uzun müddət sol və sağ mədəciklərin miogen dilatasiyası baş vermir. II və III qrupda uyğun olaraq 27 (29,7%) və 8 (22,2%) xəstədə sol mədəciyin və venoz qan durğunluğunun rentgenoloji artması qeydə alınmışdır. Beləliklə, yanaşı gedən patologiyalı xəstələrdə hər iki mədəciyin dilatasiyası müşahidə olunur. EKQ qeydiyyatı zamanı ürək kamerasının hipertrofiya əlamətləri, BT seqmentinin kənara çıxmaları, ritm və keçiricilik pozuntuları ümumi qəbul olunmuş meyarlar üzrə qiymətləndirilmişdir. Ürəyin müxtəlif şöbələrində hipertrofiyanın yayılma dərəcəsinin müqayisəli təhlili zamanı məlum olmuşdur ki, sol mədəcikdə pozuntular daha çox olmuşdur. Bu həm yalnız ÜİX (16 (44,4%)xəstə), həm də ACXOX ilə yanaşı ÜİX olan xəstələrdə (37 (40,7%) xəstə) qeydə alınmışdır. Sol mədəcikdə hipertrofiyanın tezliyinə görə də dürüst fərqlər əldə olunmamışdır: II qrup -15 (16,5%) III qrup-5 (13,8%), xəstə. Eyni zamanda sağ mədəcikdə də hipertrofiyanın tezliyinə görə də dürüst fərqlər yoxdur: II qrup-5 (5,5%), III qrup -1 (2,8%), EKQ meyarlarla isə sağ mədəcik hipertrofiyası II qrupda daha yüksək-10 (11%) olmuşdur, bu zaman III qrupda 1 (2,8%) təşkil etmişdir. Buna səbəb uzun müddətli ACXOX və ağ cuyər hipertenziyasının tədricən inkişafı olmuşdur. Hər iki qrupda 1/3-də çoxunda: III qrupda-14 (38,9%) və II qrupda-38 (41,8%) xəstədə BT-T intervllarında 1mm aşağı olmayan izoelektrik xəttlər qismində simptomsuz dəyişikliklər qeydə alınışdır. Bu dəyişikliklərdən belə qənaətə gəlmək olar ki, II və III qrup xəstələrdə miokardda dəyişikliklər baş vermişdir.

Aritmiyalardan daha çox mədəciküstü aritmimiyalara rast gəlinmişdir, xüsusilə mülayim sinus aritmiya qeydə alınmışdır: III qrupda 3 (8,3%) və II qrupda- 17 (18,7%) xəstə (p=0,05). Güman ki, sinus aritmiya hipoksiyaya qarşı kompensator reaksiya kimi meydana gəlir ki, bu isə ACXOX zamanı daha yüksək olur. Bronxolitiklərin uzun müddət istifadə olunması da buna təsir göstərə bilər. Sinus bradikardiyanın artmasına qeyri- dürüst tendensiya III qrupa nisbətən II qrupda qeydə alınmışdır: II qrup 7(7,7%) və III qrup- 1 (2,8%) xəstə. Bu ÜİX zamanı sinus düyünlərinin komensator imkanlarının məhdud olması ilə əlaqədardır, nəticədə ürək yığılmasının tezliyi heç də həmişə hipoksiyanın dərəcisinə adekvat olmur və kompensator sinus taxikardiya bradikardiya ilə əvəz oluna bilməz. Mədəciküstü aritmiyaların yaranmasında səyriyən sinirin tonusunun artmasının da rolu göstərilə bilər. Standart EKQ üzrə 1/3- dən çox xəstədə (III qrup- 12 (33,3%) və II qrup- 35 (38,5%)) müxtəlif ekstarasistoliyalar qeydə alınmışdır. Bununla yanaşı ACXOX olan xəstələrdə ürək qulaqcığı ekstrasistolaları daha çox aşkar edilmişdir: III qrupda- 6(16,7%) və II qrupda 21(23,1%) xəstə. Mədəcik ekstrasistolalar hər iki qrupda kifayət qədər yüksək olumşdur: III qrup- 22,2% və II qrup-19,8%. İmpulsların keçiricilik pozuntuları II və III qrularda fərqli olmuşdur: uyğun olaraq Qis dəstəsinin sağ ayaqcıqlarının tam olamayan blokadası ayaqcıqlarının 1 (2,8%) və 7(7,7%); tam blokada 1 (2,8%) и 5 (5,5%); Qis dəstəsinin ön sol xətt blokadası-1(2,8%) и 3 (3,3%). Yanaşı patologiyaları olan xəstərlədə keçiricillik pozuntularının yüksək olamsı hipoksiyanın artması ilə əlaqədardır. Beləliklə, EKQ pozuntuları müxtəlif olmuşdur və hər iki qrupda olan əksər xəstələrdə aşkar olunmuşdur. Lakin yalnız sol mədəcik hipertrofiyası və sinus taxikardiya ilə bağlı fərqlər dürüst olmuşdur. Bu

isə ACXOX ilə yanaşı ÜİX zamanı səciyyəvi haldır.

Beləliklə, həm ağ ciyər, həm də ürək patologiyaları zamanı ventilyasiya və hemodinamikanın vəziyyəti bir- biri ilə sıx əlaqədə olub, bir- birinə təsir edir. Yanaşı gedən patologiyalar zamanı onların qarşılıqlı təsirinin mexanizmi və dərəcəsi xüsusi tədqiqatların aparılmasını tələb edir. Bu isə həmin kontingentdən olan xəstələrin proqnozlarının müəyyən olunması və müalicəsinin optimallaşdırılması üçün vacibdir. ÜİX və ACXOX ilə yanaşı ÜİX olan xəstələrdə xarici tənəffüs funksiyasının müayinələrinin nəticələri aşağıdakı cədvəldə verilmişdir

.

Cədvəl 3

ÜİX və müxtəlif dərəcəli ACXOX ilə yanaşı ÜİX olan xəstələrdə xarici tənəffüs funksiyası göstəriciləri

Göstəricilər	III qrup (ÜİX)	II qrup (ACXOX ilə yanaşı ÜİX)		
		2A	2B	2C
Ağ ciyərlərin həyati tutumu	95,3±3,03	91,1±2,44	80,1±1,86	64,15±3,05
Ağ ciyərlərin gücləndirilmiş həyati tutumu	91,18±3,14	80,01±2,72	75,81±2,48	59,1±3,06
1 saniyədə gücləndirilmiş nəfəs almanın həcmi	87,29±3,5	74,0±2,17	65,04±1,19	43,25±1,61
Nəfəs vermənin gücü.	81,05±3,34	68,09±2,71	52,38±2,25	35,8±2,17
Ani mübadilə sürəti 25	81,29±3,46	67,34±3,9	45,71±2,9	24,5±1,48
Ani mübadilə sürəti 50	85,18±3,14	61,43±2,91	39,57±2,39	21,05±1,53
Ani mübadilə sürəti 75	74,53±2,55	53,11±2,66	38,24±1,74	23,35±1,39

Cədvəldən göründüyü kimi ağ ciyər- bronxlar patologiyası olmayan ÜİX xəstələrdə ventilyasiya göstəriciləri bir qədər aşağı olmuşdur (xəstənin konstitusiyası, bədən çəkisi, cinsi və yaşı və müayin üçün norma nəzərə alınmaqla). III qrupda ağ ciyərlərin həyati tutumu- 4,7%, ACGHT- 8,82%, 1 saniyədə gücləndirilmiş nəfəs almanın həcmi-12,71%, nəfəsvermənin gücü- 18,95%, ani mübadilə sürəti 25-18,71%, ani mübadilə sürəti 50- 14,82%, ani mübadilə sürəti 75- 25,47% aşağı olmuşdur. Qan axının fərdi spiroqrafik parametrlərinin və nisbətlərinin müayinəsi zamanı I qrupda Ağ ciyərlərin həyati tutumu- 19 (52,8%) xəstədə qeydə alınmışdır ki, bu normadan bir qədər aşağı olsa da, normal tərəddüdlər diapazonundan kənara çıxmamışdır.

II qrup daxilindəki bütün yarımqruplarda (2A,2B,2C) gücləndirilmiş nəfəs almanın həcmi dürüst xarakterli olmuşdur ki, bu da qanunauyğun haldır. Bu zaman funksional göstəricilər və klinik əlamətlər ACXOX- un ağırlıq dərəcəsi nəzərə alınmaqla heablanmışdır.

2A qrup xəstələr üçün ventilyasiya pozuntuları orta bronxial obstruksiya pozuntuları qismində olmuşdur, bu zaman periferik tənəffüs yolları zədələnmişdir ki, bu xəstələrin 18,75%-də ağ ciyərlərin həyati tutumu aşağı olmuşdur. Bu zaman resqrivtik pozuntuları da istisna etmək olmaz. I qrup ilə müqayisədə bronxial obstruksiyanın funksional və klinik təzahürləri 2A qrupda daha geniş yayılmış və bütün xəstələrdə aşkar edilmişdir. Onlar qabarıq və sabit olmuş və xronik ürək çatışmamazlığının dərəcəsindən asılı olmamışdır. Bu da onu ACXOX ilə əlaqələndirməyə imkan verir, bu zaman kiçik qan dövranın hemadinamikası əlavə rol oynayır. Resqriktiv pozuntuların obstruksiya fonunda müayinə çətinliklərə səbəb olmuşdur, lakin ağ ciyərlərin həyati tutumunun aşağı olması əksər xəstələrdə məhdudlaşdırıcı proseslərin (ağ ciyər yoxumalarında pnevmoskleroz və ya qan durğunluğu) müəyyən təsirini istisna etmir.

2B qrupda səciyyəvi olaraq bronxial obstruksiya dərinləşmişdir. Əksər xəstələrdə ağ ciyərlərin həyati tutumu aşağı düşmüş və emfizema əlamətləri meydana gəlmişdir.

2C qrup üçün ağır obsturksiya əlamətləri və ağ ciyər emfizeması səciyyəvi olmuşdur. Bu zaman kiçik tənəffüs yollarının erkən ekspirator qapanması fenomenin inkişaf etməsi müşahidə olunur. Obstruksiya və emfizema ilə yanaşı ağ ciyərlərin həyati tutumunun azalmasında pnevmoskleroz və onunla əlaqədar olan restriktiv pozuntular da böyük rol oynayır.

Beləliklə, ACXOX və ACXOX ilə yanaşı ÜİX olan xəstələr qruplarında ağ ciyərlərdə əsasən obstruktiv tipli pozuntular qeydə alınmışdır. Həmçinin ağ ciyərlərin həyat tutumunun aşağı düşməsini müəyyən mənada ağ ciyərlərdə gedən restriktiv proseslərlə əlaqələndirmək olar. Xarici tənəffüs funksiyaları bütün təqdim olunan göstəricilərindən 1 saniyədə gücləndirilmiş nəfəs almanın həcmi informativ və adekvat hesab olunur.

Tərəfimizdən bu göstəricinin başqa parametrlərlə korrelyasion əlaqəsinin olduğu təyin olunmuşdur.

ƏDƏBİYYAT

1. Чесникова А.И. Концептуальный подход к пониманию патогенеза и лечения сердечной недостаточности у больных хронической обструктивной болезнью легких: Дис … док-ра мед. наук. Ростов-на-Дону, 2005, 288с.

2. Ağ ciyərlərin xronik obstruktiv xəstəlikləri üzrə klinik protokol. Bakı, 2009, 40s.

3. Loke YK, Kwok CS, Singh S. Risk of myocardial infarction and cardiovascular death associated with inhaled corticosteroids in COPD. Eur Respir J. 2010, 35(5): 1003-21.

4. Бородина М.А., Мерзликин Л.А., Щетинин В.В. и др. О механизмах развития легочной гипертензии при хронической обструктивной болезни легких // Пульмонология, 2003, №3, с.120-124.

5. Sin D.D., Man S.F. Why are patients with chronic obstructive pulmonary disease at increased risk of cardiovascular diseases? The potential role of systemic inflammation in chronic obstructive pulmonary disease. Circulation 2003, 107: 1514-1519.

6. Визель И.Ю., Шмелев Е.И., Визель А.А. Оценка состояния больных хроническим бронхитом и ХОБЛ в период семилетнего наблюдения // Пульмонология, 2008, №4, с.41-46

7. Abhayaratna W.P., Marwick T.H., Smith W.T., Becker N.G. Characteristics of left ventricular diastolic dysfunction in the community: an echocardiographic survey // Heart, 2006, vol.92, p.1259-1264.

8. Лупанов В.П., Агеев Ф.Т. Стратегия ведения и лечения больных стабильной ИБС встационареи амбулаторных условиях // Сердце, 2004, Т.3, № 2, С. 56-66.

9. Миронов М.Б., Шепеленко А.Ф., Сидоров Ю.А. ХОБЛ и сочетанная кардиологическая патология // Лечащий врач. 2006, № 8, с.22-26.

10.Chambellan A., Chailleux E., Similowski T. Prognostic value of the hematocrit in patients with severe COPD receiving long-term oxygen therapy // Chest, 2005, vol.128, p.12011208.

Резюме

Особенности клинико- функциональных и лабораторных показателей у больных с обструктивной хронической болезнью легких и ишемической болезнью сердца

В.А.Абдуллаев

Целью исследования явилось изучение особенностей клинико- функциональных и лабораторных показателей у больных с ХОБЛ в сочетании с ИБС. В исследование вошли 432 пациентов. в первую группу вошли 120 больных с ХОБЛ, а во вторую 114 больных с ХОБЛ в сочетании с ИБС.

Summary

Features functional and clinical laboratory parameters in patients with obstructive chronic pulmonary disease and coronary heart disease

V.A.Abdullayev

The aim of the study was to investigate the clinical features of functional and laboratory parameters in patients with COPD combined with coronary artery disease. The study included 432 patients. The first group included 120 patients with COPD, and the second of 114 patients with COPD combined with coronary artery disease.

Daxil olub: 10.11.2014

SAÇLARIN TÖKÜLMƏSİ PROBLEMLƏRİ VƏ ONLARA QARŞI MÜALİCƏ VASİTƏLƏRİ

M.N.Vəliyeva, A.E.Musayeva

Azərbaycan Tibb Universiteti, əczaçılığın texnologiyası və idarəçiliyi kafedrası, Bakı

Açar sözlər: alopesiya, trixologiya, problemlər, müalicə vasitələri
Ключевые слова: алопеция, трихология, проблемы, лечебные средства
Key words: alopecia, trichology, problems, remedies

Saçlar insanın xarici görünüşündə böyük rol oynayır, gözəlliyin indikatoru hesab olunur. Son illərin elmi araşdırmaları saçların müxtəlif problemlərinə daha çox həsr olunur. Trixologiya (yunan sözü olub, "trichos"-saç, "logos"-elm deməkdir)- saçlar və başın dərisi haqqında elmdir. Trixologiya elmi saçın morfoloji quruluşu və fiziologiyası, saçların və başın dərisinin xəstəliklərinin müalicəsində nəzəri və praktik üsulların işlənib hazırlanmasını öyrənir. Trixologiya rəsmi olaraq dermatokos-metologiyanın bir sahəsi hesab olunur. Son zamanlar dünyanın bütün trixoloqları alopesiyanın geniş yayılmasını -əhalinin 25%-nin saç tökülməsindən əziyyət çəkməsini qeyd edirlər.

Alopesiya-saç follikullarının zədələnməsi nəticəsində saçların patoloji tökülməsidir. Alopesiya-tibbi problem hesab ounur. Alopesiyanın yaranma səbəbləri müxtəlifdir: endokrin xəstəliklər, nevroloji patologiyalar, MBT-nın müxtəlif xəstəlikləri, ətraf mühitin qeyri-əlverişli faktorları (şüalanma, kmyəvi maddələr və s.) və s. Saç tökülməsi problemi yaşdan və cinsdən asılı olmayaraq qadınlarda, kişilərdə, yeniyetmələrdə, hətta uşaqlarda belə müşahidə oluna bilər.

Alopesiya çapıqlaşmış və çapıqlaşmamış formalara bölünür. Çapıqlaşmış alopesiya saç follikulunun ikincili zədələnməsi nəticəsində yaranır (iltihab, atrofiya və s.). (1,5) Çapıqlaşmamış alopesiya dərinin zədələnməməsi ilə müşayiət olunur və aşağıdakı növlərə bölünür:

1. Androgenetik alopesiya
2. Müvəqqəti alopesiya (telogen və anagen)
3. Ocaqlı alopesiya

Androgenetik alopesiyanın yaranma səbəbləri aşağıdakılardır:

1. Kişi hormonu- dihidrotestosteronun (DHT) artıqlığı
2. Saç follikullarının DHT-na həssaslığının yüksəlməsi
3. 5α-reduktaza fermetinin aktivliyinin artması (testosteronu DHT-na çevirir)

Qadınlar və kişilərin 95%-nə bu diaqnoz qoyulur. Kliniki əlamətlərə görə qadınlarda və kişilərdə alopesiya müxtəlif formalarda təzahür edir. 30-50 yaşlı qadınlarda daha çox rast gəlinir və əsas əlamətləri aşağıdakılar:

1. Saçların tədricən azalmasının sürətlənməsi
2. Saçları yuyandan sonra darayan zaman saçların diffuz tökülməsi. Bu zaman keçəlləşmə müşahidə olunmur
3. Başda saçların tökülməsi ilə yanaşı üzdə və bədənin digər hissələrində tüklərin inkişafının artması
4. Yetkin yaşa baxmayaraq xəstələr sızanaqlardan və yağlı seboreyadan əziyyət çəkir. Saçlar quru və kövrək olmasına baxmayaraq tez yağlanır

Androgenetik alopesiyadan əziyyət çəkən qadınlar hiperandrogen sindromun digər əlamətləri ilə də rastlaşırlar-üzdə tüklərin uzanması, sızanaqlar və yağlı seboreya.

5α-reduktaza fermenti orqanizmdə iki formada mövcuddur: I tip kişilərdə prostat vəzidə yerləşir, II tip isə piy vəzilərində və saç follikullarında. Fermentin əsas vəzifəsi qanda dövran edən testosteronu aktiv formaya-dihidrotestosterona (DHT) çevirməkdir. DHT saçın inkişaf fazasında supressiv təsir göstərir və saç vaxtından əvvəl sakitlik fazasına keçir. DHT bəzi follikulların inkişaf fazasının müddətini qısaldır. Nəticədə bu folikullar maksimal "yetişkənliyə" çatmır və buna görə də follikuldan zəif və nazik saç yetişməyə başlayır. Mikros-kopik müayinə zamanı atrofik follikulların görünməsi androgenetik alopesiyanın əlamət-ləridir. Saç follikullarında başqa bir ferment də-aromataza vardır. Aromataza DHT-nu testosterona və estrogenə çevirir. Aromataza follikullarda DHT-nun miqdarını aşağı salır və 5α-reduktaza fermentinin antaqonisti hesab olunur

Saçın həyat siklinin hansı mərhələsində tökülməsindən asılı olaraq müvəqqəti alopesiya 2 formaya ayrılır: *telogen effluvium* və *anagen effluvium*

Telogen effluvium-bu telogen fazada olan saçların tökülməsidir. O müxtəlif stress (fiziki və emosional) nəticəsində yaranır. Stress zamanı saç follikulu vaxtından əvvəl anagen fazadan katagenə daha sonra isə telogen fazaya keçir və saçın tökülməsi baş verir. Bu tip saç tökülməsi qadınlarda kişilərə nisbətən daha çox rast gəlinir. Bu, daha çox hamiləlikdən və ya vaxtından əvvəl hamiləliyin kəsilməsindən sonra müşahidə olunur. Hormonal kontraseptiklərin qəbulunun kəsilməsi də *telogen effluvium*-a gətirib çıxarır. Androgenetik alopesiyadan fərqli olaraq *telogen effluvium* zamanı saç follikullarının atrofiyası baş vermir.

Anagen effluvium –kimyəvi agentlərin və radiasiyanın təsirindən saçların qəflətən tökülməsidir.*Telogen effluviumdan* fərqli olaraq saçlar telogen fazaya keçmədən tökülməyə başlayır. Adətən saçların tökülməsi xarici

faktorların təsirindən 1-3 həftə sonra tökülür. Anagen effluvium daha çox onkoloji xəstələrdə müşahidə olunur. Kimyəviterapiya saç follikullarına toksiki təsir göstərərək məhvinə gətirib çıxarır. Çox hallarda bu cür saç tökülməsi geridönən prosesdir, müalicədən sonra saçların yenidən uzanması baş verir.

Müvəqqəti alopesiyanın əsas səbəblərindən biri də müxtəlif xəstəliklər hesab olunur: mədə-bağırsaq sistemi və qaraciyər xəstəlikləri, ikincili sifilis, sklerodermiya-kollagen sintezinin sürətlənməsi hesabına dərinin qalınlaşması və qan dövranının pozulması baş verir, nəticədə saçlar tökülür, dəmrov-xüsusi göbələklər tərəfindən törədilən yoluxucu xəstəlikdir.

Ocaqlı alopesiya (alopecia areata) bir çox alimlərin diqqət mərkəzində olan nadir xəstəlikdir. Bu növ saç tökülmənin maraqlı tərəfi ondan ibarətdir ki, istənilən vaxt başlayır və istənilən vaxt dayanır. Uzun müddət saç olmayan nahiyyədən saçların uzanması başlayır və qalın saç örtüyü əmələ gəlir. Ancaq saç tökülməsi həmin hissədən yenidən başlaya bilər.Ocaqlı alopesiya ilə xəstələnən şəxslərin 7-66%-ində (orta hesabla 25%) dırnaqların distrofiyası aşkar edilmişdir. Demoqrafik tədqiqatlar göstərir ki, əhalinin 0,05-1%-i heç olmasa həyatlarında 1 dəfə ocaqlı alopesiya ilə xəstələniblər. Qeyd olunur ki, 10-25% hallarda bu genetik xarakter daşıyır. Ocaqlı alopesiyalı xəstələrin əksəriyyəti sağlam insanlardır (Daun sindromu, Addison xəstəliyi, qalxanabənzər vəz xəstəliyi, vitiliqo olan xəstələr istisna olmaqla). Ocaqlı alopesiyanın rast gəlmə tezliyinə görə qadınlarda kişilərə nisbətən daha çox (2:1) rast gəlinir. Autoimmun xəstəliyi olan qadınlarda daha çox (10:1) rast gəlinir. Bu qadın və kişilərdə hormonal səviyyənin müxtəlifliyi ilə izah olunur. Məlumdur ki, bir çox hormonlar, cinsi steroidlər, adrenalin, qlükokortikoidlər, çəngələbənzər vəz hormonları və prolaktin limfositlərin aktivliyinə təsir göstərir. Amma immun sisteminə təsir göstərən ən güclü hormon estrogenlərdir-qadın cinsi hormonları. Yerli alopesiyanın pato-genezində əsas iki mərhələni qeyd etmək lazımdır: 1) xəstəliyin səbəbləri və 2) inkişaf mexanizmi.

Yerli alopesiyanın yaranmasına təsir göstərən faktorlar:

-Psixi stress
-Fiziki travma
-İnfeksiyalar
-Genetik meyillik [1,4].

Ocaqlı alopesiyanın inkişafında autoimmunitetin rolu.

Ocaqlı alopesiyanının etiologiyası hələ də dəqiq müəyyənləşməmişdir. Alimlər tərəfindən daha çox bu xəstəliyin yaranmasında autoimmun xəstəliklərin rolunu qeyd edirlər. Nəzəri olaraq immun hüceyrələrinin infiltratına gətirib çıxaran bir sıra patogen yollar var:

-İnfiltratın yaranmasının səbəbləri infeksiyalardır
-Orqanizmin autoimmun reaksiyaları alopesiyanı yaradır. İmmunitet üçün hədəf funkisonal cəhətdən normal follikullar hesab olunur.
-Saç follikullarının zədələnməsi nəticəsində antigenlər əmələ gəlir və immun sistemi funksional cəhətdən qeyri-normal saç follikullarına təsir göstərir.

Ocaqlı alopesiyanın inkişafında alternativ variantlar.

Ocaqlı alopesiyalı xəstələrin dərisində aparı-lan polimeraz zəncirvari reaksiyalar nəticəsində sitomeqalovirusu kodlaşdıran genlər aşkar edilmişdir ki, bu hal sağlam insanlarda müəyyən olunmamışdır. Saç soğanaqlarında sitome-qalovirusun olması immun cavabı yaradır ki, bu da soğanaqların ətrafında toxumanın zədələn-məsinə gətirib çıxarır. Bu hipoteza bir sıra sübutlar tələb edir, ən azı sitomeqalovirusun alopesiyanın patogenezində iştirakını sübut etmək vacibdir. Bundan başqa alopesiyanın inkişafında saç soğanaqlarının "aclığı" da ehtimal olunur ki, bu zaman səthi damarların daralması nəticəsində qan dövranı pozulur və saç follikullarının trofikası pozulur. Ancaq bu eksperimental cəhətdən təsdiq olunmamışdır.

Genetik tədqiqatlar. Hal-hazırda hesab olunur ki, ocaqlı alopesiyaya meyillik poligenliklə müəyyənləşir. Orqanizmdə bir sıra spesifik genlərin olması onları bu xəstəliyə yoluxma riskini artırır.Guman edilir ki, xəstəliyin başlanma mexanizmi xarici faktorların təsirinə əsaslanır, ancaq xəstəliyin ağırlıq dərəcəsi, gedişatı və müalicəyə davamlılığı genlərin sayından və onların qarşılıqlı təsirindən asılıdır. Genlərin sayının çox olması proqnozu pisləşdirir [2].

Alopesiyanın müalicəsində istifadə olunan dərman vasitələri:

-Minoksidil və onun analoqları
-DHT blokatorları və digər antiandrogenlər
-İltihab əleyhinə maddələr (kortikosteroidlər)
-Immunosupressiv təsirli qıcıqlandırıcılar
-Epidermisdə proliferativ prosesləri tənzimləyən maddələr
-Kimyəviterapiyada istifadə olunan fotosensi-bilizatorlar

Minoksidil və onun analoqları. 1996-cı ildə Upjohn Company tərəfindən qeydiyyatdan keçən

"Rogain" preparatının istifadəsi alopesiyanın müalicəsində yüksək effekt verdi. Preparat rəngsiz, iysiz, tez mənimsənilən, flakonlarda maye şəklində lasyondur. "Regaine" preparatının tərkib hissəsi-minoksidil-güclü hipotenziv vasitə hesab olunur. Daxilə qəbulu zamanı şişkinlik, taxikardiya, baş ağrısı, qan dövranı çatışmazlığı, miokard infarktı və bədənin bütün hissələrində tüklərin sürətlə uzanması (hipertrixoz) kimi əlavə təsirlər törədə bilər. Hipertrixoz əlamətlərinin yaranması minoksidili yerli istifadə etmə ideyasına təkan verdi. Nəticə uğurlu oldu: minoksidilin yerli istifadəsi zamanı onun əlavə təsirlərinin yaranmasının qarşısını aldı və saçların uzanmasını sürətləndirdi.Preparatın qəbulunun dayandırılması tez bir zamanda follikulların deqradasiyasına gətirib çıxarır, əksinə qəbulu zamanı saçların uzanması yenidən bərpa olunur. In vitro tədqiqatlar onu göstərir ki, minoksidilin təsirindən follikulların böyüməsi DNT-nin sintezinin artması ilə düz münasibdir, minoksidil proliferasiya prosesinə birbaşa təsir göstərir.

80-ci illərin sonlarında dünyanın bir çox ölkələrində (ABŞ, Avropa, Çin, Avstraliay və s.) yeni preparatın kliniki tədqiqatlarının dalğası başlandı. 1993-cü ildə Upjohn Company tərəfindən aparılan tədqiqat zamanı maraqlı nəticələr alınmışdır. Aparılan kliniki tədqiqatların nəticələri kimi bir neçəsini qeyd edək:

-Minoksidil androgen və yerli alopesiyanın müalicəsində istifadə olunur

-Minoksidillə müalicə zamanı 4 aydan sonra ilkin nəticələr verir və saçların uzanması 12 aydan sonra stabilləşir

-Minoksidilin qəbulu zamanı saçların uzanması bərpa olunur. Preparatın qəbulu dayanan kimi saçların tökülməsi yenidən başlayır

-Minoksidilin istifadəsi qadınlarda androgen alopesiya və kişilərdə təpə nahiyyəsində keçəlləşmə zamanı daha yüksək nəticələr əldə etməyə imkan yaradır

-Erkən mərhələdə alopesiya daha tez müalicə olunur

-Minoksidil yerli istifadə olunur, təhlükəsizdir və uzunmüddət istifadə zamanı sistem effektlər yaratmır. Nadir hallarda dəridə quruluq və qıcıqlanma müşahidə oluna bilər

Beləliklə, 10 il müddətində aparılan kliniki tədqiqatlar minoksidilin effektliliyini sübut etmişdir. Amma onun təsir mexanizmi hələ də tam öyrənilməmişdir.

İlk hipotezalara görə, saçlara minoksidilin təsiri onun damargenişləndirici təsirinə əsaslanır. Hesab olunurdu ki, saç köklərini qidalandıran damarların genişlənməsi hesabına saçların uzanması sürətlənir. Bu təsiri saçların inkişaf fazalarının dəyişməsi və damar tonusunu tənzimləyən kalium kanalı ilə əlaqələndirirdilər. Minoksidil K+ ion kanalını açır, hüceyrə daxilinə K+ və Ca2+ ionlarının axınını aktivləşdirir, NO-nun ötürülməsi artır və damarların genişlənməsinə təsir göstərir. Hal-hazırda çox eksperimental sınaqların nəticələri göstərir ki, kalium kanalının aktivləşməsi saçların inkişaf fazasını uzadır və onların uzanmasını təmin edir. Minoksdilin digər analoqları, kalium kanalının aktivləşməsinə təsir göstərən hipotenziv dərman vasitələri-pinasidil, diazoksid, kromakalim, nikorandil-saç follikullarının inkişaf fazalarını uzadır.

DHT blokatorları və digər antiandrogenlər. Antiandrogenlər-ancaq həkim nəzarəti altında qəbul olunan dərman vasitələri hesab olunur. Onların təsir mexanizmi müxtəlifdir, ammaəsas təsiri 5α-reduktaza fermentinin blokada etməkdir.

Finasterid ("Propecia", "Proscar")-1989-cu ildə alman şirkəti Merck Pharmaceuticals tərəfindən işlənib hazırlanmış antiandrogen vasitədir. Finasterid tərkibli ilk ticari adı "Proscar" olan preparat kişilərdə prostat vəzin hiperplaziyası olan xəstələr tərəfində qəbul olunurdu. Preparatın qəbulu zamanı saçların daha az tökülməsi müşahidə olunmuşdur. Bundan sonra aparılan sınaqlar göstərdi ki, finasterid saçların tökülməsinin qarşısını effektiv aradan qaldırır, minoksidillə kombinasiyada istifadəsi zamanı isə saçların bərpası və uzanmasını təmin edir.

Kişilərdə androgen alopesiyanın müalicəsi zamanı 70% hallarda müsbət nəticə əldə olunmuşdur. İmpotensiya, libidonun itməsi və spermanın keyfiyyətinin aşağı düşməsi kimi əlavə effektlər 2-3% xəstələrdə müşahidə olunmuşdur. Qadınlarda androgen alopesiyanın müalicəsi zamanı preparat istifadə olunmur.

Dutasterid ("Dutasteride", "Avodart")-finasterid əsasında olan yeni preparatdır. Qadınlarda androgen alopesiyanın müalicəsində istifadə olunur.

Simetidin ("Tagamet")-H2-reseptorlarının antaqonisti olub, mədə və 12-barmaq bağırsağın xora xəstəliyində istifadə olunur. Simetidinin əlavə təsirlərindən biri antiandrogen təsiridir: kişilərdə ginekomastiya, impotensiya və s. kimi əlavə təsirlər yaradır. Qadınlarda hiperandrogen sindromun (sızanaqlar, üzdə tüklərin uzanması, alopesiya) müalicəsində istifadə olunur.

Siproteron ("Cyproterone", "Androcur") kişilərdə seksual aqressivliyin müalicəsində istifadə ounur. Həm androgenlərin, həm də

estrogenlərin sintezini zəiflədir. Hüceyrə membranlarında DHT-nun reseptorla birləşməsini blokada edir. Siproteronun etinilestradiol ilə kombinasiyası ("Diane-35") qadınlarda alopesiya və hipertrixozun müalicəsi zamanı və kontraseptik vasitə kimi də istifadə olunur.

Bəzi xəstələrdə preparatın qəbulu dayandırıldıqda "kəsilmə sindromu" verir. Hipertrixoz və alopesiyanın ağır formalarında "Diane-35" və "Androcur" (Schering şirkətinin məhsulu) preparatları kompleks təyin olunur.

Estrogenlər-orqanizmdə androgenlərin təsirlərini tənzimləyən qadın hormonlarıdır. Estrogenlər androgenlərlə resptorla birləşməsi zamanı bir-birilə mübarizə aparır, ancaq saçların uzanmasına təsir göstərmir. Məhz estrogenlər qadınlarda saçların tökülməsinin qarşısını alır. Qadınlarda hiperandrogen sindromum müalicəsində istifadə olunur. Qadınlarda menstrual siklin pozulması, kişilərdə isə cinsi zəiflik və ginekomastiya kimi əlavə təsirlər yaradır.

Progesteron-estrogen və androgen hormonlarının sələfi hesab olunur. Progesteron saçların uzanmasını bərpa etmir, onların tökülməsinin qarşısını alır. Hal-hazırda saç follikullarının stimulyatoru kimi "NuGen HP" (Star Health and Beauty, ABŞ) istehsal olunur.

Spironolakton ("Aldactone")-diuretik və antihipertenziv vasitə olub, güclü sistem antiandrogen təsir göstərir, testosteronun sintezini ləngidir və saç folikullarının hüceyrələrində DHT-nun reseptorla birləşməsini blokada edir. Kişilərdə isə cinsi zəiflik və ginekomastiya kimi əlavə təsirlər yaradır. Qadınlarda yerli alopesiyanın müalicəsində istifadə olunur (daxilə 50-200 mq/gün dozada).

Simvastin ("Simvastin") qanda xolesterinin miqdarını azaldan vasitə olub, zəif antiandrogen təsir göstərir və antiandrogenlərlə kombinasiyada təyin olunur.

Flutamid ("Flutamide", "Euflex", "Eulexin")-güclü antiandrogendir, minoksidillə kombinasiyada təyin olunur və kişilərdə preparatın istifadəsi əks göstərişdir.

Antiandrogenlərlə müalicə zamanı kişilərdə seksual problemlərin yaranmasına səbəb ola bilər, ona görə də kompleks müalicədə L-arginin amin turşusu təyin olunur. L-arginin orqanizmdə NO-nun sələfi olub, ereksiyanın yaranmasına səbəb olur. Ancaq cinsi zəiflikdə heç bir effekt göstərmir. Bu zaman ioximbe qabığının ekstraktından istifadə ounur.

İltihab əleyhinə vasitələr (supressivlər). *Kortikosteroidlər*–ocaqlı alopesiyanın müalicəsində istifadə olunur. Qlükokortikoidlər iltihab əleyhinə, allergiya əleyhinə, şok əleyhinə və antitoksik təsirlərə malikdir.

Xəstəliyin yüngül formalarında qlükokortikoid tərkibli kremlərdən, ağır hallarda isə iltihab sahəsinə yerli olaraq inyeksion qlükokortikoidlərdən, əzələ daxilinə ancaq bütün bədən hissələrində tüklərin tökülməsi zamanı istifadə olunur. Qlükokortikoidlərdən uzunmüddət istifadə zamanı (flosteron, ketokonazol (nizoral), triamsinolon asetonid (kenaloq), triakort, polkortolon, hidrokortizon butirat (lokoid, latikort), ftorokort, prednizolon, diprosalik və s.) dərinin zədələnməsi, immun sisteminin zəifləməsi, onkoloji xəstəliklərin inkişafı və katarakta müşahidə oluna bilər.

Takrolimus ("Tacrolimus", "Fujimycin/ FK506")- orqanların transplantasiya üçün yeni immunosupressordur. Fujisava adlıyapon şirkəti tərəfindən hazırlanıb. Yerli istifadə zamanı saçların uzanmasını təmin edir, uzunmüddətli istifadəsi sinir pozğunluqları yaradır.

Qıcıqlandırıcı vasitələr. Bu vasitələr daha çox yerli alopesiyanın müalicəsində istifadə olunur. Qıcıqlandırıcı vasitələr saç soğanaqları ətrafında iltihabi reaksiyaları aktivləşdirir və immun hüceyrələri follikullardan yayındırır. Bu vasitələr kimi antralin, ammonyak, karbol turşusu, yod, bibər, xrizarobin və ya formaldehid məhlulundan istifadə olunur. Formaldehid dermatit yarada bilər və açıq rəngli saçları yaşıl rəngə boyayır.

Epidermis və dermada proliferativ prosesləri tənzimləyən vasitələr. Saçların uzanması və dərinin bərpası bir-birilə sıx əlaqəlidir. Dəridə hüceyrələrin bölünməsini sürətləndirən vasitələr həm də saçların uzanmasını təmin edir. Bu vasitələrə mis saxlayan tripeptidlər, tretinoin və amineksil aiddir.

Mis saxlayan peptidlər-orqanizmdə digər toxumalarla müqayisədə saç follikullarında misin miqdarı normada daha çoxdur. Mis melanin sintezində (tirozinaza), antioksidant kimi (superoksiddismutaza, COD), energetik metabolizm (sitoxromoksidaza C) və s. proseslərdə iştirak edir.Müəyyən olunmuşdur ki, mis saçların inkişaf fazasını uzadır, buna görə də saç follikullarını mislə zənginləşdirdikdə saçların tökülməsinin qarşısı alınır və onların uzanmasını təmin edir. Hal-hazırda mis saxlayan tripeptidlər kompleksindən ibarət "Tricomin" preparatı alopesiyanın müalicəsində yerli istifadə olunur.

Tretinoin (trans-retin turşusu)- məlumdur ki, retinoidlər dərinin bərpasını stimulə edir, kollagenin sintezini sürətləndirir. Retinoidlər

hüceyrələrin bölünməsi və yetişmə proseslərini tənzimləməklə yanaşı, dəriyə qıcıqlandırıcı təsir göstərərək saçların uzanmasını stimulə edir (əsasən, yerli alopesiya zamanı).

Amineksil ("Aminexil", "Dercap")-amineksilin saçların tökülməsinin qarşısının alınması və onların möhkəmləndirilməsi üçün istifadə patenti Loreal şirkətinə məxsusdur. Kliniki tədqiqatlara görə, amineksil 8% kişilərdə və 66% qadınlarda saçların tökülməsinin qarşısını aldı. Hesab edirlər ki, saçların uzanması və onların keyfiyyətinin yaxşılaşması amineksilin antifibroz təsirinə əsaslanır.

Saçların bərpası üçün qeyri-medikamentoz vasitələr. 5α-reduktaza fermentini inhibə etmək qabiliyyəti bir çox təbii maddələrdə müəyyən olunmuşdur. Daha çox maraq kəsb edən doymamış yağ turşularının, əsasən də γ-linolen turşusunun antiandrogen təsiridir. Ilk dəfə doymamış yağ turşularının androgenlərin metabolizmi ilə əlaqəsi 1992-ci ildə göstərilmişdir. 1994-cü ildə sübut olunmuşdur ki, γ-linolen turşusu və digər doymamış yağ turşuları effektiv 5α-reduktaza inhibitorlarıdır. Qara qarağat (16%γ-linolen turşusu, 17% α-linolen, 48%linolen), çuğundur (20-25% γ-linolen turşusu, 40% α-linolen), enoter (14%γ-linolen turşusu, 64-80% α-linolen) kimi bitki yağlarıγ-linolen turşusu ilə zəngindir.

Avokado yağının tərkibində 5% α-linolen, 30%linolen, 13% palmitolein turşusu vardır. Tərkibində γ-linolen turşusunun olmamasına baxmayaraq avokado yağı saçların müalicəsi və bərpası üçün mükəmməl vasitə hesab olunur.

Jojoba yağının tərkibində dokozaheksaen turşusunun olması (20%) dərinin lipid baryerini və saçın kutikula qatına asanlıqla keçməsinə şərait yaradır, bütün növ saçların müalicəsində istifadə olunur.

Bitki yağlarının istifadəsi zamanı zədələnmiş saçların normal bərpası təmin olunur və piy vəzilərinin işi normallaşır.

Güclü antiandrogen təsirə malik cırtdan palmanın Saw Palmetto (Serenoa repens) meyvələrinin ekstraktı hesab olunur. ABŞ-ın Atlantik sahillərində yaşayan əhali artıq uzun illərdir ki, cırtdan palmanın qırmızı giləmeyvələrindən prostatitin, enurez, yumurtalıqların atrofiyası və impotensiyanın müalicəsində istifadə edirdilər.

Saw Palmetto meyvələrində bir sıra yağ turşuları (kapril, laurin, olein və palmitin)və çox miqdarda fitosterinlər (β-sitosterin, sikloartenon, stiqmasterin, lyupeol, lyupenon və s.) vardır. Ekstrakt DHT-nu iki yolla inhibə edir.

-DHT –reseptorlarla birləşməsini inhibə edir.

-5α-reduktaza fermentini inhibə edərək testosteronun DHT-na çevrilməsinin qarşısını alır.

Cırtdan palmanın meyvələrinin ekstraktı Zn və vit B6 ilə kombinasiyada saçların tökülməsinin qarşısını almaq üçün profilaktik məqsədlə istifadə olunur. Avropada "Permixon" adı altında prostat vəzin hipertrofiyasının müalicəsində istifadə olunur. ABŞ-da cırtdan palmanın meyvələrinin ekstraktı əsasında "Crinagen" preparatı alopesiyanın müalicəsində yerli təyin olunur.

İkievli gicitkən (*Uritca dioica*) çox qədim zamanlardan saçların möhkəmlənməsində və prostat vəzin hiperplaziyasında istifadə olunurdu. Gicitkən köklərindən alınan ekstrakt iki fermenti-5α-reduktaza və aromataza inhibə edərək DHT və estrogenlərin sintezini blokada edir. Iki bitki ekstraktlarından-İkievli gicitkən (*Uritca dioica*) və afrika gilası *(Pygeum africanum)* hazırlanan "Prostatin" preparatı güclü antiandrogen təsirə malik olub, saçların tökülməsinin profilaktikasında və prostat vəzin hiperplaziyasında istifadə olunur.

Əgər androgenlər saçların tökülməsini sürətləndirirsə, estrogenlər əksinə onların uzanmasını təmin edir. Ancaq sintetik estrogenlərin qəbulu zamanı əlavə təsirlər yaranır (flebit, döş vəzinin xərçəngi və s.), buna görə də estrogenəbənzər təsirlərə malik bitki ekstraktlarının istifadəsi daha təhlükəsizdir. Bu birləşmələrə-fitoestrogenlər deyilir. Estrogenəbənzər təsirlərə malik bitki ekstraktlarından üzüm toxumları və qabığı ("Piknogenol"), damian yarpaqları, dazıotu, soya, adaçayı daha geniş istifadə olunur. Adaçayı yarpaqlarından bundan başqa antiandrogen təsir göstərən Zn elementi də vardır.

Estrogenəbənzər aktivliyə malik fitosterinlər buğda yağında, zeytun, küncüt, palma və kokos yağında da vardır.

Bitki ekstraktları əsasında preparatlar. Təhlükəsizlik və effektivlik baxımından son zamanlar bitki ekstraktlarından alınan preparatlara maraq artmaqdadır. Bu cür preparatların ilk nümayəndəsi kimi Yaponiyada hazırlanan "Lasyon 101" preparatıdır. İstifadə edən xəstələrin 90%-i müsbət nəticə əldə etmişdir.

"Fabao101D" preparatı 12 bitki ekstraktından ibarət lasyondur. 70% xəstələrdə preparatın istifadəsindən 2 ay sonra, 91% xəstələrdə isə 4 aydan sonra müsbət nəticələr əldə olunmuşdur. 65% xəstələrdə preparatın qəbulu dayandırdıqda saçların bərpası saxlanılırdı. Daha yüksək klinik effekt qadınlarda müşahidə olunmuşdur.

Bundan başqa "Trichogen" (9 bitki ekstraktının kombinasiyası), "Nutrifolica" (22 bitki ekstraktının kombinasiyası), "Crinogen" kimi preparatlar saçların tökülməsinin profilaktikasında və uzanmasını stimulə etmək məqsədilə geniş istifadə olunur [1].

ƏDƏBİYYAT

1. Марголина А.А., Эрнандес Е.И. Борьба за волосы / Под ред. Ж.Г. Умерова. М.: Косметика и медицина, 1999.
2. Косметология /Под ред. Хеджази Л.А. М.: Итальянский косметологический центр «ИНТЕГРЭ», 2005
3. Косметология / Под ред. Ю. Ю. Дрибноход, издание девятое. Ростов-на-Дону: Феникс, 2013.
4. Введение в косметологию / Под ред. Ю. Ю. Дрибноход, 2-ое издание. Учебник для косметологов. СПб: Питер, 2003
5. Клиническая трихология / Под ред. А.Г.Гаджигороева. М.: Практическая медицина, 2014

Резюме

Проблемы выпадение волос и лечебные средства для их предотвращения

М.Н. Валиева, А.Е.Мусаева

В научной статье приводится обобщенный материал касательно проблем выпадение волос. Отдельно анализируются случаи возникших проблем женщин и мужчин. Приводится современная классификация фармакотерапевтических средств применяемых в области трихологии и их сравнительные фармакологические возможности выявлены эффективные терапевтические действия фитофармацевтических средств.

Summary

Problems of hair loss and remedies for their prevent

M.N. Valiyeva, A.E.Musayeva

In the scientific article provides a synthesis of the problems regarding hair loss. Separately analyzed cases the problems of women and men. Given the current classification of pharmacotherapy used in Trichology and their comparative pharmacological possibilities found effective therapeutic action phytopharmaceuticals.

Daxil olub: 26.11.2014

СОСТОЯНИЕ ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ АЗЕРБАЙДЖАНА

Ф.А. Марданлы, И.Г. Исаев, Н.А. Насирли

Национальный центр онкологии, г. Баку

Açar sözlər: uşaq onkologiyası, Azərbaycan, regionlar
Ключевые слова: детская онкология, Азербайджан, регионы
Keywords: pediatric oncology, Azerbaijan, regions

Злокачественные новообразования у детей в возрасте 0-17 лет составляют 1,5% в общей структуре заболеваемости данной нозологической формой в Азербайджанской Республике. При этом следует отметить на значительный разброс (в 5,2 раза) в уровнях

величин экстенсивного показателя в социально-экономических регионах республики (рис.).

Как видно из графика 1, наиболее высокие уровни отмечены в Нахичеванской автономной республики (3,9%), а наиболее низкие- в г.Баку (0,7%).

Расчет интенсивного показателя заболеваемости выявил высокие уровни в Нахичеванской автономной республике (5,5 $^0/_{0000}$), в Апшеронском экономическом регионе (8,7$^0/_{0000}$), Гянджа-Казахском экономическом регионе (8,2$^0/_{0000}$) и в Шеки-Закатальском экономическом регионе (5,3 $^0/_{0000}$), превышающие общерегиональный показатель в 1,8, 1,6, 1,5 и 1,4 раза соответственно. Далее, в порядке уменьшения составили нижеследующие экономические регионы: Ленкоранский (6,1$^0/_{0000}$), Куба-Хачмасский (5,3$^0/_{0000}$), Горный Ширван (4,4 $^0/_{0000}$), Аранский и г.Баку (4,0$^0/_{0000}$). Известно, что показатель пораженности- это общее число популяции, страдающих определенной болезнью в течение конкретного периода. При этом,следует отметить, что данный показатель оказывает определенную «услугу» при изучении потребностей в медико-санитарной помощи и планировании служб здравоохранения.

Результаты статистического анализа выявили высокий уровень показателя пораженности в Кубе-Хачмасском экономическом регионе (29,7$^0/_{0000}$), превышающий общереспубликанский показатель (11,4 $^0/_{0000}$) в 2,6 раза (табл.1).

Как видно из табл.1, наиболее низкий уровень показателя пораженности отмечен в г.Баку (6,7 $^0/_{0000}$), величина которого составила ниже общереспубликанского в 1,7 раза.

Показатели смертности, с точки зрения эпидемиологической перспективы, часто служат ценнейшим источником информации о тенденциях в изменении состояния здоровья популяции. С учетом вышесказанного, нами был рассчитан общй коэффициент смертности, а также коэффициент летальности, который служит критерием тяжести болезни.

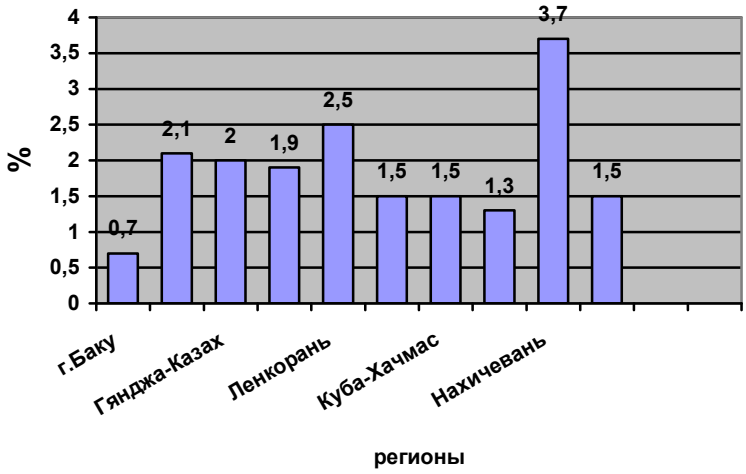


Рис. Экстенсивный показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями у детей (0-17 лет) в Азербайджанской Республике

Таблица 1

Показатель пораженности среди возрастной группы 0-17 лет в различных административно-экономическом регионах Азербайджанской Республики в 2013 году

Регионы	Показатель пораженности на 100 тыс. нас.
г.Баку	6,7
Апшерон	20,2
Гянджа-Казах	15,4
Шеки-Закаталы	17,6
Ленкорань	7,6
Аран	11,8
Куба-Хачмас	29,7
Горный Ширван	8,8

Нахичевань	9,9
Всего по республике	11,4

Таблица 2
Стандартизованный показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями у детей в Азербайджанской Республике за 2013 г.

Регионы	**Общая численность населения**	**Кол-во первичн. больных**	**Интенсивный показатель на 100 тыс.нас.**	**Средний стандарт**	**Стандартизованный показатель**
Баку	503804	20	4,0	287707	1,1
Апшерон	138477	12	8,7	54342	0,5
Гянджа-Казах	330325	27	8,2	13262,9	1,1
Шеки-Закаталы	153726	12	7,8	6032,6	0,5
Ленкорань	263942	16	6,1		0,6
Аран	544249	8	5,3	21611,9	1,1
Куба-Хачмас	151665	22	4,0	5951,8	0,2
Горный Ширван	89674	4	4,4	3519,1	0,1
Нахичевань	128915	13	9,9	5059,0	0,5
Всего по республике	2548227	134	5,3	100000	5,7

Результаты проведенного статистического анализа выявил относительно невысокий уровень смертности, который варьировал в диапазоне 0,01-0,006 (на 100 тыс.нас.) при величине общереспубликанского уровня 0,01 %.

Наиболее высокий уровень коэффициента летальности был отмечен в Шеки-Закатальском регионе (41,7%) при величине общереспубликанского показателя 6,0%.

С целью выявления показателя активности проведения скрининговых программ среди возрастных групп 0-17 лет были рассчитаны показатель активности (достоверности).

Проведенный анализ выявил достаточно низкий уровень показателя агрессивности во всех изучаемых регионах, который варьировал в диапазоне 0,001-0,0008, при величине общереспубликанского показателя 0,001.

Расчет стандартизованного показателя выявил относительно невысокие уровни во всех экономических регионах (табл. 2).

Как видно из табл.2, уровни заболеваемости среди изученной возрастной группы относительно невысоки. Так, наиболее высокие уровни отмечены в г.Баку, Гянджа-Казахском и Аранском экономическом регионах ($1,1^0/_{0000}$), наиболее низкие- в Горно-Ширванском экономическом регионе ($0,1\ ^0/_{0000}$).

ВЫВОДЫ: 1.В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями среди возрастной группы 0-17 лет показатель экстенсивности составляет 1,5%. 2.Величина заболеваемости наиболее высока в Нахичеванской АР ($9,9^0/_{0000}$) и Апшеронском экономическом регионе ($8,7,^0/_{0000}$), а наиболее низкие- в г.Баку и в Аранском экономическом регионе ($4,0^0/_{0000}$). 3.Высокий уровень пораженности отмечен в Куба-Хачмасском экономическом регионе ($29,7\ ^0/_{0000}$), а наиболее низкий –в г. Баку ($6,7\ ^0/_{0000}$). 4.Уровни смертности относительно не высоки и варьировали в диапазоне 0,01-0,006 на 100 тыс.населения. 5.Величины стандартизованного показателя заболеваемости были невысоки во всех регионах, амплитуда колебания которых составила $0,1\text{-}1,1^0/_{0000}$.

Summary

The condition pediatric oncology in different regions of Azerbaijan

F.A.Mardanli, I.H.Mardanli, N.A.Nasirli

Malignant neoplasms in the age group 0-17 years is 1.5% of the total burden of disease in the Republic of Azerbaijan. Marked by considerable variation (5,2-fold) in the levels of variables extensive index, where the highest levels are observed in the Nakhchivan Autonomous Republic (3,9%), the most nizkie- in Baku (0,7%). Intensity levels of the incidence and prevalence is highest in

the Apsheron (8,7 0/0000) and Cuba Khachmas (29,70 / 0000) economic regions. Revealed relatively low levels of mortality, aggressive and standardized in all economic regions.

Xülasə

Azərbaycanın müxtəlif regionlarında uşaq onkologiyasının vəziyyəti

F. Ə. Mərdanlı, İ.H. İsayev, A.A. Nəsirl

Azərbaycan Respublikasında yaşı 0-17 olan uşaqlar arasında bədxassəli şişlər ümumi xəstələnmə strukturunun 1,5 %-ni təşkil edir. Ekstensivlik göstəricisində nəzərə çarpan fərq (5,2 dəfə) qeyd edilir, hansı ki daha yüksək göstərici Naxçıvan Muxtar Respublikasında (3,9%), daha az Bakı şəhərində müşahidə edilir. Xəstələnmənin intensivlik göstəricisinin səviyyəsi Naxçıvan MR ($8,2^0/_{0000}$, Abşeron ($8,7^0/_{0000}$), Gəncə-Qazax ($8,2^0/_{0000}$) və Şəki-Zaqatala ($5,3^0/_{0000}$) iqtisadi regionlarında daha yüksək olmuşdur. Zədələnmə göstəricisi Quba-Xaçmaz iqtisadi regionunda ($29,7^0/_{0000}$) daha çox qeyd edilmişdi ki, bu da ümumi Respublika göstəricisindən ($11,6^0/_{0000}$) 2,6 dəfə çoxdur. Həmçinin bütün iqtisadi regionlarda olüm, aqressivlik və standartlaşdırılmış göstəricilərin nisbətən az da olsa yüksəlməsi müəyyən edilmişdir.

Daxil olub: 22.10.2014

ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИВЕННОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА В ТЕРАПИИ ТОКСИКОДЕРМИЙ У ДЕТЕЙ

Э.В.Гурбанова

Детская клиническая больница № 6, отделение реанимации и интенсивной терапии, г.Баку

Açar sözlər: toksidermiya, uşaqlar, venadaxili immunqlobulinlər, müalicə
Ключевые слова: токсикодермия, дети, внутривенные иммуноглобулины, терапия
Keywords: toksikodermiya, children, intravenous immunoglobulin therapy

Токсикодермии **(ТД)**- представляют собой токсико-аллергические заболевания с преимущественными проявлениями на коже и слизистых оболочках, возникающие в результате гематогенного распространения аллергенов, попавших в организм путем приема внутрь, введения парентерально, при ингаляции или при массивной резорбции через кожу и слизистые оболочки [4]. Крайне тяжелыми формами ТД являются многоформная экссудативная эритема (синдром Стивенса-Джонсона) и токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла), при которых кожный покров и слизистые оболочки покрываются пузырями, в последующем вскрывающимися с образованием обширных эрозий. При отсутствии адекватной терапии эти реакции могут привести к развитию тяжелейших осложнений, а нередко и к смертельному исходу [11].

При распространенных буллезных ТД, когда ведущим патоморфологическим признаком является эпидермолиз, разрушение кератиноцитов происходит с помощью разных механизмов, основные из которых связаны с действием цитотоксических Т-лимфоцитов и фактора некроза опухолей-α (ФНО-α). Разрушение клеток происходит при непосредственном контакте с клетками-агрессорами и выделением последними цитотоксинов- кислых гидролаз. Это приводит к отслойке эпидермиса от дермы, что обуславливает клинические проявления заболевания [9,10]. Данный цитотоксический эффект особенно четко прослеживается в патогенезе синдрома Лайелла. Помимо этого, повреждение клеток и межклеточных структур в результате токсического воздействия сообщает им аутоантигенное свойство, что вызывает образование аутоантител. Формирующиеся при этом комплексы «аутоантиген-аутоантитело» еще более усиливают процесс повреждения клеток [10].

Указанные выше иммунопатологические процессы обосновывают целесообразность применения иммуносупрессивных препаратов в лечении больных с ТД.

В течение длительного времени основным методом лечения ТД было применение глюкокортикостероидов (ГКС) в обычных дозах. Однако последующие исследования выявили, что такой режим их применения повышает риск развития осложнений (в первую очередь, сепсиса) и, как следствие, увеличивает риск летального исхода [2, 5]. Согласно современным представлениям, эффективными методами лечения ТД являются плазмаферез, пульс-терапия метилпреднизолоном [6]. В последние годы появились единичные данные о возможном применении внутривенного иммуноглобулина (ВВИГ) [12]. Обоснованием этого явилась необходимость в эффективной длительной иммуносупрессии, которой позволяет добиться использование ВВИГ [8,11]. Эффект терапии обеспечивают следующие механизмы: предоставление нейтрализующих антител к причинному агенту, подавление формирования аутоантител по принципу антиидиотипического действия, блокирование Fc рецепторов IgG на фагоцитирующих клетках, подавление пролиферации Т-клеток и продукции иммуноглобулинов, взаимодействие с системой комплемента, блокирование активации и действия цитокинов [1,3,7].

Принимая во внимание все вышеуказанные эффекты ВВИГ, позволяющие воздействовать на основные патогенетические механизмы процесса, можно предположить, что его применение значительно повысило бы эффективность терапии. В особенности это касается разрушения кератиноцитов, что во многом определяет клиническую картину и прогноз заболевания.

В нашей клинике случаи ТД достаточно часты, что определяется ее аллергологическим профилем. Ретроспективный анализ данных случаев показал, что у большинства пациентов применение традиционной терапии с использованием ГКС не обеспечивало быстрого улучшения клинической картины и оказывалось недостаточно эффективным в отношении профилактики рецидивов и осложнений. В связи с этим было принято решение включить ВВИГ в комплексное лечение пациентов с ТД.

Приводим описание двух случаев ТД у детей, в лечении которых была использована подобная тактика.

Случай 1. Кянан Б., 11 месяцев, поступил в ДКБ №6 27.02.2014 г. с жалобами на отеки, появление сыпи на теле, сопровождающейся зудом, повреждение слизистых оболочек, признаки коньюктивита с гнойным отделяемым из глаз. Из анамнеза: кожные симптомы появились 4 дня назад, за 10 дней до поступления ребенок болел респираторной инфекцией, в связи с чем принимал амоксациллин, ибупрофен, витамины группы В. На этом фоне на лице и вокруг рта появилась гиперемия, на щеках-элементы пятнисто-папуллезной сыпи, гнойное отделяемое из глаз. В течение суток сыпь стала крупнопятнистой и распространилась на туловище, на ягодицах появились пузыри, развилась отечность. Из-за повреждений слизистой оболочки рта ребенок отказывался от еды, питья. На следующий день состояние еще более ухудшилось, в связи с чем обратились в ДКБ № 6.

Диагноз клинический: Многоформная буллезная эритема (синдром Стивенса-Джонсона).

Анамнез жизни: родился от I-ой беременности в срок. Беременность протекала без особенностей. Масса при рождении 3200 г. Находится на естественном вскармливании. Прививки по возрасту получил, до настоящего времени не болел. По материнской линии анамнез отягощен, наблюдались аллергические реакции на пищевые продукты. Состояние при поступлении очень тяжелое. Выражены симптомы интоксикации, зуд. Аппетит снижен, пьет неохотно, крайне беспокоен. Температура $36,8^0$C. На лице, туловище, конечностях поражение кожи в виде диффузной эритемы, на фоне которой имеются склонные к слиянию пузыри. Буллезные элементы на некоторых участках резко болезненны, на месте вскрывшихся пузырей наблюдаются эрозии, покрытые желтоватыми корками с преимущественной локализацией на лице, в области рта и щек. Определяется положительный симптом Никольского. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Со стороны костно-суставной системы патологических изменений не обнаружено. Из периферических лимфоузлов увеличены подчелюстные (размером с фасоль, подвижны, с окружающей клетчаткой не спаяны). Дыхание через нос затруднено. ЧД 30 в 1 минуту. В легких перкуторно – легочный звук, при

аускультации выслушивается жесткое дыхание. Пульс ритмичный, слабого наполнения. ЧСС 120 уд/мин. Тоны сердца приглушены, шумы не выслушиваются. Зев, слизистая полости рта гиперемированы, имеются эрозии. Язык обложен белым налетом. Живот несколько вздут, однако при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул оформленный. Менингеальные симптомы отрицательные.

В анализе периферической крови при поступлении: Hb-105 г/л, эритроциты 3,87× 10^{12}/л, ц.п. 0,81, лейкоцитоз 15.6× 10^{9} /л, палочкоядерные нейтрофилы- 1%, сегментоядерные- 53%, лимфоциты- 41%, моноциты – 3%,эозинофилы-2%. СОЭ-5 мм/ч. Анализ мочи и кала в норме. Мазок из зева:выделен St.aureus++, в посеве кала патологической микрофлоры выделено не было. Иммунологический анализ: IgE=146,3 UI/ml (при норме □60)

В первый день госпитализации вводился внутривенный иммуноглобулин («İmmunele» 25 мг в/в, капельно, однократно). Уже на 2-й день госпитализации это назначение позволило остановить отслойку эпидермиса (новые очаги больше не появлялись) и добиться постепенного подсыхания уже образовавшихся очагов поражения. Проводилось также: антибактериальное лечение (клафоран), инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами, анальгетики, антигистаминные препараты (тавегил). Местно на пораженные участки кожи использовались антисептические растворы, а также средства, способствующие эпителизации (солкосерил). На фоне проводимого лечения уже на 2-е сутки отмечалась положительная динамика со стороны кожных изменений: новых высыпаний не наблюдалось, эрозии эпителизировались. Нормализовались дыхание. На 5-е сутки ребенок был переведен в аллергологическое отделение для дальнейшего лечения

Случай 2. Фуркан М., 1 год 1 месяц поступил в ДКБ 11.01.2014 г. с жалобами на общую слабость, беспокойство, появление сыпи по всему телу, отслойку эпидермиса. Из анамнеза: заболевание началось за 2 дня до поступления, когда ребенку по причине повышения температуры на фоне ОРВИ было назначено жаропонижающее средство из группы нестероидных противовоспалительных препаратов. У ребенка появилась по всему телу сыпь, по поводу чего обратились в поликлинику. Участковым педиатром был поставлен диагноз «Ветряная оспа» и назначено лечение. Однако на следующий день при отсутствии улучшения к существующим симптомам присоединилась отслойки эпидермиса, в связи с чем ребенок был госпитализирован в реанимационное отделение ДКБ № 6.

Диагноз клинический: Токсический эпидермальный некролиз (Синдром Лайелла)

Анамнез жизни: ребенок от V беременности, II родов. Во время беременности у матери отмечались аллергические реакции на пищевые продукты в виде ограниченной сыпи. Роды в срок путем кесарева сечения. Масса при рождении 3000 г, закричал сразу. На грудном вскармливании находился до 5 месяцев, затем был переведен на искусственное. Из прививок получил тольло BCG, остальные положенные по возрасту прививки не проводились. Из детских инфекционных заболеваний ничем не болел. Родители здоровы, наследственность не отягощена. Состояние при поступлении очень тяжелое. Тяжесть обусловлена выраженной интоксикацией и обилием высыпаний. Сознание ясное, резко снижен аппетит, мало пьет, вялый, заторможенный, временами отмечается беспокойство. Температура 36,6^{0}C. На коже лица, туловища, конечностей ярко розового цвета полиморфная сыпь (имеются уртикарные, петехиальные элементы, местами пузыри различных размеров). Наблюдаются обширные участки отслойки эпидермиса с образованием эрозивной поверхности на лице, конечностях, в области половых органов. На коже век отмечаются признаки блефарита в виде локальной отечности, покраснения, гнойного отделяемого. Симптом Никольского положительный. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Со стороны костно-суставной системы патологических изменений не обнаружено. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание через нос затруднено. ЧД 28 в 1 минуту, при беспокойстве – до 40-50. В легких перкуторно -легочный звук, при аускультации выслушиваются единичные сухие хрипы на фоне жесткого дыхания. Пульс ритмичный, слабого наполнения. ЧСС 114 уд/мин. Тоны сердца приглушены, шумы не выслушиваются. Зев, слизистая полости рта гиперемированы, имеются эрозии. Язык обложен белым налетом. Живот несколько

вздут, однако при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул неоформленный, с примесью крови черного цвета (мелена). Мочеиспускание болезненное. Менингеальные симптомы отрицательные.

В анализе периферической крови при поступлении: Hb-70 г/л, эритроциты $3,05\times10^{12}$/л, ц.п. 0,68, лейкоциты 11.2×10^{9}/л, палочкоядерные нейтрофилы- 1%, сегментоядерные- 42%, лимфоциты- 52%, моноциты-3%, эозинофилы-1%, СОЭ-50 мм/ч. Анализ мочи- в норме. В анализе кала-эритроциты, слизь. Мазок из зева: выделен St.epidermidis. Иммунологический анализ: IgE=238,5 UI/ml (при норме □60). В первый день поступления в стационар ребенку в качестве иммуносупрессивной терапии был назначен внутривенный иммуноглобулин (“İmmunele” в дозе 25 мг, в/в, капельно, однократно). Помимо этого в лечении использовали: инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами, дезагреганты (трентал), антибактериальную терапию (гентамицин + цефтриаксон) (по чувствительности выделенных бактерий), антигистаминные препараты (тавегил), использовалось внутривенное введение альбумина, переливание свежезамороженной плазмы. Туалет кожи 1% раствором генциан-виолета, риванолем, туалет носа, глаз физ.раствором. По мере заживления эрозии смазывались мазью (адвантан + солкосерил). На 3-е сутки пребывания в стационаре отслойка эпидермиса остановилась. На 4-е сутки состояние ребенка стабилизировалось, новых элементов отслойки эпидермиса не наблюдалось, эрозивные поверхности покрылись струпом. В местах отслойки эпидермиса без нарушения целостности кожного покрова отмечалось подсыхание покрышки невскрывшихся пузырей с последующим пластинчатым шелушением. Стабилизировалось общее состояние, улучшился аппетит. В дальнейшем на фоне продолжающегося улучшения кожной симптоматики отмечалась также тенденция к нормализации со стороны лабораторных показателей.

Необходимо подчеркнуть, что в обоих случаях положительный эффект наблюдался в первые же дни применения ВВИГ, причем в первом случае глюкокортикоиды не применялись в терапии, а во втором случае эффект наступил еще до включения их в лечение.

Таким образом, наш опыт показывает, что раннее включение в комплексную терапию ТД ВВИГ способствует быстрой стабилизации процесса, а также развитию положительной динамики клинических проявлений в ранние сроки и снижению риска осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анастасиев В.В. Применение иммуноглобулинов. Н.Новгород: Изд-во НГМИ, 1993. с.27.

2. Жерносек В.Ф. Синдром Стивенса-Джонсона - токсический эпидермальный некролиз у детей / В.Ф. Жерносек, Т.П. Дюбкова // Медицинские новости. - 2007. - № 14. - С. 8-13.

3. Зимин Ю.И. Внутривенные иммуноглобулины при иммунной недостаточности // Клиническая фармакология и терапия, 1994, №3(4), с.32-33.

4. Иммунопатология и аллергология. Алгоритмы диагностики и лечения / Под ред. Р. М. Хаитова. М.: ГЭОТАР Медицина, 2003. 112 с.

5. Иванов Л. и др. Современные проблемы диагностики и терапии многоформной экссудативной эритемы // Российский жур. кожных и венерических болез., 2003, № 5, с.36-39

6. Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных. М.: ГЭОТАР Медицина, 2005. 928 с.

7. Кондратенко И.В., Заплатников А.Л., Бологов А.А. Внутривенные иммуноглобулины: что и когда?// Детская больница, 2010, № 4, с.56-60

8. Мартин Т.Д. Вопросы применения вводимого внутривенного иммуноглобулина //Тер. архив, 1996, № 10.

9. Bastuji-Garin S., Fouchard N., Bertocchi M. et al SCORTEN: a severity-of-illness score for toxic epidermal necrolysis // J. Invest Dermatol., 2000, v.115(2), p.149-153

10. Hallgren J., Tengvall-Linder M., Persson M. Stevens-Johnson syndrome associated with ciprofloxacin: A review of adverse cutaneous events reported in Sweden as associated with this drug //J. Amer. Acad. Derm., 2003, v.49, N5.

11. French L.E. Toxic epidermal necrolysis and Stevens-Johnson syndrome: our current understanding // Allergol. Int., 2006, Vol. 55, №1, p.9-16.

12. Metry D.W., Jung P., Levy M.L. Use of intravenous immunoglobulin in children with Stevens-

Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: seven cases and review of literature // Pediatrics, 2003, v.112, № 6, p.1430-1436.

Xülasə

Uşaqlarda toksikodermiyaların müalicəsində venadaxili immunoqlobulinin tədbiqi

E.V.Qurbanova

Uşaqlarda toksikodermiyaların müalicəsində venadaxili immunoqlobulinin (VDİQ) tədbiqini göstərən 2 hadisə təqdim olunmuşdur. Xəstələrən biri Stivens-Cons sindromu, digəri isə Layell sindromu diaqnozu ilə stasionarda müalicə almışlar. Hər iki xəstəyə ilk gündən VDİQ tədbiq olunub. Müalicə fonunda dəridə olan dəyişikliklərin tez bərpa olunması (epidermolizin dayanması, eroziyaların epitelizasiyası) müşahidə edilmişdir. Müsbət dinamikanın qlukokortikoidlərin istifadəsi olmadan (1-ci hadisədə) və bu terapiyadan əvvəl qeyd edilməsi (2-ci hadisədə) VDİQ tədbiqini toksikodermiyalı uşaqlarda məqsədəuyğun olduğunu göstərir.

Summary

Use of intravenous immunoglobulin in children with toxicodermies

E.V.Qurbanova

With the purpose to illustration effiency of using of intravenous immunoglobulin (IVIQ) in children with toxicodermies (TD) 2 clinical cases were analysed. One of patiens was hospitalized with the diagnosis of Stevens-Johnson syndrome, another- with the diagnosis of Lyell syndrome. İn both of patiens from first days were used IVIQ. There were rapid positive changes of skin damages (epithelialization of erosions, stopping epidermolysis) in both children. These clinical effects were observed without (in first patient) or before (in second patient) using glucocorticoid therapy. The received results showed that using IVIQ in children with TD is purposeful and it makes the therapy more resultative.

Daxil olub: 05.10.2014

MÜASİR ƏCZAÇILIĞIN İNNOVATİV SİYASƏTİNİN BƏZİ ASPEKTLƏRİ

S.A. Atakişizadə, V.K.Əbilova, A.H.Əliyeva, M.N.Vəliyeva

Azərbaycan Tibb Universiteti **,** əczaçılığın təşkili və iqtisadiyyatı kafedrası

Açar sözlər: müasir aczaçılıq, innovasiya, siyasət

Ключевые слова: современная фармация, инновация, политика

Keywords: modern pharmacy, innovation policy

Müasir Azərbaycan Respublikasının qarşısında duran strateji vəzifələrin əsas məqsədi əhalinin sağlamlığının qorunmasına və möhkəmləndirilməsinə yönəldilmişdir. Həmin məsələlər Azərbaycan Respublikası Konstitu-siyasında ətraflı əks olunmuşdur. Konstitusiyanın 41-ci maddəsinə əsasən, hər kəsin sağlamlığını qorumaq və tibbi yardım almaq hüququ vardır. Dövlət tərəfindən müxtəlif mülkiyyət növləri əsasında fəaliyyət göstərən səhiyyənin bütün növlərinin inkişafı üçün zəruri tədbirlər görülür, sanitariya-epidemiologiya salamatlığına təminat verir, tibbi sığortanın müxtəlif növləri üçün imkanlar yaradır. Səhiyyə işçilərinin ən ümdə vəzifələrindən biri insanların sağlamlığını qorumaqdır. Bunun həlli üçün olkəmizdə dərman vasitələrinin səmərəli istifadəsi zəruri və aktualdır.

Dərman vasitələrinin istehsalı, təchizatı, keyfiyyətinə nəzarət, satışı, saxlanması, tibbi xidmətlər, xəstəliklərin profilaktikası və sağlamlığın qorunması ilə bağlı təşkilatların, müəssisələrin, assosiasiasiyaların, elmi cəmiyyətlərin, mütəxəssislərin və digər təsərrüfat subyektlərin tabeçiliyində, təşkilati – hüquqi formasından və fəaliyyətindən asılı olmayan birliyi səhiyyə sistemi adlanır. Sovet dövründə səhiyyə sisteminə rəhbərlik həm mənbələri bölüşdürüldükdə idarəetmə qərarları mərkəzləşdirilmiş qaydada qəbul edilirdir. Mənbələrin bölüşdürülməsi sistemi ekstensiv göstəricilərin (ambulator-poliklinik gəlmələrin sayı, müalicə pprofilaktika müəssisələrində istifadə olunan çarpayı günlərinin sayı, aptek təşkilatının mal dövriyyəsi, reseptlərin sayı və s.) təhlilinə əsaslanırdı. Hal- hazırda respublikamızda səhiyyənin inkişaf mərhələsi aparıaln islahatlar strategiyası planına əsaslanır.

Bazar münasibətləri şəraitində başqa sahələrdə olduğu kimi səhiyyədə də geniş islahatlar aparılır. Müasir dövrdə səhiyyədə islahatlar əsasən aşağıdakı strateji istiqamətlərdə aparılır:

-İnkişaf siyasətinin əsaslandırılması;

-İslahatın normativ-hüquqi bazasının formalaşdırılması;

-İdarə sisteminin qeyri mərkəzləşdirilməsi;

-Yeni səmərəli , iqtisadi cəhətdən daha əlverişli tibbi texnologiyaların tətbiqi;

-Səhiyyənin maliyyələşmə sisteminin yeni kanallar əsasında təkmilləşdirilməsi;

-Kadrların hazırlanmasında müasir konsepsiyanın formalaşması və onun həyata keçirilməsi.

Bazar iqtisadiyyatı şəraitində əhaliyə dərman xidmətinin bir neçə konsepsiyası vardır. Onlardan bəziləri mərkəzləşdirilmiş təchizat üsullarına və dərmanlara vahid qiymətlərin təyininə əsaslanır. Digərləri isə dərman vasitələrinin mərkəzləşdirilmiş tədarükü üçün səlahiyyətli kompaniyaların, nümayəndəliklərin yaradılması zəruriliyini aktual edir.

Respublika əhalisinin dərman vasitələri ilə təminatı sahəsində yeni mütərəqqi təchizat konsepsiyasının işlənib hazırlanmasına bir sıra obyektiv səbəblər təsir göstərir. Məsələn, ödənişsiz və güzəştli şərtlərlə dərmanların buraxılmasına ehtiyacı olan şəxslərin sayının artıması. Əczaçılıq yardımının real iqtisadi perspektivləri səhiyyə sistemində milli dövlət siyasətinə və əczaçılıq bazarının sivil inkişafina əsaslanmalıdır. Əczaçılıq yardımı sahəsində milli dövlət siyasətinin əsasında aşağıdakı prinsiplər həyata keçirilməlidir:

-Tibbi yardımın göstərilməsi sahəsində büdcə vəsaitləri hesabına zəmanətli dərman xidmətinin həcminin müəyyənləşdirilməsi;

-Əhalini xəstəliklərin müalicəsi və sağlam həyat tərzinin təmini ücün effektli, təhlükəsiz və əldə etməsi mümkün olan dərman vasitələri ilə təchiz etmək;

-İdarəçiliyin bütün səviyyələrində yeni malın irəli sürülməsi kanalında və əczaçılıq yardımının göstərilməsinin bütün pillələrində dərman vəsaitinin tədarükü, səmərəli təyini və istifadəsi.

Əczaçılıq fəaliyyəti sahəsində dövlət siyasətinin əsas prinsipləri aşağıdakılardır:

-Vətəndaşların beynəlxalq standartlara uyğun dərman yardımı almaq hüququna təminat verilməsi;

-Vətəndaşların sağlamlığı üçün təhlükəsiz dərman vasitələrinin qəbul olunmasına yönəldilən tədbirlərin keçirilməsi;

-Təhlükəsiz, səmərəli və keyfiyyətli dərman vasitələrinin axtarılıb tapılması üçün elmi tədqiqatların təşkili.

Əhalinin dərman vasitələri və tibbi təyinatlı məmulatlarla təminatı sahəsində dövlət siyasətinin əsas prinsipləri dərman vasitələrinin istehlakçılarına tələb olunan çeşiddə, həcmdə, keyfiyyətdə və iqtisadi cəhətdən əlverişli qiymətdə çatdırılmasını nəzərdə tutur. Dövlətin dərman siyasətinin reallaşdırılması yəni həyata keçirilməsi əczaçılıq xidmətləri bazarının inkişafı yolu ilə yerinə yetirilməlidir. Əhalini yüksək keyfiyyətli dərman vasitələri ilə təmin etmək üçün onların keyfiyyətinə, istehsaldan istehlakçıya çatdırılma dövrünün bütün mərhələlərində (tədarükü, saxlanması, bölüş-dürülməsi, satışı) normativ- texniki standartlara müvafiq olaraq nəzarət sistemi təşkil olunmaqdadır.

Milli dövlət səhiyyə sisteminə aiddir: Azərbaycan Respublikasının və Naxçıvan Muxtar Respublikasının Səhiyyə Nazirliyi, Bakı, Gəncə, Sumqayıt şəhərlərinin səhiyyə şöbəsi. Bu sistemə daxildir: dövlət mülkiyyət formasında və tabeçiliyində olan müalicə profilaktika idarələri, elmi tədqiqat institutları, əczaçılıq müəssisə və təşkilatları, aptek təşkilatları, dərman vasitələrinin istehsalı üzrə müəssisələr və s.

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin "Sağlamlığın qorunması haqqında" qanununa müvafiq olaraq səhiyyənin əsas vəzifələri əks olunmuşdur:

-Dövlət sanitar-epidemioloji xidmətinin təşkili;

-Əczaçılıq və tibb sənayesi üzrə vahid texniki siyasətin təmini;

-Ərazilərin sanitar cəhətdən qorunması üzrə sistemin təşkili;

-Standartların, texniki şərtlərin işlənib hazır-lanması və təsdiqi;

-Dərman vasitələrinin, dezinfeksiyaedici vasitələrin, immunobioloji preparatların, tibbi təyinatlı məmulatların, narkotik vasitələrin, pisxotrop maddələrin və prekursorların sertifi-katlaşdırılması, onların istehsalına, daşınmasına və dövriyyəsinə ciddi nəzarətin təşkili, bütün əczaçılıq məhsulları və xidmətlərinin sertifi-katlaşdırılması;

-Tibbi və əczaçılıq yardımı üzrə standartların işlənib hazırlanması və təsdiqi;

-Dərman xidməti sahəsində tibbi-sosial yardımın göstərilməsi üzrə güzəştlərin müəyyən-ləşdirilməsi;

-Tibbi və əczaçılıq kadrlarının hazırlanması üzrə vahid qiymətləndirmə kriteriyaların və

proqramların tərtibi, vəzifə nomenklaturasının müəyyənləşdirilməs;
-Tibbi və əczaçılıq fəaliyyətinin lisenziyalaşdırılması qaydalarının müəyyənləşdirilməsi;
-Etika və deontologiya məsələləri üzrə xüsusi komitələrin təşkili haqqında qaydaların müəyyənləşdirilməsi;
-Elmi tətqiqatların koordinasiyası;
-Beynəlxalq əməkdaşlığın genişləndirilməsi;

Əczaçılıq fəaliyyətinə rəhbərlik edən idarələrin funksiyaları isə bunlardır:
-Əhalinin, müalicə profilaktika müəssisələrinin dərman vəsaitləri, tibbi təyinatlı məmulatlarla və tibbi texnika ilə təminatının təşkili;
-Aptek təşkilatlarının idarəçilik fəaliyyətinə nəzarətin təşkili;
-Topdan satış əczaçılıq təşkilatının fəaliyyətinə nəzarətin təşkili;
-Pərakəndə satış aptek təşkilatlarının və topdan satış ticarəti ilə məşqul olan müəssisələrin əczaçılıq fəaliyyətinə və dərman təminatının bəzi məsələlərinə aid normativ-hüquqi aktlara riayət olunmasına nəzarətin təşkili;
-Əczaçılıq fəaliyyətinə aid qaydaların və metodik göstərişlərin işlənib hazırlanması;
-Səmərəli informasiya xidmətinin təşkili üçün dövrü metodiki və məlumat ədəbiyyatının nəşri;
-Əczaçıların qurultaylarının, konfrans və müşavirələrinin keçirilməsinin təşkili.

Hal-hazırda ölkəmizdə əczaçılıq xidmətində idarəçilik sistemi yenilənib və onun əsas vəzifələri aşağıdakılardır:
-Əczaçılıq bazarının dərman vasitələri və tibbi təyinatlı məmulatlarla tam çeşidlə təmin etmək məqsədilə əczaçılıq fəaliyyəti ilə məşğul olan bütün müəssisələrin fəaliyyətinin koordinasiyası;
-Əczaçılıq işinin inkişafı sahəsində dövlət siyasətinin keçirilməsi;
-Ərazida əczaçılıq fəaliyyətinin inkişafına və təkmilləşdirilməsinə nəzarət;
-Əhalinin dərman vasitələri və tibbi təyinatlı məmulatlara olan tələbatının öyrənilməsi və təmini.
-Əczaçılıq fəaliyyətini tənzimləyən qanunvericiliyə riayətə nəzarət;
-Əczaçılıq fəaliyyəti ilə məşğul olan bütün iştirakçılara metodiki rəhbərlik;
-Əczaçılığa nəzarətinin həyata keçirilməsi;
-Ərazidə fəaliyyət göstərən bələdiyyə əczaçılıq idarələrinin işinə nəzarət etmək;
-Dərman bazarının geniş çeşidli əczaçılıq əmtəələri ilə təmin olunması;
-Pulsuz və güzəştli dərman yardımının təşkili;
-Müalicə profilaktika müəssisələri üzrə tələbatın təhlili və proqnozlaşdırılması.

Məqsədimiz ölkəmizdə əczaçılıq sektorunun innovasion inkişafına dövlət nəzarətinin və auditin təşkilinə aid məlumatları təhlil etməkdir.

Nəticələr və müzakirələr. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı özünün WHO/EDM/OSM/99.1 saylı qətnaməsində ölkələrə Səhiyyə Nazirliyinin nəzdində və ya onun tabeliyində dərmanların keyfiyyətinə nəzarət üçün müvafiq struktura malik, hüquq və vəzifələri olan milli səlahiyyətli orqanlar yaratmalarını tövsiyyə edir. O cümlədən:

-ölkəyə idxal və istehsal olunan dərman vasitələri dövlət qeydiyyatına alınmalı, dərman vasitələrinin istehsalçılarının, idxalçılarının, distribyutorlarının və təchizatçılarının, həmçinin qablaşdırma istehsalçılarının inspeksiyası aparılmalı;

-lisenziya əməliyyatlarının aparılmasına nəzarət ücün səlahiyyətli orqanlar lazımi sayda inspektorlara malik olmalı;

-dərman vasitələrinin bütün lisenziyalaşdırılmış istehsalçılarına və təchizat sistemi kanallarının inspeksiyası üçün standart əməliyyat prosedurları (SƏP) və qaydaları hazırlanmalı,

-şübhə doğuran preparatların tərkibini və aktiv komponentlərin miqdarını təyin etmək üçün tez yoxlama üsulları işlənməli, saxtalaşdırılmış dərman vasitələri haqqında bütün məlumatlar öyrənilməlidir;

-aşkar edilən saxta dərman vasitələri barədə məlumatları səhiyyə mütəxəssisləri arasında operativ yaymalı və onların idxalı, ixracı, istehsalı, paylaşması və satışı ilə məşğul olan fiziki şəxslərə və ya təşkilatlara dövlət nəzarəti edilməlidir.

Bütün bu vacib məsələləri nəzərə alıb, Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi nəzdində yeni struktur bölməsi kimi dərman vasitələrinin analitik ekspertiza mərkəzi yaradılmışdır. Həmin struktur ölkəmizdə dövriyyədə olan dərman vasitələrinin keyfiyyəti, səmərəliliyi və təhlükəsizliyi üzərində nəzarəti həyata keçirir. Mərkəzin dərmanların keyfiyyətinə nəzarət (inspeksiya) şöbəsi yaradılmışdır və onun mütəxəssisləri- əczaçılıq inspektorları bu günə qədər tələb olunan nəzarəti aparir.

Azərbaycan Respublikasının Qanununun tələblərinə cavab verməyən, həmçinin istifadəyə yararlı olmayan, yararlılıq sertifikatı olmayan, dövlət qeydiyyatından keçməmiş, saxta, keyfiyyətsiz və istifadə müddəti bitmiş dərman vasitələrinin Azərbaycan Respublikası ərazasinə idxalını, istehsalını, hazırlanmasını, saxlanmasını, realizə edilməsini və istifadəsini qadağan edən göstərişlər verir.

Mərkəzin fəaliyyəti nəticəsində əczaçılıq bazarında çox ciddi dəyişikliklər baş vermişdir. Xüsusi razılıq (lisenziya) olmadan əczaçılıq fəaliyyəti göstərən çoxsaylı apteklərin qanunsuz fəaliyyətinə son qoyulmuş, yeni tələblərə cavab verən aptek təşkilatları yaradılmış, minlərlə qutu yararlılıq sertifikatı, qeydiyyat vəsiqəsi olmayan Azərbaycan Respublikasına idxalına, saxlanmasına, reallaşdırılmasına və istifadəsinə icazə verilməyən, istifadə müddəti bitmiş, keyfiyyəti şübhə doğuran dərman vasitələri müsadirə edilərək məhv edilmişdir.

Yoxlamanın aparılma xüsusiyyətləri: obyektdəki dərman vasitələrinin yoxlanılması zamanı əczaçılıq inspektorları əsasən aşağıdakılara fikir verirlər:

-Əczaçılıq təşkilatının Səhiyyə Nazirliyinin 02.10.2006-cı il tarixli 153 saylı əmrinin tələblərinə uyğunluğ olması;

-Dərman vasitələrinin fiziki-kimyəvi və farmakoloji xüsusiyyətlərinə müvafiq saxlanması;

-Dərman vasitələrinin dövlət qeydiyyatına alınmasına və Azərbaycan Respublikasında istifadəsinə icazə verilməsi;

-Dərman vasitəsinin sertifikatlaşdırılması;

-Qablaşmasının və markalanmasının uyğunluğu;

-Keyfiyyəti şübhə doğuran dərman vasitələrinin olmaması;

-Saxta dərman vasitələrinin olmaması;

-Yararlılıq müddəti bitmiş dərman vasitələrinin olmamasına;

-İşçi personalın müvafiq ixtisasa malik olmasını təsdiqləyən sənədlərin qadasında olması;

-Obyektdəki avadanlıqların işlək vəziyyətdə olması.

Yoxlama zamanı obyektdə yararlılıq sertifikatı, qeydiyyat vəsiqəsi olmayan, Azərbaycan Respublikası ərazisinə idxalına, saxlanmasına, realizə edilməsinə və istifadəsinə icazə verilməyən, yararlılıq müddəti bitmiş, keyfiyyəti şübhə doğuran, saxta dərman vasitələri aşkarlanarsa müvafiq qaydada aktlaşdırılaraq müsadirə edilir.

Yoxlamanın nəticəsi olaraq tərtib olunmuş aktda aşağıdakı məlumatlar qeyd olunur:

-obyekt barədə ümümi məlumatlar(adı, ünvanı, əczaçılıq fəaliyyıti üçün verilmiş lisenziyanin nömrəsi, VÖEN nömrəsi, obyektin rəhbərinin adı, soyadı, atasının adı);

-dərman vasitələrinin təhlükəsizliyi, effektivliyi və keyfiyyətinin təmin edilməsi üçün şərait;

-əczaçılıq fəaliyyəti göstərən obyektin yerləşməsi, otaqların sayı və sahəsi;

-dərman vasitələrinin lazımi şəraitdə saxlanması tələblərinin yerinə yetirilməsi;

-texniki vasitələr, avadanlıq və mebellə təchiz oluması;

-dərman vasitələrinin keyfiyyətinə nəzarətin təşkili;

-personalın ixtisasının olub-olmaması;

-dərman vasıtələrinin alınması, saxlanması və buraxılması qaydalarına riayət olunması;

-dərman vasitələrinin keyfiyyətinin təmin edilməsi məqsədilə daxili yoxlamaların keçirilməsi

-aşkar edilən nöqsanların aradan qaldırılması məqsədilə verilmış tapşırıqların nəticələri.

Nöqsanlar müəyyən edildikdən sonra əczaçılıq inspektorları aşağıdakı tədbirləri gərmək hüququna malikdirlər:

-Inzibati xəta haqqında məcəlləyə uyğun olaraq aşkarlanan pozuntular barədə protokollar tərtib edərək qanunvericiliklə nəzərdə tutulan müddət ərzində qərar vermək hüququna malik dövlət orqanına göndərmək.

-Lisenziyalaşdırma haqqında qanunvericiliyin pozulması pozulması faktları barədə materialları səlahiyyətli orqanlara göndərmək.

-Lisenziya vermiş orqanın qarşısında lisenziyanın fəaliyyətinin dayandırılması və ya ləğv edilməsi haqqında məsələlər qaldırmaq.

Yoxlama nəticələrinə müvafiq olaraq aşkarlanan nöqsanların aradan qaldırılması məqsədilə əczaşılıq inspektorları tərəfindən iki nüsxədən ibarət göstərişlər hazırlanır. Bir nüsxə inspektorda saxlanılır, digəri isə obyektin rəhbərinə və ya onu əvəz edən səlahiyyətli şəxsə təqdim olunur.

Aşkar edilən nöqsanlar göstərişdə qeyd olunan vaxtda aradan qaldırılmalı və nəticələri barədə Mərkəzə yazılı məlumat verilməlidir.

Həmçinin ölkə ərazisində yerləşən aptek təşkilatlarının proqramlaşdırılmış bazası yaradılmışdır. Həmin bazada apteklərin ilk yoxlama zamanı çəkilən fotoşəkilləri, işçi prsonalın ixtisasları barədə və obyektə aid zəruri məlumatlar yerləşdirilmişdir.

Nətcələr: 1)Azərbaycan Respublikasında əczaçılıq sektoru inkişaf edir və onun tənzimlənməsi dəvlət tərəfindən həyata keçirilir. Müasir əczaçılığın inkişafında bəzi innovativ siyasətin aspektləri təhlil edilmişdir. Nəticələrdən məlum olmuşdur ki, ölkəmizdə əczaçılıq sektorunda beynəlxalq tələblərə müvafiq təkmilləşmə və yeniləşmə mövcuddur: normativ-hüquqi və qanunvericilik bazası kökündən

dəyişmişdir. 2) Beynəlxalq standartlara cavab verən milli nəzarətçi orqan- Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin nəzdində Dərman Vasitələrinin Analitik Ekspertiza Mərkəzi yaradılmişdir ki, o da tələb olunan səviyyədə öz işlərini yerinə yetirir. Hal- hazırda ölkəmizdə dərman vasitələrinin keyfiyyətinə nəzarət (inspeksiya-müfəttişlik) yaradılmiş, aptek müəssisələrində və təşkilatlarında ardıcıl olaraq yoxlamalar həyata keçirilmişdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Azərbaycan Respublikasının Konstitusiyası, Bakı 12 noyabr 1995, s. 22
2. Vəliyeva M.N., Cabbarova Ş.A. Əczaçılığın idarəolunması və iqtisadiyyatı. Bakı, 2013, 736 s
3. Vəliyeva M.N., Atakişizadə S.A. Azərbaycanda əczaşılıq və tibb təchizatında innovasion yanaşmalar// Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, 2014, №4
4. Шафиева П.А. Изучение ассортимента зарегистрированных лекарственных средств в Азербайджанской республике // Азерб. фармац. и фармакотерапевт. журнал, 2010, №1, с.33-38
5. Vəliyeva M.N., Abdullazadə Ə.A., Əzizbəyov P.X. Ölkəmizdə Əczaçılıq fəaliyyətinə dövlət nəzarətinin təşkili // Azərbaycan əczaçılığı və farmakoterapiya jurnalı, 2012, No5, s.5-10
6. Vəliyeva M.N., Abdullazadə Ə.A., Əzizbəyov P.X. Saxta dərmanların qarşısının alınmasında hüquqi əsasların öyrənilməsi //Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, 2012, No 2, s.72-76

Резюме

Некоторые аспекты инновационной политики современной фармации

С.А.Атакишизаде, В.К.Абилова, А.Х.Алиева, М.Н.Велиева

В научной статье приводятся сведения касательно усовершенствования и развития инновационной лекарственной политики страны. Отдельно обсуждаются вопросы охраны здоровья населения а также контроль качества лекарств. Конкретизируются пути повышения контроля качества лекарств с учетом современных требований инновационной лекарственной политики страны, а именно, требований Центра Аналитической Экспертизы Лекарственных Средств Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики.

Summary

The some aspects of innovation politics of pharmacy

S.A.Atakichizade, A.K.Abilova, A.Ch. Aliyeva, M.N.Veliyeva

There is information about the ways of improvement and development of innovation drug politics of our country in the article. The same time are considered the issues of health satiety of population, and drug provision and quality control of drugs. There is identifies ways to improve the quality control taking into accout modern requirements of innovation politics of our country, namely the requirements of the Centre's of analytical expertise medicinal products of the Ministry of health of Azerbaijan republic.

Daxil olub: 02.10.2014

ПРИМЕНЕНИЕ КАЛЬКУЛЯТОРА РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Я.З.Курбанов, Н.В.Зейналова, В.А.Мирзазаде

Азербайджанский медицинский университет, кафедра терапевтической и педиатрической пропедевтики, г.Баку

Açar sözlər: ürək-damar ölümü riski, sayğac, metabolik sindrom

Ключевые слова: риск сердечно-сосудистой смерти, калькулятор, метаболический синдром

Keywords: risk of cardiovascular death, calculator, metabolic syndrome

Сахарный диабет характеризуется высокой частотой случаев дислипидемии и артериальной гипертензии [1]. Риск сердечно-сосудистых заболеваний при сахарном диабете повышен в 2-4 раза [2,3] и являются главной причиной смерти больных сахарным диабетом [4,5].

Сахарный диабет часто является компонентом метаболического синдрома [6,7], «вклад» которого, по данным Ford E.S. в смертность от всех причин составляет 6-7%, в смертность от сердечно-сосудистых заболеваний 12-17% и в смертность от диабета 30-52% [8].

В связи с выше зложенным становится ясно, что определение риска сердечно-сосудистой смерти больного, в том числе больного сахарным диабетом, становится для лечащего врача насущной необходимостью.

Целью данной работы было представить возможность применения интернета для определения риска сердечно-сосудистой смерти с помощью калькулятора, разработанного на основе Фремингемской шкалы риска (Framingem Risk Score) [9].

На рис. 1 представлен имеющийся на сайте http://integrate. ccretherapeutics.org.au /Calculator/ Fram91.aspx калькулятор риска.

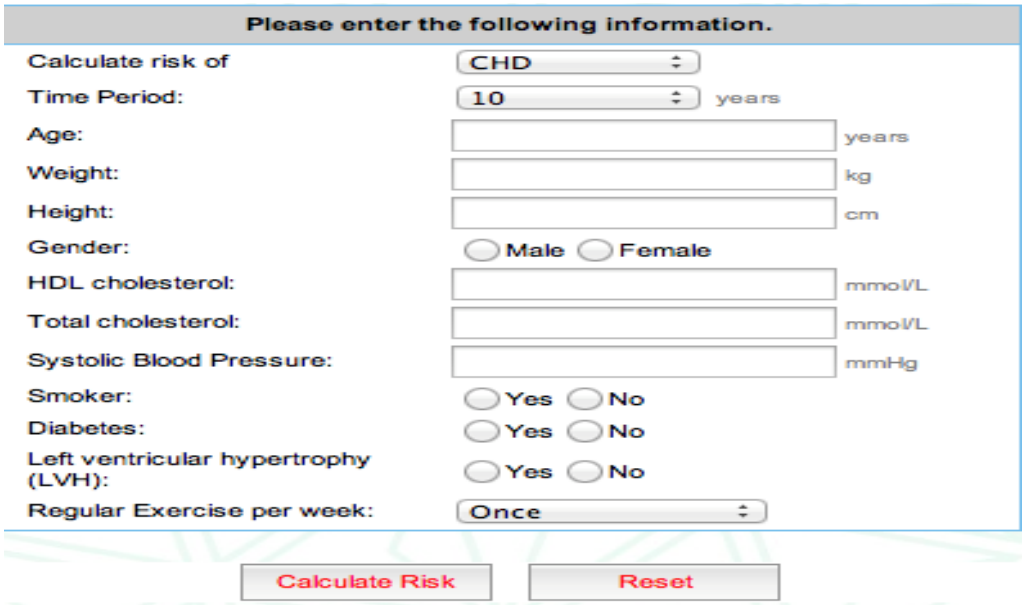


Рис. 1. Калькулятор риска, основанный на Фремингемской шкале риска. [9]

Для того, чтобы оценить риск, имеющийся у больного необходимо, прежде всего, выбрать какой именно риск мы хотим оценить.

Как видно из рис. 2, калькулятор позволяет оценить следующие риски:

- Риск развития коронарной болезни сердца;
- Риск развития инфаркта миокарда;
- Риск развития коронарной смерти;
- Риск развития инсульта;
- Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний;
- Риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний

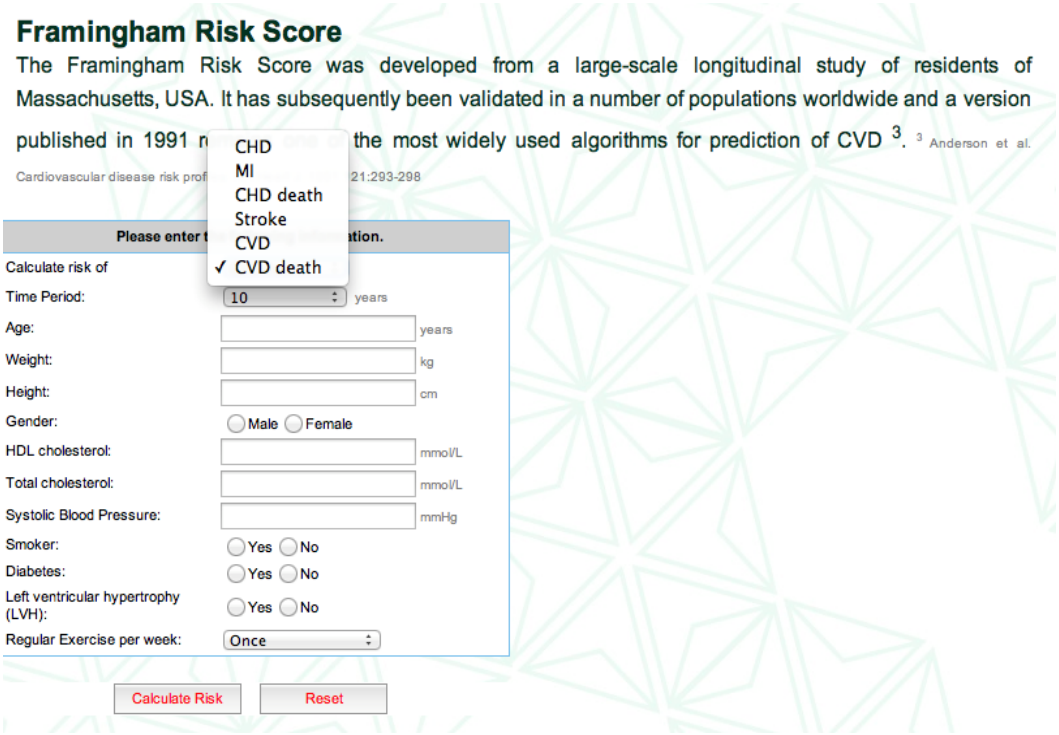


Рис. 2. Выбор вида риска по калькулятору риска, основанный на Фремингемской шкале риска

Затем выбирается период времени, для которого оценивается риск. Выбираем для нашего больного период 10 лет (калькулятором преставлены варианты: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 лет).

На следующем этапе вносятся данные о возрасте, росте, весе, половой принадлежности; уровнях холестерина липопро теидов высокой плотности (ЛПВП), общего холестерина; величины систолического артериального давления, данные о курении (да; нет), данные о наличии сахарного диабета (да; нет); информация о наличии (или отсутствии) гипертрофии левого желудочка; данные о регулярных физических упражнениях (один; два; три; четыре; пять и более раз в неделю).

На рис. 3 представлена занесенная в калькулятор информация о нашем больном: возраст 55 год; рост 175 см; вес 114 кг; мужчина; холестерин ЛПВП- 0,8ммоль/л; общий холестерин- 6,5 ммоль/л; систолическое артериальное давление 160 мм.рт.ст.; курит; страдает сахарным диабетом; по данным ЭКГ имеется гипертрофия левого желудочка; регулярная физическая активность практически отсутствует (один раз в неделю).

Из специфических особенностей внесенных данных следует отметить, что данные уровня холестерина ЛПВП и общего холестерина должны быть внесены с применением точки, а не запятой после целого числа, то есть «0.8», а не «0,8»; «6.5», а не «6,5». В противном случае на дисплее появится информация о том, что данные уровня холестерина ЛПВП и общего холестерина находятся за пределами анализируемых параметров.

После нажатия на кнопку «Подсчитать риск» (“Calculate Risk”) получаем следующую картину, представленную на рис.4.

Как видно из рис. 4, риск смерти у нашего больного чрезвычайно высок и составляет 27,67%.

При этом калькулятор представляет рекомендации по эффективной интервенции:

- назначить терапию для снижения артериального давления;
- прекратить курение;
- назначить липидоснижающую терапию;
- снизить на 5 кг массу тела;
- выполнять физические упражнения хотя бы 3 раза в неделю.

Если мы примем эти предложения и вновь подсчитаем риск (рис. 5), то увидим, что риск снизится до 8,03%.

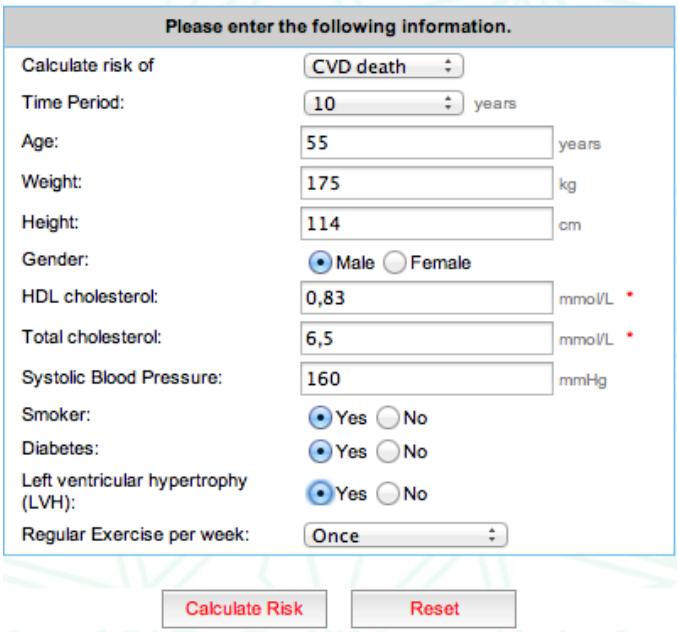


Рис. 3. Вид на дисплее калькулятора риска, основанного на Фрименгемской шкале риска, после внесения информации о больном, для которого необходимо рассчитать 10-летний риск сердечно-сосудистой смерти

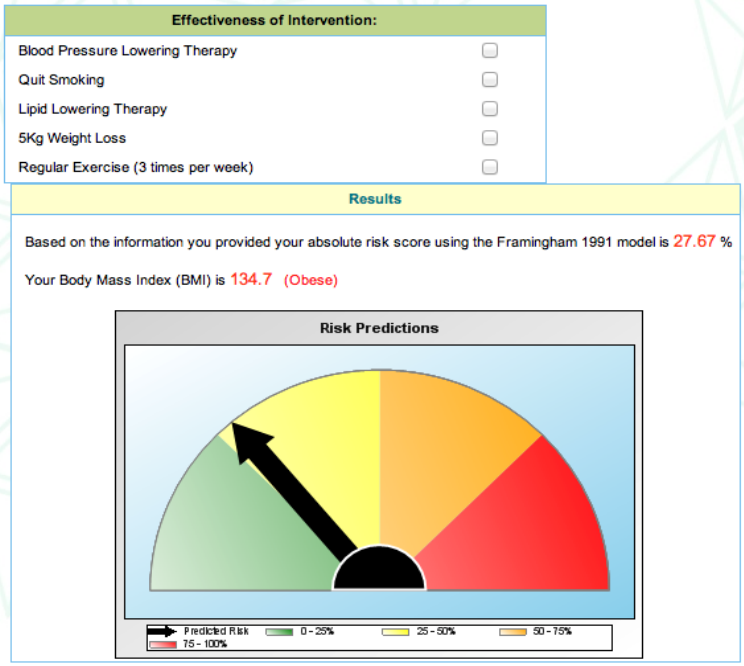


Рис.4. Результаты калькуляции риска сердечно-сосудистой смерти в течение10 лет у обследуемого больного

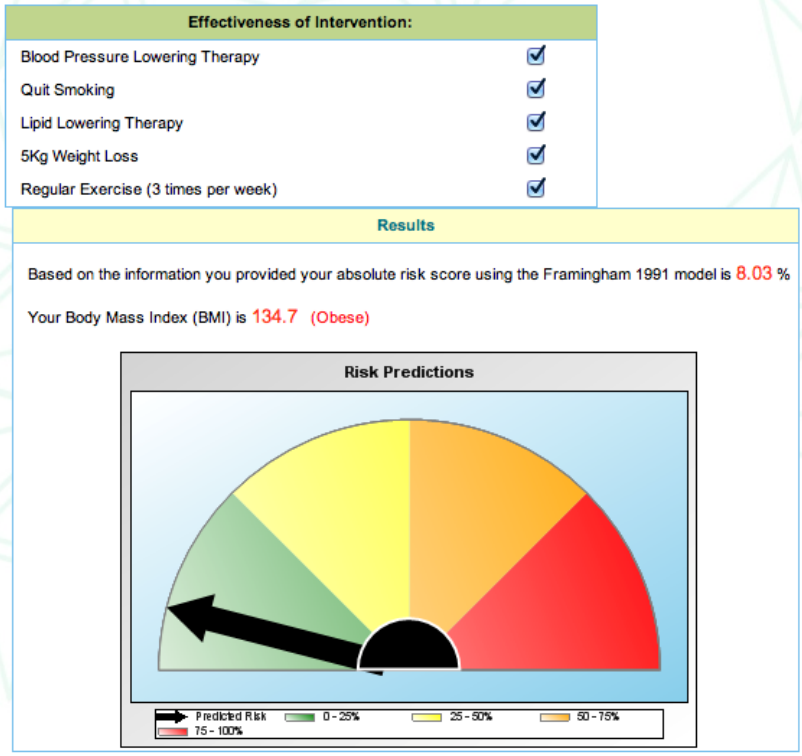


Рис. 5. Снижение риска при принятии предложенных компьютерной программой мер.

Таким образом, представленный калькулятор, который может использоваться каждым врачом совершенно бесплатно, предоставляет две основные и, на наш взгляд, чрезвычайно необходимые в клинической практике возможности: 1.Определить риск сердечно-сосудистой смерти у конкретного больного и таким образом понять насколько интенсивным должно быть наше вмешательство; 2.Демонстративно убедить больного, что усилия по улучшению здоровья способны принести значительный результат.

ЛИТЕРАТУРА

1. Mokdad A.H., Ford E.S., Bowman B.A. et al Prevalence of obesity, diabetes, and obesity-related health risk factors,2001 // JAMA,2003, v.289, p.76-79.
2. Hu F.B., Stampfer M.J., Solomon C.G. et al The impact of diabetes mellitus on mortality from all causes and coronary heart disease in women: 20 years of follow-up // Arch Intern Med., 2001, v.161, p.1717-1723.
3. Fox C.S., Coady S., Sorlie P.D. et al Trends in cardiovascular complications of diabetes / JAMA, 2004, v.292, p.2495-2499.
4. Engelgau M.M., Geiss L.S., Saaddine J.B. et al The evolving diabetes burden in the United States // Ann Intern Med., 2004, v.140, p.945-950.
5. Haffner S.M., Lehto S., Ronnemaa T. et al Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction // N Engl J Med.,1998, v.339, p.229 -234.
6. Чазова И.Е., Мычка В.Б. Метаболический синдром // Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2003, № 3, с. 32-38.
7. Мамедов М.Н. Руководство по диагностике и лечению метаболического синдрома. М.: Мультипринт, 2005.
8. Ford E.S. Risksforall-cause mortality, cardiovascular disease, and diabetes associated with the metabolic syndrome: a summary of the evidence //Diabetes Care, 2005, v.28(7), p.1769-78.
9. CCRE Therapeutics. Framingham Risk Score. http://integrate. Ccretherapeutics. rg.au/ Calculator/Fram91.aspx

Xülasə

Klinik təcrübəyə ürək-damar ölümü riski sayğacının tətbiq edilməsi

Y.Z.Qurbanoz, N.V.Zeynalova, V.A.Mirzəzadə

Elmi tədqiqat işində, "risk kalkulyatoru"vasitəsi ilə ürək-damar ölüm riskinin təyin olunma metodikası təqdim olunmuşdur. Bu metodika Freminqems risk şkalası əsasında tərtib olunmuş və http://integrate.ccretherapeutics.org.au/Calculator/Fram91.aspx saytında göstərilmişdir. Göstərilən kalkulyatorun tətbiq olunması iki əsas məqamın aşkar edilməsini təmin edir: konkret xəstədə ürək-damar ölüm riskinin təyin edilməsi və bununla da müalicənin effektivliyinin intensivləşdirilməsini müəyyən etmək; xəstənin sağlamlığının yaxşılaşdırılmasına yönəldilmiş səylərin əhəmiyyətli dərəcədə nəticə verməsini əyani olaraq xəstəyə inandırmaq.

Summary

Applications calculators risk of cardiovascular death in clinical practice

Y.Z.Kurbanov, N.V.Zeynalova, V.A.Mirzazade

The paper presents a method of determining the risk of cardiovascular death by a risk calculator developed based on Framingham risk scale and available on the website: http://integrate. ccretherapeutics.org.au/Calculator/Fram91.aspx Application of this calculator offers two main options: to determine the risk of cardiovascular death in individual patients and thus to understand how intense should be our intervention; demonstratively convince the patient that efforts to improve health can bring significant results.

Daxil olub: 17.09.2014

İDMANÇI QADINLARDA DİŞLƏRİN SƏRT TOXUMALARININ VƏZİYYƏTİNİN VƏ AĞIZ SULARINDA MİKROELEMENTLƏRİN TƏRKİBİNİN ÖYRƏNİLMƏSİ

Ş.Ə. Məmmədova, C.Q.Hacıyev

Azərbaycan Tibb Universiteti, terapevtik və ortopedik stomatologiya kafedraları, Bakı

Açar sözlər: idmançı qadınlar, dişlərin sərt toxumaları, ağız suyu, mikroelementlər
Ключевые слова: женщины спортсмены, твердые ткани зубов, микроэлементы
Keywords: women athletes, hard tooth tissue, trace elements

İdmançı qadınlar fiziki və psixo-emosianal həyat tərzi keçirən sosial qrupa da aid olunurlar. Fiziki və psixo-emsional gərginlik zamanı orqanizmin yaşından, həyat tərzindən və genetik xüsusiyyətlərindən asılı olaraq müxtəlif xəstəliklər və çatışmazlıqlar inkişaf edə bilər. Onlar müxtəlif yarışlarda fiziki və psixo-emosial travmalara məruz qalırlar. İdmançıların bədənindəki fizioloji və biokimyəvi proseslər daha intensiv xarakter daşıyır və onların orqanizmi yaranmış qeyri-adekvat halları bərpa etməyə imkan tapmır. Bu hal uzun müddət davam edərsə proseslər fizioloji məcradan çıxaraq, patoloji xarakter daşımağa başlayır, qusurlu dövranlar baş verir [1,2,3]. Onların əzələ və digər yumşaq toxumalarında baş verən oksidləşmə prosesləri intensiv olduğundan süd turşusunun yaranması da intensiv yaranır. Qeyd olunan və digər mübadilə pozulmaları, psixo-emosianal gərginlik idmançılarda bütün orqanizmdəki problemlərlə bərabər ağız boşluğu selikli qişasında da dəyişikliklərə səbəb olur, ağız boşluu selikli qişası və parodont toxumalarındakı dəyişikliklər isə öz növbəsində dişin sərt toxumalarının xəstəliklərinə səbəb olur. Dişin sərt toxumalarının əsas patologiyası kariesdir.

Karies-dişin bərk toxumalarının proqressiv demineralizasiyası,yumşalması və destruksiyası nəticəsində boşluq şəklində defektin əmələ gəlməsi ilə xarakterizə olunan patoloji prosesə deyilir. Karies ən geniş yayılmış patologiyalardan hesab olunur. Dünya əhalisinin təxminən 80%-ində bu patologiya müşahidə olunur. Karies insanda ən çox birinci böyük azı dişlərində,sonra ikinci böyük azı dişlərində,daha sonra isə kiçik azı dişlərində və kəsici dişlərdə inkişaf edir. Köpək dişlərinin kariesinə az təsadüf olunur. Karies haqqında dünya alimləri son illərdə daha mükəmməl etioloji nəzəriyyələr təklif etmişlər.Ümumiyyətlə kariesin yaranması və

inkişaf etməsi üçün aşağıdakı şərtlər və onların təsiri üçün müəyyən zaman müddəti lazımdır.

1.Kariesə qarşı rezistentliyin aşağı olması.

2.Diş üzərində qida qalıqlarının(xüsusən də aşağımolekullu karbohidrat tərkibli) ilişib diş çöküntüləri şəklində fissurlarda,kor çuxurlarda və diş aralarında qalması.

3.Kariesogen mikrofloranın mövcudluğu.

Kariesə qarşı rezistentlik dişlərin sərt toxumalarındakı hidroksiapatitlərin molekulyar quruluşu,diş toxumalarının quruluşu,dişin özünün anatomik quruluşu,diş-çənə sisteminin funksional quruluşu,ümumi orqanizmin quruluşu,qrup və populyasiya mənsubiyyəti səviyyəsində olur. Bunların hər hansı birinin və yaxud bir neçəsinin aşağı olması karies üçün şərait hesab olunur.

Dişlərin sərt toxumalarındakı hidroksi apatitlərin quruluşu səviyyəsində kariesə qarşı rezistentliyin aşağı olması, əsasən minadakı hidroksiapatitlərin qeyri-düzgün tərkibdə olması, yəni tərkiblərindəki mikroelementlərin tam olmaması və dişlərin inkişafı prosesində onların tam minerallaşmaması ilə müəyyən olunur.

Ağız suyundakı Ca və P sərt toxumalardakı minerallaşmanın, ağız suyunun pH-ı isə onun mühitinin və sərt toxumaların minerallaşması və demineralləşməsi arasındakı balansın göstəricisidir [4,5].

Tədqiqatın məqsədi: İdmançı qadınlarda dişlərin sərt toxumalarının vəziyyətinin və ağız sularında mikroelementlərin tərkibinin müqayisəli öyrənilməsi.

Tədqiqatın material və metodları. Bu məqsədlə ilk olraraq, tərəfimizdən yaşı 15-21 arasında olan 150 nəfər idmançı gənc qadınlar, yaşı 22-28 arası olan 200 nəfər yetkin idmançı qadınlar və 200 nəfər könüllü olaraq, müayinələrə razılıq vermiş adi həyat tərzi keçirən qadınlar KPÇ indeksi (onun komponentləri də) və kariesin yayılmasına görə müayinə olunmuşlar. Kariesin yayılmasını müəyyənləşdirmək məqsədilə kariesli dişlərin sayından asılı olmayaraq karies boşluğu olan şəxslərin sayı, ümumi müayinə olunanların sayına bölünərək 100%-ə vurulur. Bu göstəriciyə həm müalicə olunmuş, həm olunmamış və səbəbindən asılı olmayaraq çəkilmiş dişlər daxildir. KPÇ indeksi isə, xatırladaq ki, hər bir şəxsdə (K) kariesli, (P) plomblu və (Ç) çıxarlmış dişlərin cəmidir. 200 nəfər idmançı qadın müayinələrə cəlb olunmuş və onlarda sağlam parodont toxumalarının olması, diş ətlərindən qanaxma, diş daşlarının mövcudluğu və parodontal ciblərin 4 - 5 mm (orta parodontit) və 6 mm-dən dərin (ağır parodontit) formaların rast gəlinməsi faiz və sekstantlar üzrə müəyyənləşdirilmiş və müayinə olunanlarda gigiyenik tədbirlərə, parodontal müalicə tədbirlərinə diş daşlarının təmizlənməsinə və kompleks müalicə tədbirlərinə ehtiyac dərəcəsi CPITN indeksinə əsasən müəyyənləşdirilmişdir.

Tədqiqatın II mərhələsində isə 20 nəfər yaşı 15-21 arası, eyni sayda yaşı 22-28 arası və eyni sayda adi həyat tərzi keçirən qadınlardan ağız suyu nümunələri götürülərək ATU-nun Biokimyəvi laboratoriyasına göndərilmiş və uyğun mütəxəsislərə kalsium (Ca) və fosfor (P) kimi mikroelementlərin miqdarını mol/l-lə hesablamaq tapşırılmışdır. Alınmış ədədi verilənlər müasir tələbləri nəzərə almaqla statistik metodlarla işlənmişdir. Qrup göstəriciləri üçün orta qiymətlər (M), onların standart xətası (m), sıraların minimal (min) və maksimal (max) qiymətləri, həmçinin qruplarda keyfiyyət göstəricilərinin rastgəlmə tezliyi müəyyən edilmişdir. Qeyd edək ki, tədqiqat işi zamanı alınan nəticələrin statistik işlənməsi Statistica 7.0 tətbiqi kompüter proqramı ilə aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi: Tədqiqat nəticəsində ilk mərhələdə sərt toxumaların vəziyyətini əks etdirən, kariesin yayılması, intensivliyi və KPÇ indeksi üzrə hesablamalar zamanı yaşı 15-21 arasında tərəddüd edən 150 nəfər şərti gənc qadınlar qrupunda kariesin yayılması 83,3±3,04% təşkil etmişdir. Bu qrupda hər şəxs üçün orta karies intensivliyi (KPÇ) 4,59±0,14 olmuşdur. KPÇ nin komponentləri isə karies orta hesabla 3,46±0,16, plomblanmış diş 0,72±0,08 və çıxarılmış dişlər isə orta hesabla 0,41±0,08 olmuşdur (Cədvəl 1).

Yaşı 22-28 arasında tərəddüd edən 200 nəfərdən ibarət olan və tərəfimizdən tədqiqatda şərti olaraq, yetkin idmançı qadınlar qrupu kimi xarakterizə olunan qrupda isə dişin sərt toxumalarının vəziyyətini KPÇ indeksi ilə qiymətləndirərkə isə qrup üzrə kariesin yayılması 91,0±2,02% təşkil etmiş, kariesin intensivliyini xarakterizə edən indeksin göstəricisi isə 5,12±0,14 müəyyənləşmişdir. Bu qrupda KPÇ indeksinin elementlərinin göstəriciləri K-3,83± 0,12, P-0,71±0,07 və Ç-0,58±0,07 hesablanmışdır.

Cədvəl 1

İdmançı qadınların dişlərinin sərt toxumalarının vəziyyətinin KPÇ indeksinə əsasən müqayisəli öyrənilməsi və kariesin yayılmasının xüsusiyyətləri

Qruplar	Müayinə olunanların sayı	Kariesin yayılması	1 müayinədə kariesin intensivliyinin orta göstəricisi	KPÇ indeksinin elementlərinin göstəriciləri		
				K	P	Ç
Yaşı 15-21 arasında olan idmançı qadınlar	150	83,3±3,04	4,59±0,14 **	3,46±0,16 **	0,72±0,08	0,41±0,08 *
Yaşı 22-28 arası olan yetkin idmançı qadınlar	200	91,0±2,02	5,12±0,14 **	3,83±0,12 **	0,71±0,07	0,58±0,07 **
Adi həyat tərzi keçirən idmanla məşğul olmayan qadınlar	200	75,0±3,06	3,78±0,16	2,68±0,13	0,86±0,09	0,24±0,05

Qeyd: K- ağırlaşmamış karies, P –plomblanmış diş, Ç –çıxarılmış diş, * - p<0,05, ** - p<0,001 qruplaraarası dürüstlük

Müqayisə üçün müayinələrə könüllü olaraq razılıq vermiş 200 nəfərdən ibarət adi həyat tərzi keçirən, idmanla məşğul olmayan qadınlar qrupunda isə kariesin yayılması 75,0±3,06% təşkil etmişdir ki, bu da hər iki idmanla məşğul olan qadınlar qrupunun eyni göstəricisindən yüksəkdir. KPÇ indeksinin göstəricisi, kariesin intensvliyi isə K -2,68±0,13, P -0,86±0,09 və Ç -0,24±0,05 olmaqla ümumilikdə 3,78±0,16 müəyyənləşdirilmişdir. KPÇ indeksi üzrə hesablamalar daha uzun müddət idmanla məşğul olan qadınlar arasında kariesin daha çox yayılmasının və intensivliyinin yüksək olmasını göstərir. İdmançı qadınların bütün orqan və sistemlərində olduğu kimi ağız boşluğunda da yerli antioksidant və immun sistemi zəifləyə bilər ki, bu da kariesogen mikrofloranın baş qaldırmasına səbəb ola bilər. Diş ərpinin və diş daşlarının daxilində,üzərində,diş səthi ilə qonşu təbəqələində mikroorqanizmlər yapışmış vəziyyətdə olur. Bu mikroorqanizmlər diş çöküntülərinin tərkibindəki monosaxarid və disaxaridləri həyat fəaliyyətləriüçün istifadə edirlər və özlərində süd turşusu və digər üzvi turşular ifraz edirlər.

Cədvəl 2

İdmançı və adi həyat tərzi keçirən qadınların ağız suyu nümunələrində mikroelementllərin miqdarının müqayisəsi

Yaş qrupları	Müayinə olunanların sayı	Mikroelementlər	
		Ca (mkmol/l)	P (mkmol/l)
Yaşı 15-21 arası	20	0,91±0,012	2,90±0,011
Yaşı 22-28 arası	20	0,78±0,006	2,74±0,008
Adi həyat tərzi keçirən qadınlar	20	1,12±0,013	3,10±0,012

Diş ərpindəki monosaxarid və disaxaridlər əsasən ağız suyunun tərkibindəki amilaza fermentinin polisaxaridləri parçalaması nəticəsində yaranırlar.Bakteriyaların ifraz etdiyi süd turşusu və digər üzvi turşular diş minası səthini lokal olaraq demineralləşdirir yəni Ca2+ və digər ionları özündə həll edərək mina toxumasından çıxarır Ona görə də karbohidrat tərkibli qidaların az qəbulu kariesin yaranma ehtimalını azaldır. Çünki, bu zaman bakteriyalar özlərinin bölünərək çoxalması və həyat fəaliyyəti üçün monosaxarid və disaxaridlərin miqdarı da uyğun olaraq azalır. Ümumiyyətlə diş ərpinin altında diş səthində pH~5.5 dən aşağı olanda dişin sərt toxumalarının demineralləşməsi üçün yaxşı şərait yaranır. Ümumi orqanizmin quruluşu səviyyəsində kariesə qarşı rezistentliyin aşağı olması tüpürcək vəzilərinin funksional vəziyyətinin patologiyası nəticəsində tüpürcəyin qatılaşması,ağız boşluğunun yerli immunitetinin aşağı olması,psixoloji vəziyyətin pis olması və s. ilə müəyyən olunur. Tədqiqatın II mərhələsində isə yaşı 15-21 arasında olan 20 nəfər idmançı qadınlar qrupundan götürdüyümüz ağız suyu nümunələrində Ca^{2+} mikroelementinin miqdarı 0,91±0,012 mkmol/l, eyni sayda olan ancaq yaşı 22-28 arasında tərəddüd edən qrupda 0,78±0,006 mkmol/l olmuşdur (cədvəl 2). Ancaq müqayisə üçün müayinələrə könüllü olaraq razılıq vermiş adi həyat tərzi keçirən qadınlar qrupunda isə bu

mikroelementin ağız suyu nümunələrində orta miqdarı daha yüksək 1,12±0,013 mkmol/l olmuşdur. Alınan rəqəmlər idmançıların ağız suyunda vacib mikroelement olan Ca^{2+} ionunun nisbətən aşağı olmasını göstərir ki, bu da onlarda kariesin intensvliyi və yaılması göstəricilərinin yüksək səviyyədə olmasında nisbi rola malikdir.

Yaşı 15-21 arasında olan 20 nəfər idmançı qadınlar qrupundan götürdüyümüz ağız suyu nümunələrində fosfor mikroelementinin miqdarı 2,90±0,011 mkmol/l, eyni sayda olan ancaq yaşı 22-28 arasında tərəddüd edən qrupda 2,74±0,008 mkmol/l olmuşdur. Ancaq müqayisə üçün müayinələrə könüllü olaraq razılıq vermiş adi həyat tərzi keçirən qadınlar qrupunda isə bu mikroelementin ağız suyu nümunələrində orta miqdarı daha yüksək 3,10±0,012 mkmol/l olmuşdur.

Tərəfimizdən şərti olaraq orta yaşlı idmançı qadınlar kimi xarakterizə olunan və 22-25 yaş arası 75 nəfərdən ibarət qrupda isə gigiyenik proseduralara ehtiyac 12,00±3,75% olmasına baxmayaraq, diş daşlarının təmizlənməsinə ehtiyac 69,33±5,32% və kompleks müalicə tədbirlərinə ehtiyac 9,33±3,36% olmaqla ümumilikdə parodontal müalicə tədbirlərinə ehtiyac 78,67±4,73% müəyyənləşdirilmişdir (cədvəl 3). Yaşı 26-29 arasında tərəddüd edən və tərəfimizdən yetkin idmançı qadınlar qrupu kimi xarakterizə olunan 60 nəfərlik qrupda isə gigiyenik tədbirlərə ehtiyac cəmi 6,67±3,22 olsa da, əksər hallarda parodontda vəziyyət artıq gigiyenik tədbirlər mərhələlərini geridə qoyaraq, parodont patologiyalarının inkişafına qədər irəliləmişdir. Belə ki, bu qrupda diş daşlarının təmizlənməsinə ehtiyac 76,67±5,46% və kompleks müalicə tədbirlərinə ehtiyac 11,67±4,14% olmaqla ümumilikdə yaş qrupu üzrə parodontal yardıma ehtiyac 88,33±4,14% təşkil etmişdir.

Cədvəl 3

CPITN indeksinə əsasən müxtəlif yaş qrupuna mənsub idmançı qadınlarda müalicə tədbirlərinə ehtiyac dərəcəsi

Yaş qrupları	Müayinə olunanların sayı	Gigiyenik tədbirlərə ehtiyac	Parodontal yardıma ehtiyac	O cümlədən	
				Diş daşlarının təmizlənməsi	Kompleks müalicə tədbirləri
18 – 21	65	21,54±5,10	63,08±5,99	63,08±5,99	-
22 – 25	75	12,00±3,75	78,67±4,73	69,33±5,32	9,33±3,36
26 – 29	60	6,67±3,22	88,33±4,14	76,67±5,46	11,67±4,14
Ümumi	200	13,50±2,42	76,50±3,00	69,50±3,26	7,00±1,80

Ümumilikdə hər 3 yaş qrupuna mənsub olan bütün idmançı qadınların ümumi CPITN indekslərinə əsasən göstəricilərini hesablasaq, 200 idmançıda gigiyenik tədbirlərə ehtiyac dərəcəsi 13,50±2,42% aşkarlanmışdır. Diş daşlarının təmizlənməsinə ehtiyac 69,50±3,26% və kompleksşəkilli müalicə tədbirlərinə ehtiyac 7,00±1,80% olmaqla, ümumiləşmiş parodontal yardıma ehtiyac 76,50±3,00% təşkil etmişdir. Tədqiqatda əldə olunan ədədi göstəricilər idmançı qadınlar arasında parodontal yardıma ehtiyacın yüksək səviyyədə olduğunu göstərir. Yaş qrupları üzrə hesablamalrın nəticələri isə yuxarı yaş qrupuna daxil edilmiş qadın idmançılarda parodontal yardıma ehtiyacın daha yüksək olduğunu göstərir ki, bu da onların daha uzun müddətdir ki, intensiv məşq və yarışların fiziki və emosional gərginliyinə məruz qaldıqlarının nəticəsidir. Ümumiyyətlər hrə hansıbir qrup müayinə olunmuş şəxslərdə parodontal müalicə tədbirlərinə ehtiyac 80%-dən yüksəkdirsə həyəcan təbili çalınmalıdır və həmin qrupdakı şəxslərin ağız boşluqlarına operativ müdaxilə olunmalıdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Меерсон Ф.З., Капелько В.И. Современные представления о механизмах сокращения и расслабления сердечной мышцы // Успехи физиологических наук, 2006, №2, с.21-41.

2. Соколова Н.И., Люгайло С.С. Миогимнастические упражнения в комплексной системе превентивной реабилитации спортсменов / Спортивная медицина, лечебная физкультура и валеология. Материалы 12 научно-практической конференции. Одесса, 2006, с.224-229.

3. Гребняк В.П. Проблемы функционального контроля при подготовке спортсменов // Теория и практика физического воспитания, 2005, №3, с.141-144.

4. Mochida N., Umeda T., Yamamoto Y. The main neutrophil and neutrophil-related functions may compensate for each other following exercisea finding from training in university judoists // Luminescence, 2007, v. 22, № 1, p. 20-28.

5. 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.

Резюме

Оценка микроэлементного состава ротовой жидкости и состояния твердых тканей зубов у спортсменок

Ш.А. Мамедова, Д.Н.Гаджиев

Результаты исследований показали высокую потребность спортсменок в пародонтологической помощи. Полученные данные выявили низкое содержание Са в слюне, что является очень часто причиной высокого уровня распространенности и интенсивности кариеса. Снижение резистентности к кариесу у профессиональных спортсменок вызвано функциональными нарушениями в слюнных железах, снижением иммунитета полости рта, психика - эмоциональными нарушениями.

Summary

Evaluation of microelement composition of oral fluid and the state of dental hard tissues in athletes

Sh.A. Mamedova, D.N.Hajiyev

The results showed a high demand of athletes in periodontal care. The data obtained revealed a low Ca content in the saliva, which is very often the cause of the high level of the intensity and prevalence of dental caries. Reduced resistance to decay at the professional athletes is caused by functional impairment in the salivary glands, decreased immunity of the oral cavity, the psyche - emotional disorders.

Daxil olub: 24.09.2014

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НЕВРИТОМ ЛИЦЕВОГО НЕРВА В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Н.Д.Керимов

Азербайджанский медицинский университет, кафедра «Семейной медицины», г. Баку

Açar sözlər: iynəbatırma, dağlama
Ключевые слова: иглоукалывание, прижигание
Key words: acupuncture, moxibustion

Иглоукалывание- это общепризнанный метод лечения, применяющийся при лечении неврита лицевого нерва наряду с другими нелекарственными и лекарственными способами терапии [2,6,7].

Китайская медицина объясняет это состояние как действие Ветра и Холода. Последние являются внешними факторами, которые поражают каналы, препятствующие прохождению энергии и крови через сосуды и мышцы лица.

Следует отметить, что отличительной особенностью этого метода является то, что оно фактически способствует прохождению энергии и крови через каналы лица.

Официальная статистика свидетельствует, что заболеваемость невритом лицевого нерва (называемая ранее также параличом Белла) довольно высока. Последние данные таковы: 25 случаев на 100 тыс. населения в год [4]. Это довольно высокий показатель заболеваемости среди населения.

Симптоматика этой болезни такова: заболевание начинается с болей позади уха, затем появляется онемение в средней и нижней части лица, снижение слезоотделения, нарушение вкуса (передних 2/3 языка). Обычно, таким больным врачи-невропатологи назначают кортикостероиды, а именно: преднизолон по 60 мг/сутки внутрь в течение 5 суток с постепенной отменой в течение 7-10 суток. При этом следует отметить побочные действия этого препарата, т.е. различные осложнения преднизолона выражаются: в кровотечении, увеличении оволосении на лице, увеличении потливости, слабости и др.

К вышесказанному следует добавить и влияние климатических особенностей того или иного континента, региона и конкретной местности. Так, г. Баку отличается резко континентальным климатом. Здесь часто дуют сильные холодные ветры, которые способствуют повышению риска этого заболевания.

Безусловно также и то, что основным фактором, способствующим этому заболеванию, является снижение общего иммунитета человеческого организма.

При лечении важное значение имеет своевременность обращения пациента к врачу. Если больной вовремя обратился к врачу-*иглотерапевту*, то он может его вылечить в течение 10-30 дней. На практике же обычно больные этого профиля по незнанию обращаются к врачу-невропатологу. Лишь затем, по рекомендации невропатолога, когда болезнь переходит в запущенную форму, больной направляется к врачу-иглотерапевту. То есть упускается драгоценное время для активного лечения методом иглоукалывания. В итоге это приводит к искажению мимики лица, на пораженной стороне глаз не закрывается, больной не может открыть рот и показать зубы, у него *обездвиживается* бровь и т.д.

При возникновении таких осложнений, по нашему мнению нужно действовать не только методом иглоукалывания, но и проводить прижигание, а также медикаментозное лечение: прозерин 1 мл под кожу в течение 10 дней, а также витамин В 1, который вводится в определенные акупунктурные точки по 2-3 капли.

Целью настоящего исследования было изучение эффективности метода иглоукалывания у больных с невритом лицевого нерва.

Материалы и методы исследования. Клинический материал представлен 40 больными (25 женщин, 15 мужчин) с диагнозом неврит лицевого нерва, получившими лечение на кафедре «Семейной медицины» Азербайджанского Медицинского Университета на базе поликлиник №/№ 2, 5, 37 г. Баку с 1992 по 2014 гг. В число обследованных входили как больные с первичной, так и осложненной формой заболевания.

Для лечения неврита лицевого нерва мы проводили курсы иглоукалывания в специальные акупунктурные точки.

Были использованы следующие точки акупунктура: главные точки: GB. 20 (фенчи), GB-14 (янбай), S-4 (Дицан), S-2 (Сыбай) и Li-4 (Хегу); дополнительные точки: Gv-26 (женьчжун), M- HN-18 (Цзяченцзян), M-HN-(Тайян), S-7 (Сячуань), S-36 (Цзусан ли), S-44 (Нейтин), Li – 19 (Хеляо).

После иглоукалывания проводилось раздражение пучком игл (Мейхуаджен) в следующие акупунктурные точки: S-4 (Дицан), Li-19 (Хеляо), M-HN-18 (Цзяченцзян), S-6 (Цзяче), S-7 (Сячуань), GB-14 (Янбай), S-2 (Сыбай), TB-17 (Ифон), M-HN-9 (Тайян)

Если все это не помогало, мы использовали электрическую акупунктуру в следующие акупунктурные точки: TB-17 (Ифон), N-HN - 9 (Тинлин), S-4 (Дицан), S-6 (Цзяче).

Конечным и приятным итогом лечения было то, что больные полностью выздоравливали. Конкретно это выражалось в том, что полностью восстанавливалась мимика лица, движение брови и глаза, восстановление угла рта и т.д.

Иглы оставлялись на теле в основном в течение 30 минут методом возбуждения через каждые 5 минут.

Потом иглы снимались. Во время сеанса соблюдались все законы асептики и антисептики и использовались индивидуальные иглы.

Метод иглоукалывания состоит из лечения иглами, с помощью которых можно воздействовать на биологически активные точки, находящиеся на теле (корпоральные точки), а также на микросистемы организма (голова, ухо, ладонь, стопа и др.).

Одним из главных теорий объясняющих механизм действия иглоукалывания, является теория электромагнитного поля. Игла является проводником внешнего электромагнитного поля, согласно которой его энергия воздействует на ту или иную систему или орган. У организма в целом и у каждого органа есть свое электромагнитное поле. Действием иглы на биологически активные точки нормализуется электромагнитное поле.

Дополнительно следует отметить, что если болезнь затянулась больше недели, то наряду с иглоукалыванием применяли метод прижигания на точки Цзяче и дицан

В медицинской практике Китая прижигание, то есть моксотерапия, часто используется наравне с иглоукалыванием, а

иногда и отдельно. Для прижигания используют растение чернобыльник – особый сорт полыни [1,3,5].

Когда ученые сравнили инфракрасное излучение при горении чернобыльника и при горении других трав, то оказалось, что спектр излучения именно этого вида полыни совпадает с электромагнитным излучением человека. Вот почему это растение обладает таким мощным целебным действием.

Для этого полынь особым образом высушивают, скручивают из него тонкие сигарки и поджигают, чтобы воздействовать на активные точки тела. При одновременном воздействии иглы и тепла, идущего от полыни, обычно добиваются двойного эффекта.

При этом также следует подчеркнуть, что в составе полыни находится эфирное масло – хамазулен, который проникает через кожу и воздействует на весь организм вплоть до костей. Это в свою очередь дает дополнительный эффект при лечении. Суть методики- направленное воздействие на биологически активные основные точки тела с целью повлиять на распределение энергии в организме и привести его в состояние общей гармонии и равновесия.

В итоге выздоровление наступает не с помощью воздействия извне, а организм сам начинает исправлять возникший сбой [6,7].

Результаты исследования и их обсуждение. Общий курс лечения включал до 30 сеансов с перерывом в 1 неделю или 5 дней через каждые 10 сеансов с применением стальных игл.

Результат считался хорошим, если клинические проявления (искривление угла рта, отсутствие мимики на пораженной стороне и др. последствия) исчезали полностью; удовлетворительным, если клинические проявления значительно стихали, но не исчезали полностью. Результат считался неудовлетворительным, если эффекта от проведенного лечения не было.

Хороший результат был достигнут у 33 человек, которые явились в острый период заболевания, у остальных же шести человек, которые лечились в подострый период, результат был удовлетворительным. И только у одной больной результат был неудовлетворительным, что связано было с поздним обращением к иглотерапевту (таблица).

Таблица

Результаты комплексного лечения неврита лицевого нерва

Всего обследуемых больных (чел)	40	100 %
Хороший результат (чел)	33	82,5 %
Удовлетворительный результат (чел)	6	15,0 %
Неудовлетворительный результат (чел)	1	2,5 %

Выводы: 1. При лечении больных с невритом лицевого нерва большую роль играет своевременность обращения к врачу-иглотерапевту. 2. Полученные результаты дают основание рекомендовать данный комплексный метод больным с невритом лицевого нерва в амбулаторно-поликлинических условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kərimov N.C. Ailə həkiminin təcrübəsində iynəbatırma metodu. Dərs vəsaiti. Bakı 2014, 155 s.
2. Təhməzov R.F. Müasir Şərq təbabəti. Bakı, 2002, 350 s.
3. Salihov M.S., Kərimov N.C. Ailə həkiminin təcrübəsində iynəbatırma metodu // Ailə həkimi jurnalı, 2012, №7, s. 24
4. Грабер М.А., Лантернер М.Л. Руководство по семейной медицине, М.: Бином, 2002, 752 с.
5. Практическое пособие по акупунктуре и прожиганию. Шанхай: Тзин-аya, 1972, 643 с.
6. Восточная медицина. Полный справочник. М.: Эксмо, 2007, 672 с.
7. Иванов В.И. Акупунктура. Новейший справочник. М.: Эксмо, 2006, 448 с.

Xülasə

Üz sinirlərinin nevriti olan xəstələrin ambulator- poliklinik şəraitdə kompleks müalicəsi

N.D. Kərimov

1992-2014-cü illərdə üz sinirinin nevriti xəstəliyi olan 40 xəstədə retrospektiv təhlili aparılmışdır. Üz sinirləri nevriti xəstəliyinin əsas müalicə metodu iynəbatırma metodudur. O, xəstənin iynəbatırma mütəxəssisi olan həkimə vaxtında müraciəti zamanı ən effektiv müallicə metodu hesab edilir. Bizim

tərəfimizdən məsləhət görülmüş üz sinirinin nevriti xəstəliyinin mürəkkəbləşmiş hallarında (xəstəliyin uzun müddət öncə başlayıb müalicə olunmadığı hallarda) kompleks müalicə tətbiq edilməlidir.

Summary

Complex treatment of patients who have facial nerve neuritis in ambulatory polyclinic condition

N.D. Kerimov

It was done retrospective analysis of recommendation on 40 patients who have facial nerve neuritis in 1992-2014. The main treating method of facial nerve neuritis is an acupuncture method. It is regared the most effective treating method when the patient appeal to the physician who is a specialist for acupuncture in time. The complex treatment that is advised by us should be applied in the complicated cases of the disease of facial nerve neuritis (started a long time ago when the disease is not treated).

Daxil olub: 23.10.2014

HAMİLƏLİK ZAMANI BÖYRƏK PATOLOGIYTALARININ KƏSKİNLƏŞMƏSİ

G.İ. Axundova, İ.A.Şamxalova

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri təkmilləşdirmə İnsitutu, Bakı

Açar sözlər: hamiləlik, böyrək patologiyası, qırmızı qurd eşənəyi, sistem Lupus Eritematozus

Ключевые слова: беремнность, патологии почек, красная волчанка, системная Lupus Eritematozus

Keywords: pregnancy, renal disease, systemic lupus erythematosus, systemic Lupus Eritematozus

Sistem Lupus Eritematozus vaxtaşırı kəskinləşən xroniki xəstəlik olub orqanizm autoimmunlaşması fonunda birləşdirici toxumanın quruluşunun pozulması, dərinin, damarların, böyrəyin və digər orqanların zədələnməsi ilə xarakterizə olunan heterogen autoimmun xəstəlikdir. Sistem Lupus Eritemotozus ikinci qrup autoimmun xəstəliyə aiddir. Xəstəliyin rastgəlmə tezliyi cavna qadınlar arasında yüksəkdir [1].

İrsi meyillik fonunda keçirilən RNT-li virus infeksiya və ya gen-qıcıqlandırıcı amillər, o cümlədən, hamiləlik, dərman vasitələrinin qəbulu, hormonal balansda olan dəyişiliklər xəstəliyin resedivdən dominant vəziyyətinə keçməsinə səbəb olur. Sadalanan amillərin təsiri nəticəsində immun sistem zəifləyir, "öz" zülallarını "yad" zülallardan ayırmaq qabiliyyətini qismən də olsa itirir. T-limfositlər zəiflədiyi üçün hüceyrə immuniteti kəskin şəkildə pozulur. Orqanizm tərkibində DNT olan zülallarına qarşı autoantitellər yaranır. Bunlara antinuklear antitellər deyilir. Qan plazmasında aşkar olunan bu immunoqlobulinlərə "Lupus faktor" deyilir. Autoantitellər bütün üzv toxumalara daxil olaraq onların hüceyrələrinin nüvələrindəki DNT-ni parçalayır. Tədricən DNT-ni itirən nüvələrə malik hüceyrələr məhv olur.

Nüvələr kiçik hissəciklərə parçalanır. Parçalanmış qırıntılara hemotoksilin cisimcikləri deyilir. Mikroskopik müayinədə bunların aşkar olunması diaqnostik meyar hesab olunur.

Üzv və toxumalardakı makrofaqlar DNT-ni itirmiş nüvələri, hüceyrələri və ya parçalanmış hissəcikləri faqositoza uğradır. Orqanizm zəiflədiyi üçün lizosom fermentlərinin aktivliyi aşağı düşür və faqositoz natamam olur [1].

Makrofaqların hüceyrə sitoplazmasında qalırlar. Bu makrofaqlara Lupus hüceyrələr (LEC) deyilir. LEC-in qanda aşkar edilməsi **Sistem Lupus Eritemotozus** üçün diaqnostik meyar hesab edilir [1].

Lupuslu xəstələrin 90%-ni qadınlar təşkil edir və reproduktiv yaşda olan qadınlar 500 nəfərdən buirində rast gəlinir [2]. 15 illik sağqalma imkanı 80% təşkil edir [3]. Ölümlərin çoxu kəskinləşmə, orqan çatışmazlığı, arterial hipertenziya, ürək-damar xəstəliklər nəticəsində baş verir.

Lupus nefriti, başqa adı qırmızı qurd eşənəyinin ən çox zədələdiyi orqanlardan biri də böyrəklərdir.

Otoantikorlar orqanizmdən xaric olmaq üçün böyrəyə ötürülür və yumaqcıq kapillyarlarının divarını keçməyə cəhd edirlər və filtrasiya baryerini dəf edərkən divarı zədələyir və ultrastruktur yarıqlar əmələ gəlir

(Qlomerulonefrit ə/d). Bu zədələnmiş nahiyədən küllü miqdarda plazma zülalları, hətta eritrositlər və leykositlər belə kapsula boşluğuna düşərək ilk sidiyə keçir. Bu zülalların bir qismi kanalcıqların epitellərinə daxil olur. Hiperfunksiya şəraitinə düşmüş epitellər ilk əvvəl zülalları qana reabsorbsiya edir, daha sonra sitoplazması zülallarla dolduğu üçün kollapsa düşür, funksiyaları pozulur. Kanalcıq epitellərində parenximatoz zülal distrofiyası inkişaf edir. İlk sidikdə olan zülal sovrula bilmədiyi üçün son mənşəli hipertoniya inkişaf edir [6].

sidiyə keçir və protenuriya inkişaf edir. Çoxlu miqdarda plazma zülallarının xaric olması ilə əlaqədar olaraq qanda zülalların miqdarı azalır, hipoproteinemiya baş verir. Albuminlər az olduğu üçün su molekulları sərbəstləşir və ödem inkişaf edir. Plazmadakı zülallar az olduğu üçün qanın təziqi aşağı düşür. Bu təziqi bərpa etmək üçün qana çoxlu miqdarda xolesterin buraxılır. Beləliklə, hiperxolesterenemiya baş verir. Xəstələrdə böyrək

Cədvəl 1

Sistem lupus eritemotozusun klinikası

Orqanlar sistemi	Klinikası	%
Sistemli pozuntular	Yorğunluq, halsızlıq, temperatur, bədn çəkisinin azalması	95
Sklet-əzələ	Artroloji, poliartrit, miyopatik	95
Hematoloji	Anemiya, hemoliz, leykopeniya, trombositopeniya, splenomeqaliya, lupus antikoaqulyant	85
Dəri	Sərgilər, işığa həssaslıq, ağızda yaralar, saç tökülməsi	80
Kardiopulmonar	Plevrit, perikardit, moakardit, pnevmoniya, Libmon-socks endokarditi, pulmonar hipertoniya	60
Böyrək	Protenuriya, nefrotik sindrom, böyrək çatışmazlığı,	60
Mədə-bağırsaq	İştahazlılıq, ürəkbulanması, qusma, ishal	40
Vaskulyar	Tromboz, venoz (10%), arterial (5%)	45
Oftalmoloji	Konyuktivit	15

Lupus və hamiləlik. Lupuslu xəstələrdə hamiləliyin nəticəsi hamiləliyin başlanğıcında xəstəliyin aktiv olub-olmaması, hamilə qadının yaşı və hamiləlik həftəsi, yanaşı gedən xəstəliklər və antifosfolipid anticisimlərin olub-olmamasından asılıdır. Hamiləlikdə Lupus 1/3 sağala, 1/3 ağırlaşa və 1/3 dəyişmədən davam edə bilər [8]. 7% halda hamiləlik xəstənin ölümü ilə nəticələn bilər [9].

Aşağıdakı hallarda hamiləliyin nəticələri müsbət olur.

- Hamiləlikdən 6 ay əvvəl Lupusun sakit vəziyyətdə olması.
- Protenuriya olmadıqda
- Preeklampsiya inkişaf etmədikdə
- Antifosfolipid sindromu olmadıqda.

Lupus nefritinin ağırlaşmasını təyin etmək üçün sidiyin müayinəsini aparmaq lazımdır (proteinuriya, eritrosituriya, leykosituriya).

Hamiləlik dövründə differensial diaqnostikanın əsas meyarı ümumi komponentin əsas dinamikası (CH_{50}), onun 3-4-cü fraksiyaları (C_3, C_4) və tökülmə məhsullarının (C_{3a}, C_{4a}) müəyyən edilməsindən ibarətdir. C_3, C_4, C_{50} səviyyəsinin düşməsi, tökülmə məhsullarının miqdarının artması SLE-ni hamiləlik ağırlaşmasından ayırır. Eyni zamanda transaminlərin və sidik turşusunun səviyyəsinin artması preeklampsiyanın olduğunu göstərir [13,14].

Hamiləliyin I və II trimestrində ayda bir dəfə trombositlərin səviyyəsinin müəyyən edilməsi zəruridir. Xəstəlik dəqiqləşdirildikdən sonra və xəstəliyin aktivlik fazası olmadığı halda hər trimestrdə 1 dəfə və doğuşdan sonra qanın ümumi müayinəsi aparılmalı, böyrək testləri ikiləşmiş DNT anticisimlərin səviyyəsi və komplement müayinə edilməlidir. Dölün inkişafdanqalma sindromu zamanı dopplerroqrafiya, umbikal arteriyanın müayinəsinə əsasən hamiləliyin gələcəyi haqqında qərar verilməlidir [16].

Bütün SLE xəstələri revmatoloq tərəfindən, lupus-nefriti varsa, nefroloq tərəfindən hər trimestrdə 1 dəfə müayinə olunmalıdır [15].

Belə xəstələr ilk müraciət etdikdə aşağıdakı müayinələr aparılmalıdır.

1) Qanın ümumi müayinəsi (leykoformula və trombosit)
2) Böyrək funksiyaları (sidiyin ümumi analizi, sutkalıq zülal və zülalın kreatinə nisbəti)
3) Komplementlər C_{50}, C_3, C_4
4) ACA İgM və G: LEC İgM və İgG
5) Sidik turşusunun müayinəsi

6) Neonatal lupusun əmələ gəlməsini proqnozlaşdırması məqsədilə R0/SSA və LA/SSB antitelləri [15, 16, 17].

tədqiqatlardan birində Lupus nefriti olan 81 qadında 113 hamiləlik qeydə alınmışdır. Hamilələrin 1/3 böyrək zədələnməsi, 9 hamilədə düşük olmuşdur. Qalan 104 hamilənin 1/3 vaxtından əvvəl doğuş, 1/3 azçəkili uşaq <2500 qr və 6% dölün ölü doğuşu olmuşdur [10].

SLE-li qadınların 30%-i xroniki hipertenziya və preeklampsiyadan əziyyət çəkir. Nefropatiya və antifosfolipid sindromları olan qadınlarda preeklampsiyaya daha çox rast gəlinir [11]. Beləliklə, lupuslu qadınların hamiləliyində preeklampsiya, vaxtından əvvəl doğuş, ölü doğuş, düşük, inkişafdan qalmış hamiləlik, azçəkili döl kimi ağırlaşmaların tezliyi yüksək olur.

Lockshin və Druzine (1995) görə hamiləliyin erkən vaxtlarında trombositopeniyanın aşkar edilməsi antifosfolipid sindromla əlaqədar ola bilər [2]. Sidikdə zülalın artması, serumda kreatinin artması bu xəstəliyin ağır gedişatına işarədir.

Preeklampsiya zamanı aşkar edilən trombositopeniya, proteinuriya və digər göstəricilər Lupusda da müəyyən edilə bilər, bu zaman əsas diaqnozu təyin etmək üçün qanda LAC İgM və İgG müayinə edilməlidir.

Lupuslu xəstələrdə ikincili antifosfolipid sindrom da ola bilər. Bu zaman qanda həm LAC (İgM və İgG) və ACA (antifosfolipid sindromu) İgM və G aşkar olunur [13]. Bu müayinə 6 həftə interval ilə 2 dəfə aparılmalıdır. Hər iki nəticə müsbət çıxarsa, diaqnoz təsdiqlənir. Belə xəstələr hamiləliyin sonuna qədər həkim nəzarətində olmalıdırlar.

Dölün inkişafı da nəzarətdə olmalıdır. Ona görə xəstə hər ay USM-dən keçməli, NST, -BFP testləri aparılmalıdır. Arterial təzyiq daim nəzarətdə saxlanılmalıdır.

Lupusun kəskinləşməsinin simptomatik müalicəsi aparılır. Aparılan müalicə tədbirlərinin kəskinləşmə simptomlarının azaldılması və remisiya dövrünün uzadılmasına xidmət edir. Simptomatik müalicəsi aparılır və tam remisiya nadir hallarda baş verir. Ağrı və yorğunluq xəstələri hərəkətsiz edə bilər. Artroloji və serozit aspirin də daxil olmaqla nonsteroid anti-inflomotor dərmanlarla müalicə olunur. Fetal ductus arterozusun bağlanması üçün 24 həftədən sonra müalicə dozasında istifadə olunmamalıdır. Yalnız aşağı dozada aspirin istifadə oluna bilər. Xəstəlik şiddətləndikdə prednizolonla müalicə olunur. Bu müalicə hestozuj n baş verməsinə, I tipli şəkərli diabetə səbəb ola bilər. Otoantikorları yox etmək üçün uzun müddət tərkbində antikor olan immunoadsorbsiya istifadə olunur.

Azatioprin kimi immunosupressiv dərman hamiləlikdə istifadə oluna bilər. Xəstədə antifosfolipid sindromu aşkar edildikdə, LMWH (aşağı molekul ağırlıklı heparin) istifadə olunur.

Clexone (enoksiporin) uzunmüddətli təsirə malik daha yaxşı preparat olub, trombositopeniya və osteporozun tezliyinin aşağı olmasına səbəb olur.

Trombofili və hamiləlik ağırlaşmasının qarşısını almaq üçün doğuşdan sonra Warfarin (Kumadin) istifadə olunmalıdır. Terotogen olduğu üçün hamiləlikdə əyin edilmir.

Yuxarıda qeyd olunanlardan məlum olur ki, lupus (qızmızı qurd eşənəyə) son dərəcə ağır xəstəlik olduğu üçün hamiləlik zamanı da ağır fəsadlara səbəb olur. Bu baxından həmin xəstəlikdən əziyyət çəkən hamilə qadınlar xüsus ilə ciddi şəkildə nəzarətdə olmalı, zəruri müayinə və müalicə tədbirləri vaxtında və səmərəli şəkildə aparılmalıdır.

ƏDƏBIYYAT

1. Həsənov Ə.B. Patoloji anatomiya. Qırmızı qurd eşənəyi. Bakı, 200, s.352.

2.Lockshin M.D., Sammoritono L.R. Rheumotic disease in Borron /Eds.: Lindheimer W.M. Medical Disorders During prognoncy 3-rd ed st Lonis, Mosby, 2000, p.355

3. Rohmon A., Isenberg D.A. Systemic Lupus erythemotosus // N Engl J Med., 2008, v.358, p.929

4. Hohn B.H. Systomic Lupus erythemotosus: In Fonci As, Braunwold E., Kasper D.L. et al.(eds) Harrions principles of Internal Medicine, 17-th ed. New York: McGrouhill, 2008, p.2075

5. Arbuckle M.F., McClain M.T., Ruberttone M.V. et al. Development of autontibodies before the clinical onset of systonic lupus erytemotosus // N Engl. J Med., 2003, v.349, p.1526

6. Həsənov Ə.B. Patoloji anatomiya. Qlomerulonefrit. Bakı, 2003, s.481

7. Hochberg M.C. Updating the American College of Pheumatology rensed criteria for the classification of systemic lupus erythemotosus // Arthritis Pheum,1997, v.40, p.1725

8. Khomoshto M.A., Renz-Irostorza G., Hughes GRV. Systemic Lupus erythemotosus flores during pregnancy // Rheum Dis. Clin North Am.,1997, v. 23, p.15

9. Petri M. Pregnancy in SLE // Bailliers Clin Rheumotol., 1998, v.127, p.49

10. Imbascioti E., Finconi A., Gregorini G. et al. Pregnancy in women with preexisting lupus nephritis, predictory of fetal and maternal outocome // Nephrol Dial Transplant, 2009, v.24(2), p.519
11. Egerman R.S., Romsey R.D. et al. // Obstet Gynecol., 2005, v.193, p.1676
12. Hondra R., Kumor U., Woli I.P. Ishemic Lupus Erythemotosus and pregnancy // Suppliment to Sopi., 2006, v.54, p.19-21
13. Lewis E.I., Schwatz M.M., Korbert S.M. et al. Lupus nephritis, second edition. Oxford: University, press, 2011, 325p.
14. Schur P.H., Bermos B.L. Pregnancy in women with systemic lupus erythemotosus / UPTO Date, 2012
15. Ruiz Irastarzo G., Khomoshto M.A. Lupus and pregnancy: ten questions and some answer // Lupus, 2008. v.17, p.416-420.

Резюме

Обострение почечных патологий при беремнности

Г.И.Ахундова, И.А.Шамхалова

При обострение почечных патологии во время беременности перед акушером-гинеколгом стоит не легкие задачи. Одним из таких патологии является красная волчанка. Волчанкой болеют преимущественно молодые женщины, поэтому вопрос о беременности часто бывает очень актуальным. Раньше считалось, что больные волчанкой не могут иметь детей и при возникновении беременности должен быть сделан аборт. В настоящее время эти представления пересмотрены. Хотя у больных волчанкой удается разрешить не все проблемы, связанные с беременностью, она, тем не менее, возможна, и рождение нормального ребенка является правилом. В то же время вынашивание беременности может оказаться далеко не простым делом. Во многих случаях она протекает вполне благополучно, однако нередко возникают достаточно серьезные, хотя и разрешимые проблемы. В этой статье рассмотрены вопросы ведения беременных женщин с красной волчанкой.

Summary

Exacerbation of renal disease in pregnancy

G.İ.Akhundova, İ.A.Shamhalova

In acute renal pathology during pregnancy before obstetrician-ginekolgom costs not an easy task. One such disease is lupus erythematosus. Lupus suffer mostly young women, so the question of pregnancy is often very important. It used to be that people with lupus can not have children, and in the event of pregnancy should be made abortion. Currently, these preds¬tavleniya revised. Although patients with lupus is not possible to resolve all the problems associated with pregnancy, it is, nevertheless, possible, and the birth of a normal child is the rule. At the same time, child bearing can be far from easy. In many cases, it flows quite well, but there are often serious enough, though solvable problem. This article discusses the issues of conducting pregnant women with lupus erythematosus.

Daxil olub: 23.10.2014

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

С.М. Касумова, Г.М. Гасанкулиева, Р.И. Рзаева, У.И.Алиева, Г.А.Джафарова
Азербайджанский медицинский университет, кафедра детских болезней, г.Баку

Açar sözlər: kəskin bağırsaq infeksiyaları (KBİ), təzə dondurulmuş plazma (TDP), damar daxili laxtalanma pozulması sindromu (DDPS)
Ключевые слова: острые кишечные инфекции (ОКИ), свежезамороженная плазма (СЗП), синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС)
Keywords: acute intestinal infections (Aİİ), fresh frozen plasma(FFP), disseminated intravascular coagulation (DIC)

Проблема острых кишечных инфекций (ОКИ) у детей раннего возраста занимает в структуре заболеваемости второе место после ОРВИ [1,2,5,4]. Часто ОКИ протекают тяжело в виде как инвазивных, так и секреторных диарей с вовлечением в патологический процесс всех отделов желудочно-кишечного тракта с развитием энтерального токсикоза, эксикоза [2,3,7]. Большинству детей с тяжелыми формами ОКИ с целью детоксикации, регидратации, компенсации патологических потерь жидкости вводят различные растворы, влияние которых на гемостаза при ОКИ у детей раннего возраста в значительной степени определяет течение и исход патологического процесса [1,5,6]. Определилось мнение считать эти нарушения проявлением синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-синдром). При этом выявлена прямая зависимость между глубиной геморрагических проявлений и степенью кишечного токсикоза и эксикоза [8,9,10].

Цель настоящей работы - изучение эффективности свежезамороженной донорской плазмы (СЗП) в комплексном лечении различных стадий ДВС синдрома при ОКИ.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 52 ребенка в возрасте от 3-х месяцев до 3-х лет с тяжелыми формами ОКИ, находившихся на лечении в реанимационном, а затем в инфекционном отделениях (НИИ Педиатрии имени К.Я.Фараджевой); 62,8% из них лечились раннее в разных стационарах без эффекта. В 1-ю основную группу вошли 23 больных, которым проводилась инфузия кристаллоидных растворы глюкозы, Рингера и коллоидных плазмозаменителей (реополиглюкин, альбумин) в сочетании с введением свежезамороженной плазмы (СЗП). 2-ю группу (сравнения) составили 29 детей, которым проводилась инфузия кристаллоидных и коллоидных растворов. Коллоиды составляли 1/3-1/4 суточного объема инфузии при розовой дозе каждого (кроме СЗП) препарата 10 мл на 1 кг массы тела. СЗП вводили в острый период заболевания, на высоте токсикоза (в зависимости от клинической картины болезни) от до 1,5 раз в дозе 10-20 мл/кг. Необходимый объем инфузии рассчитывали ежедневно по общепринятым методикам /1,3,7/. Инфузия проводилась на фоне обязательной базисной терапии-антибиотики, биопрепараты, ферменты, витамины, сердечные глюкозиды. Во время лечения оценивали состояние гемодинамики, водно-электролитного и белкового обмена, иммунологического статуса. Состояние гемостаза определяли с помощью унифицированных и стандартизованных микромегодов: время свертывания, протромбиновое время по L ее и протромбиновый индекс по В.Н.Туголукову, тромбоциты крови (счетчик «Пикоскель ПС 4»).

Исследования проводили при поступлении, во время инфузионной терапии в периоде реконвалесценции и перед выпиской из стационара. Для сравнения использовали показатели гемостаза полученные при обследовании здоровых детей аналогичного возраста. Определение той или иной стадии ДВС-синдрома проводили в соответствии с существующими представлениями об этих состояниях [1,5]: I-стадия гиперкоагуляции, II-стадия перехода гиперкоагуляции в гипокоагуляцию, коагулопатию потребления; III-стадия патологического фибринолиза или афибриногенемия; IV-стадия восстановительная. Полученные результаты обработаны методом вариоцонной статистики, различия считали достоверными при $p<0,05$.

Исследования функциональной активности фагоцитов периферической крови проводили в реакциях фагоцитоза (В.Ф.Алмазов, С.Н.Рябов,1963) и в НСТ –тесте (тест с нитросиним тетразолием Parк,1968) лейкоконцентрате венозной крови.

Определение клинического, гематологического и показателя тяжести, индекса сдвига проводили методом математического подсчета. Индекс сдвига (ИС)=М+ММ+П/С, где М–миелоциты, ММ-метамиелоциты, П-палочкоядерные нейтрофилы, С-сегментоядерные нейтрофилы. Клинический показатель (ПК)определяли по формуле Г.И.Марчука и Н.И.Нисевич в модификации. Пк=0,22(Т-0,5)+(Ц-0,5)+(Р-0,5)+(М-0,5)+(Э-0,51)+(Т-0,5), где Т-температура тела, Ц-цианоз, П-понос, Р-рвота,М-метеоризм, Э-эксикоз, Т-токсикоз. Гематологический показатель (Пг) вычисляли по формуле:

$$Пг=\frac{С-5}{20}+\frac{Л-500}{8000}+\frac{П-1}{20}+\frac{55-Л}{40}$$

где С-СОЭ, Л-лейкоциты (тыс.в мм^3), П-палочкоядерные нейтрофилы в %, Л-лимфоциты в %. Показатель тяжести (Пт) является производным первых двух показателей и определяется по формуле: $П_Т$=0,5(Пк+Пг).

Все цифровые данные обрабатывались на основе пакета прикладных программ Stadio 6,0 по обработке статистических данных на персональном компьютере.

Критериями включения детей в исследование были следующие:

1. Возраст до 3-х лет;
2. Доношенность (гестационный возраст более 38 недель);
3. Оценка по шкале Апгар при рождении не менее 6 баллов а также отсутствие выраженных проявлений перинатального поражения ЦНС;
4. Искусственное вскармливание вследствие отсутствия материнского молока.

Критериями эффективности лечения служили:

Изменения длительности клинических проявлений ОКИ.

Уменьшение срыгиваний, колик, метеоризма;

Характер стула (кратность, консистенция, перевариваемость, патологические включения, цвет, запах).

Клинические показатели крови, состояние кишечного микробиоценоза и функциональной активности фагоцитов.

Результаты и их обсуждение. У 12,6% больных был выявлен сальмонеллез, кишечная коллинфекция -9,7% у 9,7% шигеллез, ОКИ стафилококковой и протейной этиологии- 40,3%. У 20 больных этиология ОКИ не установлена. При поступлении существенных различий между группами больных по изучаемым показателям не выявлено. На этом этапе исследование у 30,3% больных I группы и 35,8% больных 2-группы определена I стадия ДВС-синдрома, соответственно у 45,5% и 33,3% больных- II стадия и у, 3 больных 2-й группы –III стадия с признаками истощения свертывающей и противосвертывающей системы организма.

Лишь у ¼ детей с тяжелым течением ОКИ на высоте интоксикации показатели гемостазиограммы существенно не отличаются от показателей у здоровых детей. Важно отметить, что из 15 больных 1-й и 2-й групп, которым раннее инфузионная терапия не проводилась у 13 (80%) определяются выраженные гиперкоагуляционные изменения. Однократная инфузия коллоидных плазмозаменителей привела к ликвидации этих изменений у 10 больных. Среди детей, получавших инфузии до поступления, гипрекокагуляция выявлена лишь у 16,7%.

При инфузионной терапии 3 больных 1-й группы (12,2%) и 8 больных 2-й группы (20,5%) зарегистрирована I стадия ДВС-синдрома, соответственно у 60,6 и 25,6% больных – II стадиях при этом тенденция к нормализации показателей гемостаза на данном этапе исследования отсутствует у больных обеих групп. Однако, если в 1-й группе у 72,7% больных нормализации показателей гемостазиограммы не происходит и в периоде реконвалесценции, то во 2-й группе напротив, у 56,4% детей в периоде реконвалесценции показатели гемостаза существенно не отличаются от показателей у здоровых детей. Следует подчеркнуть, что у больных 1-й группы отмечалось прогрессирование коагулопатии с развитием III стадии ДВС-синдрома, клинических и лабораторных признаков которых не наблюдались при поступлении этих больных в реанимационное отделение 2 больных умерли.

При использовании СЗП развития III стадии ДВС синдрома в входе лечения не

отмечалось. Более того, из 5 больных этой группы, поступивших с признаками III стадии в отделение реанимации, у 4 показатели гемостазиограммы к моменту выписки нормализовались. Умер 1 больной.

Достоверные различия между 1-й и 2-й группами выявлены и при анализе состояния гемостаза накануне выписки детей из стационара. В 1-й группе показатели гемостазиограммы к моменту выписки нормализовались у 60,6% больных, 11 (33,3%) детей этой группы выписаны с измененными показателями гемостазиограммы. Во 2-й группе полная регрессия нарушений гемостаза к моменту выписки произошла у 87,2% детей. При этом гипокоагуляционныесдвиги отмечены лишь у 2 (5,1%) больных, тогда как в 1-й группе гипокоагуляция на данном этапе исследования зарегистрирована у 24,2% детей. Гипрекоагуляционные изменения к моменту выписки сохранились у 9,1% больных 1-й группы и 5-1% больных 2-й группы. Приведенные результаты свидетельствуют о том, что при тяжелом течении инфекционного процесса у детей раннего возраста клиническое выздоровление далеко не всегда сопровождается стабилизацией гемостаза. Это делает очевидным необходимость динамического контроля состояния гемостаза, и после улучшения состояния.

Изучение кишечного микробиоценоза показало, что на период взятия под наблюдение практически у всех детей имелись нарушения его состава (Таблица 1).

Таблица 1

Мониторинг бактериограмма у детей до и после лечения

Состав микрофлоры фекалий	Уровень микроорганизмов IgKOE/г	
	До инфузионной терапии (n=20)	На фоне лечения (n=18)
Бифидобактерии	5,4±2,4	7,4±1,8*
Лактобактерии	7,01±0,4	6,9±0,4
Enterobacter. Spp.	8,4±0,5	8,3±0,8
E.coli(лактозонегативные)	8,8±0,4	0
E.coli(гемолизинпродуцирующие)	8,9±0,9	8,4±1,9
K.lebs.spp	8,0±1,2	6,2±1,6*
K.lebs.pneumoniae	7,42±2,1	5,02±1,2
Staph.spp	5,3±1,5	3,3±1,2*
St.aureus	5,18±1,2	3,4±0,2*
Candida	5,12±1,02	4,4±0,8

Примечание: *p<0,05

Таблица 2

Влияние СЗП на длительность клинических проявлений ОКИ

Клинические симптомы	Продолжительность дней	
	Основная группа (n=23)	Группа сравнения (n=29)
Интоксикация	2,90±0,39	1,38±0,19**
Лихорадка	2,70±0,44*	3,29±0,30
Рвота	3,90±0,19**	5,95±0,24
Патологические примеси кала (слизь, зелень, прожилки крови)	3,90±0,51**	5,95±0,24

Примечание: Достоверность различия показателей с данными групп сравнения *p□0,05; **p□0,01.

Инфузия СЗП способствует оптимизации кишечного микробиоценоза у детей: достоверно увеличивается содержание бифидобактерий на фоне достоверного снижения уровня лактозонегативных штаммов E.coli, K.lebs.sp, Staph.sppв том числе St.aureus.

Анализируя продолжительность основных клинических симптомов ОКИ в зависимости от вида патологической терапии, следует отметить, что в группе больных получавших СЗП к концу первых суток от начала лечения симптомы интоксикации исчезли у 36,6%, в то время как в группе сравнения лишь у 14,5%. Существенных различий в

продолжительности рвоты и лихородного периода обеих группах больных не было выявлено. Однако при включении СЗП в комплекс лечения быстрее наступала нормализация частоты и характера стула (Таблица №2). Так на 3-й день лечения стул нормализовался у 43,5% больных, то время как в группе сравнения -у 20% детей кроме того, по окончании 5 дневного курса лечения СЗП диарейный синдром сохранялся у 3,8 больных, а в группе сравнения -30% детей.

При экспертной оценке клинической эффективности лечения с индивидуальным анализом каждой истории болезни детей с ОКИ, как в отношении общетоксического (лихорадки, интоксикации и др.), так и местного (диарейного) синдромов было показано, что на 3-й день терапии СЗГ эффект лечения оценивали как положительный у 80% детей, тогда как при его отсутствии- у 52,4%. Существенных побочных реакций при лечении детей с ОКИ не отмечали. Таким образом, СЗП повышает лечебный эффект комплексной терапии, сокращает длительность местных воспалительных проявлений в кишечнике в среднем на 2-3 дня, уменьшает продолжительность пребы - вания больных в стационаре.

Таблица 3

Изменение функциональной активности фагоцитов периферической крови обследованных детей на фоне терапии СЗП

Группы больных	Фагоцитоз %	Фагоцитарный индекс	НСТ тест
Основная	100	13,8±2,6*	52,0±6,5
Сравнения	96,3±3,6	12,2±3,3	45,2±7,9*
Контрольные параметры	92,2±2,0	14,2±1,2	33,8±31

Примечание: *достоверность различия параметров по сравнению с контролем

Лечение СЗП сопровождалось повы - шением показателей функциональной активности нейтрофилов по данным НСТ-теста и индекса завершенности фагоцитоза (ИЗФ) (Таблица №3). Изменение показателей фагоцитоза (%Ф) и фагоцитарного индекса (ФИ), характеризующий переваривающую активность нейтрофилов, оставался сни - женным по сравнению с нормой. Полученные данные позволяют высказывать мнение о возможном иммуномодулирующем эффекте лечения СЗП. По видимому, данный эффект отражает восстановление функций фагоцитов вследствие освобождения фагоцитирующих клеток от возбудителей.

Определение клинических, гематологических и показателя тяжести индекса сдвига методом математического подсчета. Свидетельствует, что наиболее высокое значения выявлены в группе больных с доказанной бактериальной инфекцией, где Пк был равен 2,84, Пг-1,66, Пт-1,92, что однозначно коррелирует с тяжестью воспалительного процесса.

Таким образом, определив клиническую значимость и место этих показателей, а также учитывая простату и доступность их определения, можно рекомендовать величины Пк, Пг как объективный опорный диагностический критерий эффективной коррекции гемостаза при кишечных инфекциях.

Выводы: 1.Среди детей раннего возраста с тяжелыми формами ОКИ нарушения гемостаза отмечаются более чем у 75% больных. 2.Применение СЗП в дозе 10-20 мл/кг в сочетании с кристаллоидными и коллоидными плазмозаменителями способствует нормализации гемостаза и повышает эффективность терапии в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аниховская И.А. Выявление групп риска, выбор тактики обследования и оценка эффективности лечения различных заболеваний по показателям антиэндотоксиного иммунитета: Автореф. дисс… канд.мед.наук. М., 2001, 18 с.

2. Анохина В.А., Хасанова Е.Е., Халиуллина С.В. Острые кишечные инфекции у детей, получавших грудное инфекции у детей , получавших грудное молоко, контаминированное грамотрицательной микрофлорой //Казанский медицинский журнал, 2006, Т.87, №4, с.269-273

3. Баранская Е.К. // Болезни органов пищеварения, 2000, №2, с.29-34

4. Бондаренко В.М. Роль условно-патогенных бактерий кишечника в полифганной патологии человека. М.Тверь, 2007, 64с.

5. Детская гастроэнтерология (избранные главы) / Под.ред.А.А.Баранова, Е.В.Климанской, Г.В.Риморчун. М., 2002, 59 с.

6. Кулвков В.И., Антонова А.Г.,Байбарина Е.Н. Проблемы и преспекты выхаживания детей с экстремально низкой массой тела на современном этапе // Рос.вестник перинатологии и педиатрии, 2006, №6, с.63
7. Корнишенко Е.А. Антонов П.В. / 7-й Конгресс педиатров России «Детская гастроэнтерология настоящее и будущее». М., 2002, с.140.
8. Мазурин А.В., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней. СПБ., 2000.
9. Хавкин А.И., Бельмер С.В., Филин В.А. др Рекомендации по обследованию и лечения детей с синдромом диспепсии. М., 2003, 12с.
10.Цветкова Л.Н., Щераков П.А., Салманова В.С. и др. / 9-й симпозиум «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». М., 2002, с.130-131.

Xülasə

Kəskin bağırsaq infeksiyaları zamanı hemostaz pozuntularının korreksiyası

S.M.Qasımova, G.M.Həsənquliyeva, R.İ.Rzayeva, U.İ.Əliyeva, G.Ə.Cəfərova

Ağır kəskin bağırsaq infeksiyalı (KBİ) 3 aydan 3 yaşa qədər 52 uşaq tədqiqat obyekti olmuşdur. Işin məqsədi müxtəlif mərhələdə pozulma damar daxili laxtalanma pozulma sindromu (DDPS) zamanı kompleks müalicə tərkibində təzə dondurulmuş plazmanın (TDP) effektliyinin öyrənilməsi olmuşdur. Müəyyən edilmişdir ki, TDP-in istifadəsi bağırsaqda yerli iltihabi göstəricilərinin davamlığını qısaldır, stasionar müddətini azaldır.

Summary

Correction disorders of hemostasis in acute intestinal infections

S.M. Gasimova, GM Gasankuliyeva, R.I. Rzayev U.I.Aliyeva, G.A,Jafarova

Severe intestinal infection 3 months - 3 years old, was the object of 52 pediatric research. The aim of the study during the different phases of the complex treatment of intravascular coagulation syndrome within the fresh frozen plasma (TDP) has been studying the effectiveness. It has been established that the use of TDP of sustainability indicators in the intestine reduces local inflammation, reduces stationary process

Daxil olub: 12.11.2014

MORFOLOJİ MÜAYİNƏLƏRDƏ MÜXTƏLİF ETİOLOGİYALI DÜZ BAĞIRSAQ FİSTULU OLAN XƏSTƏLƏRDƏ YARA PROSESİNİN GEDİŞATINA AZİNVAZİV TEXNOLOGİYALARIN TƏSİRİNİN QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

S.Ş,Cəfərova, M.M.Məmmədov, N.İ.Məmmədov

M.A.Topçubaşov ad. Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi

Açar sözlər: fistul, düz bağırsaq, lazer, morfoli müayinələr, histoloji müayiənlər

Ключевые слова: свищь, прямой кишечник, лазер, мофологические исследования, гистологические исследвания

Keywords: fistula, straight intestine, laser, morphological studies, histological studies

Lazer şüalanmasının unikal xassələri: yüksək enerjili sərtlik və kogerentlik, çox dar və yüksəkistiqamətli dəstələri yaratmaq imkanı, monoxromlik (dar spektral diapaonda şüalanma), şüalanma parametlərini tənzimləmək imkanı onun tibbin bütün sahələrində tətbiq edilməsinə zəmin yaratmışdır [1,2,3]. Cərrahiyyədə işıq skalpeli əvəzinə qırmızı və infraqırmızı diapazonlarda şüalanan yüksəkenerjili qazlı, yarımötürücülü lazer texnologiylaradan geniş istifadə edilir [4,5,6]. Yarımötürücü lazer öz üstünlükləri ilə qazlı lazerlərdən fərqlənir: 1.kiçik qabarit və çəki, 2.maddənin tərkibindən asılı olaraq dalğa uzunluğunun geniş spektrinin alınması imkanı; 3.yüksək KPD, böyük səthləri şülandırmağa imkan verən nəzəri cəhətdən müəyyən sərfiyyata malik dəstək (30-100%);

4.qazlı lazerlərə nisbətən daha aşağı qidalandırıcı gərginlik [7,8].

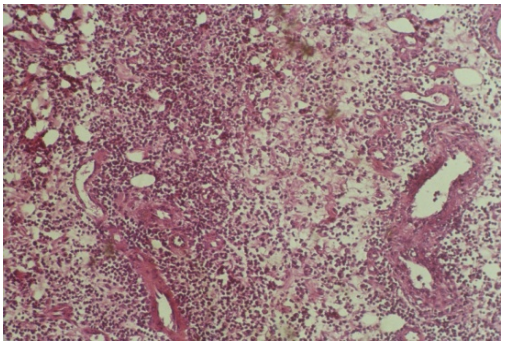
Cərrahi lazerlərin istifadə edilməsi aparılan müalicənin optimallaşdırılmasında yeni imkanlar açır. Iazer şüalanması orqanizmin rezistentiliyini artıraraq, böyük potensial imkanlara malik fiziki adaptogen kimi çıxış edir [9,10].

Mikrosirkulyator axında qan dövranın yaxşılaşması iltihabi-degenerativ vəziyyətlərin müalicəsində əsas məsələlərdən biridir. Aşağıintensivlikli lazer şüalanmasının təsiri altında təkcə damarların nüfuzluluğua artmır [11], həm də mikrodamar axının reaksiyası güclənir [22,24,27]. Həmçinin zədələnən orqan və toxumalarda təkcə damarlarda deyil, həm də limfada sirkulyasiya şəraitinin yazşılaşması müəyyən edilmişdir [12]. Qeyd etmək lazımdır ki, lazer şüalanması yara prosesinin, demək olar ki, bütün morfunksional mexanizmlərinin stimullaşdırılması hesabına iltihabın üç fazasının davametmə müddətinin qısalmasına müsbət təsir göstərir. İltihabi reaksiyanın davametmə müddəti ekssudasiyanın, interstisial ödemin azalması, yerli qan və limfa dövranın stimullaşdırılması, makrofaqal reaksiyanın aktivləşməsi hesabına azalır [13]. İlithabın ikinci fazasına müsbət təsiri hüceyrə elementlərinin differensiya prosesinin sürətlənməsində özünü göstərir ki, bu da sağalma zamanı və kelloid çapıqlar olmadıqda daha incə çapığın formalaşmasında özünü büruzə verir [14].

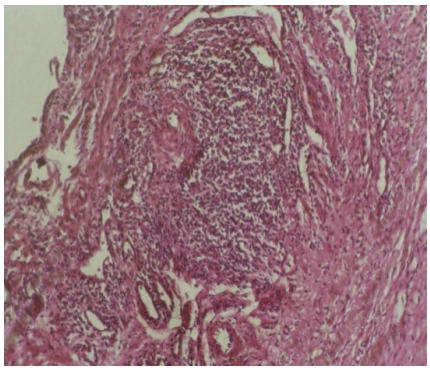
Tədqiqatın material və metodları. M.A.Topçubaşov ad. Elmi Cərrahiyyə Mərkəzində 8-83 yaşlarında müxtəlif etiologiyalı düz barsaq fistulu olan 35 xəstə stasionar müalicədə olmuşdur. Düz bağırsaqda müxtəlif etiologiyalı fistulu olan 35(41,7%) xəstədə pararektal toxumada yaranın sağalmasının morfoloji müayinəsi aparılmışdır. Xəstələr iki qrupa ayrılmışdır.

Nəzarət qrupuna 15(42,9%) xəstə daxil edilmişdir, onlara ənənəvi müalicə aparılmışdır (fistul yolu və irinli ödemlər kəsildikdən sonra müasir aseptik məhlullarından, proteolitik fermentlərdən, hidrofil mazlardam və başqa dərman vasitələrindən istifadə edilmişdir). Morfoloji müayinələrin aparılması üçün skalpel ilə toxuma hissələri kəsilmiş, sonra Lİll üzrə 10%-li neytral buferlənmış formalin məhlulunda fiksə edilmişdir, üzərinə parafin tökülümüşdür. Daha sonra dərinliyi 5-8 mkm olan kəsiklər hazırlanır, Van-Gizon üzrə hematoksilin və eozin ilə (kollagen liflərin aşkar edilməsi üçün), Stidmen üzrə alsian göy ilə rənglənir (turş qlikozaminqlikanların müəyyən edilməsi üçün). Yara prosesinin gedişatı və aparılan müalicənin effektivliyi klinik mənzərəsi baxımından nekroliz, qranulyasiyanın olması, epitelləşməmin başlaması, eləcə də yaranın səthindən götürülmüş izlərin sitoloji və sitokimyəvi müayinələri və mikrofloranın müayinəsi nəzərə alınmaqla qiymətlənidirimişdir.

Nəzarət qrupunda yaradan götürülmüş bioptatln histoloji müayinəsi zamanı mikrob koloniyası olan fibroz-leykositar və qabarıq nektortik təbəqələr aşkar edilmişdir, ətrafdakı piy toxuması neytrofillər ilə infiltrasiya olunmuşdur. Bununla yanaşı olaraq orada ödem, perivaskulyarlaşma və ocaqlı qansızma, hiperemiya və staz halları müəyyən edilmişdir (Şək.1)



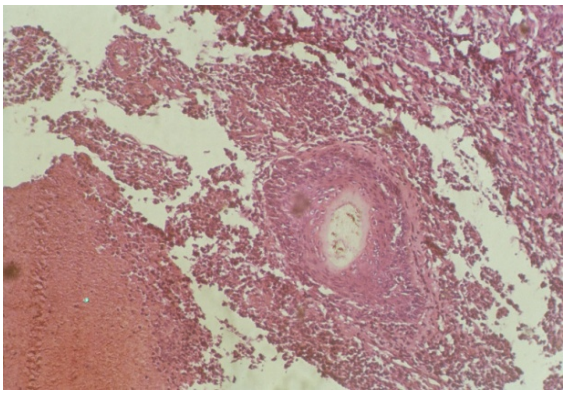
Şək.1. Ənənəvi müalicə başlandıqdan sonra 3-cü sutkada yara toxumasından götürülmüş bioptatın histoloji mənəzərəsi. mikrob koloniyası olan fibroz-leykositar və qabarıq nektortik təbəqələr, ətrafdakı piy toxuması neytrofillər ilə infiltrasiya olunmuşdur, ödem, perivaskulyarlaşma və ocaqlı qansızma, hiperemiya və staz halları. H-Ex100.



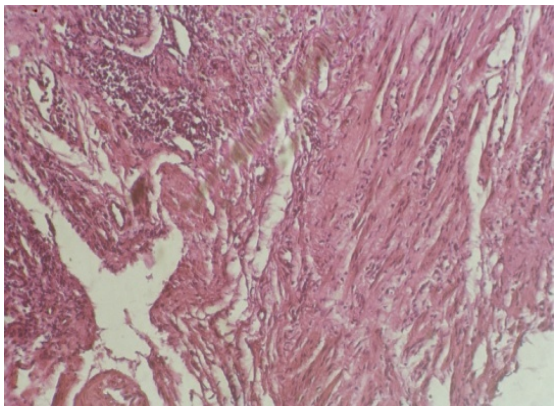
Şək.2.Ənənəvi müalicə başlandıqdan sonra 7-ci sutka yara toxumasından götürülən bioptatın histoloji mənzərəsi. H-Ex100.

Müalicə başlandıqdan sonra 7-ci sutka yaranın fibrinoz və fibrinoz- leykositar kütlədən təmizlənməsi, ocaq xarakterli yaranın kənarının qranulyasiya toxumaları nahiyəsində formalaşması qeydə alınmışdır. Qranulyasiya toxuması, bir qayda olaraq hiperemiya, spazm və mikrotrombları aşkar edilən çoxsaylı damarların qaydasız olaraq yayılması ilə göstərilmişdir. Damarlar arasında çox zaman perivaskulyar infiltratlara formalaşan çoxsaylı neytrofillər aşkar edilmişdir. Ətraf fibroz toxumada kollagen liflərin pikrinofil ocaqları qismində fibrinoid nekroz sahəsi olmuşdur. Ənənvi müalicə başladıqdan sonra 7-ci sutkada xəstələrdə yaranın səthinin təmizlənməsi prosesi başlanmışdır, bunlar çoxsaylı neytrofi ilə fibrin qatının və cüzi mikrob koloniyasının olması ilə öz təsdiqini tapmışdır. Səciyyəvi histoloji quruluşlu qranulyasiyalı toxuma neytrofillər ilə infiltrasiya olunmuşdur. Şaquli forma alan kapillyarlar arasında biz makrofaqal və fibroblastik sıradan olan hüceyrə elemetlərini aşkar etdik (Şək.2).

Müalicənin 14-cü sutkasında yaralar histoloji olaraq qranulyasiya toxumasının olması, çoxlu neytrofillər ilə infiltrasiyaolunmuş toxumalar ilə xarakterizə olunur. Yaranın səthində fraqmentar xarakterli fibrinoz-leykositar təbəqə elementi qalmışdır. Yaranı əhatə edən dəridə 14-cü sutkada ödem və dermanın neytrofil infiltrasiyası azalmışdır, lakin damarlı hiperemiya əlaməti qalmaqda davam etmişdir. Artıq qeyd olunan hallara qranulyasiya toxumasına sürüşən qalınlaşmış epitelial plast şəklində olan epidermisin kənarının regenerasiyası əlavə edilmişdir (Şək.3).



Şək.3. Ənənəvi üsulla müalicədən başlandıqdan 14-cü sutaka yara toxumasından götürülən bioptatın histoloji mənzərəsi. H-Ex100



Şək.4. Maqnit-lazer terapiyası və aşağıintensivlikli şüalanmasından sonra 5-ci sutka yara toxumasından götürülmüş bioptatın histoloji mənzərəsi. H-Ex100

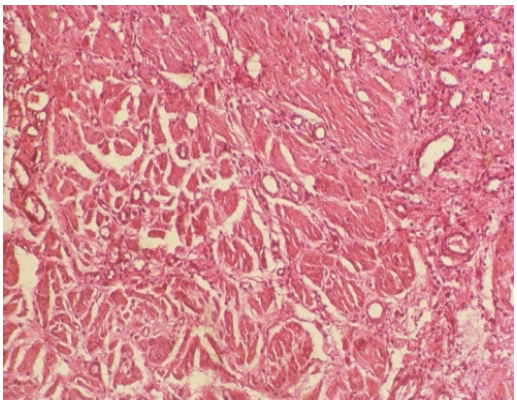
Əsas qrupda düz bağırsaqda müxtəlif etiologiyalı fistulu olan 20(57,1%) xəstə olmuşdur. Onlara müasir lazer texnologiyası tətbiq edilməklə cərrahi müdaxilə aparılmışdır. Ağrısızlaşdırmadan və əməliyyat sahəsi işləndikdən sonra fistulun daxili dəliyini aşkar etmək üçün fistul yoluna 2-3 ml metil göy məhlulu və perhidrol yeridilir. Fokuslaşdırılmış lazer dəstəyinin köməkliyi ilə ödem və irinli səthlər kəsilir. Yaranmış koaqulyasiya təbəqəsi novokain və metrogil-P hoppdurulmuş salfet vasitəsilə götürülür. Sfinkterin daxilində fistul yolu və bağırsaq divarı xüsusi dəstəyin köməkliyi ilə lazer skalpel ilə işlənilir.

Fistul yolu kəsildikdən sonra pararektal toxuma antiseptiklər ilə işlənir və 3-4 nöqtədə 1%-li diaoksidain məhlulu ilə 10,0 ml həcmində iynə vurulur, gündəlik olaraq dalğa uzunluğu 0,89 mkm və çıxışda gücü 20 Vt olan modifikasiya edilmiş“İqla” cihazının köməkliyi ilə 10-12 dəqiqə ekspozisiya ilə infraqırmızı lazer ilə şüalandırılır.

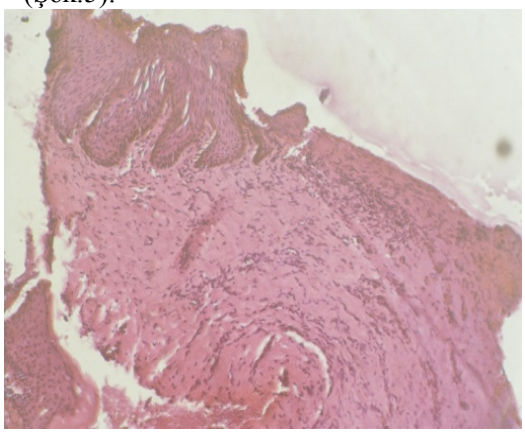
Lazer ilə şülanma qurtardıqdan sonra yaraya 10%-li natrium xlorid məhlulu və proteolitik fermentlər ilə ozonlaşdırılmış sarğı qoylur. Xəstələrin böyük əksəriyyətində artıq 1-ci sutkalarda yara nahiyəsində ağrılar yox olur. 2-ci sutka bədən hərarəti və periferik qan formulu normallaşmış, ümumi vəziyyətin yaxşlaşması qeydə alınmış, yerli iltihabi reaksiya, ödem, hiperemiya və hipertermiya azalmış, irinli-nekrotik kütlədən aktiv şəkildə təmizlənmış və infeksiyalaşmış qanlı laxtalardan və zülali-irinli örtüklərədən təmizlənmmiş yaranın vəziyyətinin müsbət dinamikası müşahidə edilmişdir. Əsas qrupda lazer şüalanmasına xas olan yüksək temperatur hesabına pararektal toxuma və nekrektomin nahiyədə ödem, irinli səthlər

kəsildikdə intensiv olaraq toxumalararası və hüceyrədaxili maye yox olur, koaqulyasiya nekrozuna qədər distrofik dəyişikliklərə uğramış yaranın kənarında toxuma və hüceyrə strukturlarının sitoplazmasının sərtlənməsi və koaqulyasiyası baş verir. Koaqulyasiya nekroz zonasında qan damarlarının mənfəzində qanın koaqulaysiyası baş verir və lazer koaqulyasiya trombları yaranır. Termik nekroza məruz qalan toxuma sahələrində hiperemiya, staz, diapedez qansızmanın perivakulyasrlaşması qismində qan dövranında pozuntular aradan qalxmışdır. 3-cü sutkada əməliyyatdan və yara kanalına birincili tikiş qoyulduqdan sonra qranulyasiya toxuması formalaşmış, çoxsaylı pərakəndə yerləşmiş damarlar və toxuma elementləri meydana gəlmişdir. Yaranın kənar nahiyəsində koaqulyasiya nekrozunun fraqmentar sahələri aşkar edilmişdir, termik nekroza məruz qalmış qranulyasiyadana aşağıda yerləşən toxumada neytrofillərlə iltihabi infiltrasiya olmamışdır. Qranulyasiya toxuması damarları qanla dolmuşdur, onların endotelləri aktiv şəkildə prolifersiya olunur. Damarların mənfəzində leykostaz qeydə alınmışdır, lakin leykodiapedez və polimorf-nüvəli leykositlər ilə qranulyasiya toxumasının infiltrasiyası baş verməmişdir. Damarların ətrafında makrofaqal və fibroblastik sıradan olan proliferasiyaedici hüceyrə elementləri olmamışdır, kapillyarlar arasında çoxsaylı plazmatik və limfoid hüceyrələr olmuşdur (Şək.23).

Əməliyyatdan sonta 7-10-cu sutkalardan sonra yetkin qranulyasiya toxuması yaranmış və fibroz formaya keçmişdir. Qranulyasiya toxuması çoxsaylı lifli funksional strukturlar ilə xarakterizə olunmuşdur, onlar ŞİK-müsbət kollagen liflərdən ibarət olmuşlar. Hüceyrə elementləri arasında fibroblastlar, plazmatik və limfoid hüceyrələr, bəzən formalaşan infiltratlar üstünlük təşkil etmişdir. Qranulyasiya toxumasının dərin qatlarında LİK-müsbət sitoplazmalı fibroblastlara rast gəlinmişdir (Şək.5).



Şək.5. Maqnit-lazer terapiyası və aşağıintensivlikli şüalanmasından sonra 12-ci sutka yara toxumasından götürülmüş bioptatın histoloji mənzərəsi. H-Ex100



Şək.6. Maqnit-lazer terapiyası və aşağıintensivlikli şüalanmasından sonra 12-ci sutka yara toxumasından götürülmüş bioptatın histoloji mənzərəsi. H-Ex100

Qranulyasiya toxumasının yetişməsi ilə yanaşı olaraq yaranın epitelləşməsi prosesi qeydə alınmış, birincili tikiş qoyulduqdan sonra 12-ci suta sona yetmişdir (Şək.6).

Beləliklə, tədqiqatın nəticələrindən məlum olmuşdur ki, anorarektal nahiyədə lazer şüalanmasının tətbiq edilməsi onların təmiz cərrahi yara tipi üzrə sağalmasına şərait yardır. Stromanın qranulyasiya toxumasının neytrofil infiltrasiyasının olmaması, leykostazın olma-ması, makrofaqal və fibroblastik sıradan olan hüceyrə elementlərinin erkən aktiv proliferasiyası reparativ proseslərin gedişatında iltihabi reaksiyanın produktiv aseptik xarakterli olduğunu göstərir. Lazer şüasının yaratdığı yüksək hərarət bakterisid təsir göstərək, həm yaranın səthində, həm də yaranın dərinliyində özünü göstərir. Səthdə baş verən sterilləşdirici effekt zülal təbiətli destruktiya məhsulları ilə əlaqədar olan mikroorqanizmlərin məhv olduğunu göstərir, toxumaların dərinliyində isə bu, yalnız yüksək temperatur nəticəsində deyil, həm də hələ tam öyrənilməmiş faktorlar nəticəsində baş verir. Belə sürətli reparativ proseslərin mexanizmi lazer şüalanmasının yaranın sterilləşməsinə, qurumasına və koaqulyasiya olunmuş toxumalasın sərtləşməsinə səbəb olan, damar nüfuzluluğunu azaldan xüsusiyyətləri ilə izah olunur. Mikrobla çirklənmənin səviyyəsinin kəskin aşağı düşməsi,

mikrodamarların cüzi reaksiyası leykositar infiltrasiyanın olmadığını və ekssudadit iltihablaşmanın bütün komponentlərini inkişafını, reparasya prosesində prolifertiv fazanın sürətlə daxil olduğunu göstərir. Nekrolizin orta müddəti, qranulyasiyanın meydana gəlməsi və epitelləşmənin başlaması uyğun olaraq 5,1±0,2; 6,3±1,3; 8,3±0,4 gün davam etmişdir. Sitoloji və sitokimyəvi müayinələr zamanı düşmüş və distrofik dəyişikliklərə uğramış hüceyrələrin sayı nəzarət qrupuna nisbətən 2 dəfə az olmuşdur. Yara işləndikdə lazer fokuslaşdırılmış şüasının sterilliyi yaranın səthində 100% olmuşdur. Yaranın dərinliyində mikroorqanizmlərin tərkibinin azalması baş vermişdir, onlar 1 q toxumada 10^5 mikrob cismindən az olmuşdur. Yara lazer ilə müalicə olunduqda 7-8 gündən sonra nekrolitik toxumalardan təmizlənmiş, açıq qırmızı qranulyasiya ilə örtülmüş, kənarların epitelləşməsi baş vermişdir. Anorektal nahiyədə fistul olan xəstələrdə yüksək və aşağıenergetik lazerin istifadə edilməsi irinli yaraların təmizlənməsinə imkan verir, oradakı regenerativ proseslərini stimullaşdırır, nekrolizin müddətini azaltmağa imkan verir, qranulyasiya və epitelləşmə dövrlərini sürətləndir və reabilitasiya müddətini azaldır.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аминев А.М., Блинничев Н.М., Сагуев М.А. Классификация и лечения свищей прямой кишки Демидов В.А. Лечение повреждений толстой кишки в условиях специализированного отделения //Новый хир.арх., 2002, № 5,с.13 -17.
2. Дербенев В.А., Набиев А.Ф., Стешин А.В. Крайне высокочастотная и лазерная терапия в лечении больных с гнойными ранами мягких тканей // Лазерная медицина, 2010, Т.14(3),с.21-24
3. Айхлер Ю., Айхлер Г.-И. Лазеры. Исполнение, управление, применение /Пер. с нем. М.: Техносфера, 2008. 440 с.
4. Бецкий О.В., Лебедева Н.Н. Первичные механизмы воздействия низкоинтенсивных миллиметровых волн на биологические объекты / V Всеросс. съезд физиотерап. и курортол. и Росс. науч. форума «Физические факторы и здоровье человека». М., 2002, с.33-34
5. Богуславский Л.С., Дульцев Ю.В., Саламов К.Н., Дроздова В.Н. Выбор метода операции при экстрасфинктерных свищах прямой кишки //Хирургия, 1976, №2, с.60-66.
6. Гаджиев Э.А.,Елисеенко В.И. Морфологические особенности заживления гнойной раны при традиционном способе лечения и потенцировании ее сеансами местного воздействия импульсно-индукционным магнито- и низкоинтенсивным лазерным излучением //Лазерная медицина, 2009,Т.13, №3, с.35-39
7. Брехов Е.И., Буйлин В.А., Москвин С.В. Теория и практика КВЧ –лазерной терапии. Тверь: Триада, 2007, 160 с.
8. Буйлин В.А., Брехов Е.И., Брыков В.И. Методические аспекты лазеро-и светостимуляции иммунитета (Обзоры) // Лазерная медицина, 2004, Т.8, вып.1, с.68-75
9. Габибов С.Г., Косаченко А.Г., Горин С.Г., Шодиев Н.А. Преимущество видеоассистированного метода лечения свищей прямой кишки / Тезисы научных работ- Общая колопроктология. VIII международная конференция "Российская Школа Колоректальной Хирургии". М., 2014, с.59
10. Елисеенко В.И. Особенности заживление лазерных ран // Лазерная медицина, 2011, Т.15, вып.2, с.24.
11. Гейниц А.В., Москвин С.В. Новые технологии внутривенного лазерного облучения крови ВЛОК+УФОК и ВЛОК-405. Тверь, 2009, 40 с.
12. Генюк В.Я. Лазер и профилактика осложнений в хирургии / Материалы международной научно-практической. Конференции. М., 2004, с.14-15
13. Генинг Т.П., Арсланова Д.В., Абакумова Т.В. и др. Механизм первичного ответа клеток крови на фотосекундное лазерное излучение // Лазерная медицина, 2012,Т.16, Вып. 3. с.38-44
14. Дербенев В.А..Толстых П.И. Тридцатилетний опыт и перспективы использования лазерного излучения в лечении гнойных ран /Материалы научно-практической конференции. Лазерная медицина XXI века. 2009, с.34

Резюме

Оценка влияния малоинвазивных технологий на течение раневого процесса у больных со свищами прямой кишки различной этиологии при морфологическом исследовании

С.Ш. Джафарова, М.М. Мамедов, Н.И.Мамедов

Применение высоко и низкоэнергетических лазеров, способствует очищению гнойных ран, стимулирует регенеративные процессы в ней, позволяет уменьшить сроки некролиза, ускоряет периоды появления грануляций и эпителизаций у больных со свищами прямой кишки различной этиологии аноректальной области и сокращает сроки реабилитации больных.

Summary

Assessing the impact of minimally invasive technologies for a wound healing process in patients with rectal fistulas of different etiology by morphological study

S.S. Jafarova,. M.M. Mammadov, N.I.Mammadov

The use of high and low-energy lasers, helps cleanse septic wounds, stimulates regenerative processes in it, to reduce the time frame necrolysis, accelerates during the emergence of granulation and epithelialization in patients with rectal fistulas of different etiology anorectal area and shorten the rehabilitation of patients.

Daxil olub: 26.11.2014

SPONTAN DOĞUŞLARIN DİNAMİKASINDA OKSİGEN NƏQLİYYATININ QANIN TURŞU-QƏLƏVİVƏZIYYƏTİNİN VƏ BƏZİ ELEKTROLİTLƏRİN DƏYİŞMƏ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

L.Q. Ağakişiyeva, E.M. Əliyeva, M.A. Qaraşova, N.V.Abbasova

Azərbaycan Tibb Universiteti, I mamalıq və ginekologiya kafedrası, Bakı

Açar sözlər: spontan doğuşlar, biokimyəvi müayinələr, qanın turşu-qələvi vəziyyəti, elektrolitlər

Ключевые слова: спонтанные роды, биохимические анализы, кислотно-щелочный состояние крови, электролиты

Keywords: spontaneous labor, biochemical analysis, acid-base balance of the blood electrolytes

Son illər doğuş prosesində uşaqlığın yığılma aktivliyini tənzimləyən amillərin öyrənilməsi aktual olaraq qalır. Ədəbiyyat məlumatlarına görə bu amillərə uşaqlığın yığılma aktivliyini təmin edən yığılma zülallari, o cümlədən aktin, miozin, uteromiositlərin hipertrofiyası, hiperplaziyası, bəzi orqanoidlərin və sarkoplazmatik retikulum membranlarının mitoxondrilərinin hipertrofiyası və hiperplaziyası, poliribosomların miqdarının artması, tənəffüs fermentlərinin aktivliyinin artması, Ca^{2+} ionlarının hüceyrə deposunda yığılması aiddir [2,3,5].

Müasir elmi tədqiqatların nəticələrinə əsasən müəyyən edilmişdir ki, uşaqlığın yığılma aktivliyinə qanın turşu qələvi vəziyyəti və oksigen nəqliyyatının xüsusiyyətlərinin təsiri mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Müəyyən olunmuşdur ki, hamiləliyin son həftələrində pH-ın miqdarı 7,38±0,02, karbon qazının parsial təzyiqi (PCO_2) 34,29±2,10 mm.c.süt, plazmada bikarbonatların miqdarı (HCO_3)- 19,53±0,76 mmol/l, karbon qazının qanda ümumi miqdarı (TCO_2) -20,64±0,71 mm/mol olmuşdur [1].

Doğuşun I dövründə qanın öH-nın artması (7,44±0,01), PCO_2-nin (26,35±1,02 mm.c.süt), TCO_2-nın (16,73±0,76 mmol/l) azalması qeyd edilir. Müəyyən olunmuşdur ki, ilk doğan qadınlarda spontan doğuşlar oksigen nəqliyyatının göstəricilərinin: mioqlobinin səviyyəsinin- 13,0±16,91-dən 320±90,6 nq/ml qədər oksigen selinin - 1039,9±44,4-dən 1212,8±37,0 nq/ml qədər oksigen selininin indeksinin 539,12±22,3-dən 719,4±20,85 ml/dəq, qanın pH-nın 7,38±0,02-dən 7,44±0,01-ə qədər artması, doğuşun III dövründə isə qanda olan bikarbonatların- 18,4±0,32 mmol/l və əsasların defisitinin 10,3±0,4 mmol/l nəzərəçarpacaq dərəcədə azalması qeyd olunur [1].

Qeyd etmək lazımdır ki, antenatal və intranatal dövrlərdə dölün vəziyyəti qanda turşu-gələvi vəziyyətinin göstəricilərində əks edilir. Müəyyən olunmuşdur ki, dölün xroniki hipoksiyası olan qadınlarda qanda plazmada bikarbonatların miqdarının artması hiperkapniya, hipoksimiya, oksidinin qanla doyması dərəcəsinin azalması ilə özünü bürüzə verir.

Elmi tədqiqatların nəticələri əsasən PO_2-nın 91,63±4,0mm c süt-dan az olması, qanın oksigenlə doyması 95,76±1,23%-dən az olması, PCO_2-nın 34,6±1,95 mm.c.süt.-dan çox olması, CO_2 dayısıyıcın 18,67±1,2 mmol/l-dən çox artması, qanın əsaslarının SBE 5,4±0,9 mmol/L SBC 19,7±0,7 mmol/l-dən çox olması dölün antenatal dövrdə kritik vəziyyətini əks edir.

Müəyyən olunmuşdur ki, ilk doğan qadınların spontan doğuşlarında oksigen nəqliyyatının göstəricilərinin artması müşahidə olunur [1].

Qeyd etmək lazımdır ki, doğuş anomaliyaları olmayan spontan doğuşlarda oksigen nəqliyyatının qanın turşu-qələvi vəziyyəti v elektrolitlərin xüsusiyyətlərinə aid elmi tədqiqatlar aparılmamışdır.

Problemin aktuallığını nəzərə alaraq hazırki, tədqiqatın **məqsədi** doğuş patologiyası olmayan spontan doğuşların dinamikasında oksigen nəqliyyatının, turşu-qələvi vəziyyətinin və bəzi elektrolitlərin səviyəsinin öyrənilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Problemin aktuallığını nəzərə alaraq 70 qadının spontan doğuşlarının dinamikasında oksigen nəqliyyatının göstəriciləri: PCO_2, SO_2 (satuasiya), Hqb, qanın turşu-qələvi göstəriciləri: pH, PCO_2, HCO_3, ABE, SBE, TCO_2-nin, kapilyar qanda elektrolitlərin Na^+, K^+, Ca^{++} ionlarının miqdarı "Epx"blood gas analizer (firma "Alere") aparatında yüksək dəqiqliklə təyin edilmişdir.

Aparılan tədqiqat nəticəsində müəyyən olunmuşdur ki, 47(67,1%) hamilədə yetişkən, 23(32,9%) nəfərdə isə natamam yetişkən uşaqlıq boynu olmuşdur.

Müəyyən olunmuşdur ki, 67,1%-də uşaqlıq boynu yumşaq, boynun uzunluğu 1 sm, uşaqlıq boynu kanalının açıqlığı 2 sm olmuş, uşaqlıq boynunun mərkəzə doğru yerləşmişdirş, 32,9% hamilədə isə uşaqlıq boynu nisbətən yumşaq, uzunluğu 1,5-1,8 sm, servikal kanalın daxili dəliyi nahiyəsində bərkləşmə qeyd olunur.

Beləliklə, doğuş fəaliyyətinin anomaliyaları olmayan spontan doğuşları olan qadınlarda hamiləliyin son həftələrində yüksək tezliklə uşaqlıq boynunun yetişkənliyi qeyd olunur

Qeyd etmək lazımdır ki, bütün spontan doğuşlar vaxtında olmuşdur. 70 doğan qadından 46-sı (65,7%) ilk doğan, 24-də (34,3%) isə təkrar doğan olmuşdur. Doğan qadınların 12-də (17,1%) dölyanı mayenin vaxtından əvvəl axması qeyd edilmişdir.

Doğuş fəaliyyətinin anomaliyaları olmayan spontan doğuşların ümumi davametmə müddəti 11,29±0,21 saat olmuşdur: I dövrünün müddəti - 10,41±0,34 (1,4-13) saat, II dövr- 27,95±0,84 (10-50) dəq, III dövrün müddəti isə 6,0±0,29 (3-10) dəq olmuşdur. I dövrün latent fazasının müddəti 3,18±0,31 (3-7) saat, aktiv fazanın müddəti isə 7,23±0,36 (3-11) saat olmuşdur.

Oksigen nəqliyyatının göstəriciləri cədvəl 1-də təqdim olmuşdur.

Cədvəl 1

Oksigen nəqliyyatının göstəricilərinin nəticələri (M±Se)

Göstəricilər	Doğuşun dövrləri			p
	I dövr	II dövr	III dövr	
PO_2 (mm.c.süt)	85,53±4,44 (62,4-156,3)	89,79±3,6 (66,0-125,0)	78,78±2,8 (58,1-108,2)	$p_{1-2}>0,05$ $p_{2-3}>0,05$ $p_{1-3}>0,05$
SO_2 (saturasiya %-lə)	96,38±0,42 (92,2-99,5)	96,86±0,37 (92,5-99,1)	95,27±0,48 (91,1-98,5)	$p_{1-2}>0,05$ $p_{2-3}>0,05$ $p_{1-3}>0,05$
Hqb (q/l)	118,4±0,51 (100-137)	124,3±0,22 (108-143)	123,5±0,21 (102-148)	$p_{1-2}<0,05$ $p_{2-3}>0,05$ $p_{1-3}<0,05$

Cədvəl 1-dən göründüyü kimi spontan doğuşların II dövründə oksigenin parsial təzyiqinin artması, III dövrdə isə azalması qeyd edilir ($p>0,05$). Eyni zamanda qanın oksigenlə doyma (saturasiya) göstəricisi doğuş anomaliyaları olmayan spontan doğuşlarda praktiki olaraq dəyişməmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, oksigen daşıyıcısı olan hemoqlobinin doğuşun II dövründə nəzərəçarpacaq dərəcədə artması qeyd edilir ($p<0,05$). Tədqiqatda spontan doğuşların dinamikasında kapillyar qanda turşu-qələvi vəziyyəti müəyyən olunmuşdur. Alınan nəticələr cədvəl 2-də təqdim edilmişdir.

Cədvəl 2-dən göründüyü kimi PH-ın, PCO_2-nin, HCO_3-un, TCO_2-nin, qanın əsaslarının (ABE, SBE) göstəricilərində doğuşun dinamikasında statistik dürüst fərq təyin edilmişdir. Qeyd etmək lazımdır ki, tədqiqatda

spontan doğuşların dinamikasında kapillyar qanda elektrolitlərin miqdarı təyin edilmişdir.

Alınan nəticələr cədvəl 3-də təqdim olunmuşdur.

Cədvəl 2

Spontan doğuşların dinamikasında qanın qələvi turşa-qələvi vəziyyətinin göstəriciləri (M±Se)

Göstəricilər	Doğuşun dövrləri			p
	I dövr	II dövr	III dövr	
PH	7,44±0,008 (7,38-7,55)	6,98±0,25 (7,38-7,52)	7,4±0,009 (7,29-7,47)	p_{1-2}>0,05 p_{2-3}>0,05 p_{3-4}>0,05
PCO_2, mm.c.süt	28,75±0,96 (18,6-32,4)	29,9±1,15 (20,7-43,6)	29,1±0,78 (24,2-38,9)	p_{1-2}>0,05 p_{2-3}>0,05 p_{3-4}>0,05
HCO_3, mm/l	19,47±0,54 (13-22,6)	19,8±0,55 (15,6-26,7)	18,26±0,65 (13,7-25)	p_{1-2}>0,05 p_{2-3}>0,05 p_{1-3}>0,05
TCO_2, mmol/l	20,37±0,57 (13,6-23,6)	20,72±0,58 (16,3-28)	19,15±0,67 (14,4-26,2)	p_{1-2}>0,05 p_{2-3}>0,05 p_{1-3}>0,05
ABE	4,68±0,55 (1,3-10,9)	4,68±0,45 (1,8-8,4)	6,52±0,74 (0,4-12,9)	p_{1-2}>0,05 p_{2-3}>0,05 p_{1-3}>0,05
SBE	3,45±0,48 (0,4-8,5)	3,6±0,38 (1,3-7,4)	5,34±0,66 (0,4-11,6)	p_{1-2}>0,05 p_{2-3}>0,05 p_{1-3}>0,05

Cədvəl 3

Spontan doğuşların dinamikasında kapilyar qanda elektrolitlərin dəyişmə xüsusiyyətləri (M±Se)

Göstəricilər	Doğuşun dövrləri			p
	I dövr	II dövr	III dövr	
Natrium, mmol/l (N^+)	137,1±0,29 (134-139)	137,2±0,39 (133,0-140)	131,1±6,17 (128-139)	p_{1-2}>0,05 p_{2-3}>0,05 p_{1-3}>0,05
Kalium, mmol/l (K^+)	4,61±0,12 (3,9-6,3)	4,28±0,09 (3,5-5,1)	4,32±0,09 (3,7-5)	p_{1-2}>0,05 p_{2-3}>0,05 p_{3-4}>0,05
Kalsium,mmol/l ($Ca^{++)}$	1,62±0,35 (1,15-8,22)	1,95±0,48 (1,17-8,26)	1,22±0,04 (0,45-3,39)	p_{1-2}>0,05 p_{2-3}>0,05 p_{1-3}>0,05

Cədvəl 3-dən göründüyü kimi spontan doğuşlarda Na^+, K^+ ionların miqdarı praktiki olaraq dəyişmir. Ca^{++} ionların miqdarının doğuşun II dövründə artmasına baxmayaraq statistik dürüst fərq təyin edilməmişdir (p>0,05).

Beləliklə, doğuş anomaliyaları olmayan spontan doğuşların dinamikasında oksigen nəqliyyatını əks etdirən hemoqlobinin doğuşun II dövründə nəzərəçarpacaq dərəcədə artması qeyd olunur (p<0,05). Oksigen nəqliyyatının digər göstəriciləri, eyni zamanda qanın turşu-qələvi vəziyyətinin və mikroelementlərin göstəriciləri praktik olaraq dəyişmədir. Alınan nəticələr doğuş patologiyası olmayan spontan doğuşların biokimyəvi göstəricilərinin fizioloji meyarları kimi qəbul edilə bilər.

ƏDƏBİYYAT

1. Алиева Э.М. Патология родовой деятельности у первобеременных (патогенез, клиника, диагностика, терапия, профилактика): Автореф. дис. …д.м.н., М., 1997, 41с.
2. Aaronson P.I., Sarwar U., Gin S. et al A role for voltage-gated, but not Ca^{2+} - activated, K^+ channels in regulating spontaneous contractile activity in myometrium from virgin and pregnant rats // Br.J.Pharmacol, 2006, №147, p.715-724.

3. Brainad A.M., Miller A.J., Martens J.R., England S.K. Maxi-K channels localize to caveolae in human myometrium: a role for an actin-channel-caveolin complex in the regulation of myometrial smooth muscle K^+ current // Am.J.Physiol.Cell Physiol., 2005, v.289, p.49-57.
4. Bru-Mercier G., Gullam J.E., Thornton S. et al Characterization of the tissue-level Ca^{2+} signals in spontaneously contracting human myometrium // J.Cell.Mol.Med, 2012, v.16, p.12990-13000.
5. Chanrachakul B., Pipkin F.B., Warren A.Y. Progesterone enhances the tocolytic effect of ritodrine in isolated pregnant human myometrium // Am.J.Obstet.Gynecol., 2005, v.192, №2

Резюме

Особенности изменения транспорта кислорода, кислотно-основного состояния крови и некоторых электролитов в динамике спонтанных родов

Л.Г. Агакишиева, Э.М. Алиева, М.А. Гарашова, Н.В.Аббасова

Целью исследования явилось изучение показателей транспорта кислорода, кислотно-основного состояния крови и электролитов в динамике спонтанных родов без аномалий родовой деятельности (АРД). Исследовано 70 спонтанных родов без АРД. Длительность I периода родов составила 11,29±0,21 час, II периода родов 27,95±0,84 мин., III периода родов 6,0±0,29 минут. Латентная фаза I периода составила 3,18±0,51 часов, активная фаза – 7,23±0,36 часов. Установлено, что в динамике спонтанных родов отмечается достоверное увеличение гемоглобина во II периоде родов. Другие показатели транспорта кислорода: парциальное давление кислорода и сатурация, а также показатели кислотно-составного состояния крови ионов натрия, калия и кальция в динамике спонтанных родов практически не менялись.

Summary

Features of changes in oxygene transport, acid-base status of blood and some electrolytes in the dynamic of spontaneous labor

L.Q. Agakishiyeva, E.M. Aliyeva, M.A. Qarashova, N.V.Abbasova

The purpose of investigation: to study the indicators of oxygen transport, acid-base status of the blood and electrolyres in the dynamics of spontaneous labor without abnormalities in labor activity. İt was controlled saces of spontaneous labor without abnormalities of labor activity. The duration of 1 period was 11,29±0,21 was approximately 3,18±0,51 hour, active phase- 7,23±0,36 hour. Was found out that during 2 period of labor the level of haemoglobine dramatically increases. Other indicators of oxygen transport such as: partial pressure of oxygen, saturation, acid-base status of the blood, levels ov Potassium, Sodium and Calsium ions remain stable in the dynamics of spontaneous labor.

Daxil olub: 09.12.2014

İMPLANTÜSTÜ PROTEZLƏR TƏTBİQ OLUNMUŞ ŞƏXSLƏRDƏ STOMATOLOJİ STASUSUN XARAKTERİSTİKASI

H.H.Musayeva

Azərbaycan Tibb Universiteti, ortopedik stomatologiya kafedrası, Bakı

Açar sözlər: implantüstü protezlər, stomatoloji status, ağız boşluğunun gigiyenik vəziyyəti, somatik xəstəliklər
Ключевые слова: протезирование на имплантатах, стоматологический статус, гигиена ротовой полости, соматические болезни
Keywords: implant prosthetics, dental status, oral hygiene, somatic illness

Ağız boşluğundakı dişlərin itirilməsinin əsas səbəblərinə karies və onun ağırlaşmaları, paradont xəstəlikləri və s. aiddirlər. Müxtəlif dövrlərdə stomatologiyada itirilmiş diş sıralarını müxtəlif yollarla bərpa olunmuşdur. Bu üsullara çıxmayan körpüyəbənzər protezlər və çıxan lövhəli və bügel protezləri aiddir. Çıxmayan ortopedik körpüyəbənzər protezlərin tətbiqi fizioloji və anatomik funksiyaları bərpa etsə də, fiksə olunduğu dayaq dişlərinin təbii parodontlarının normadan artıq yüklənməsinə, protezin aralıq hissəsinin altında istər-istəməz

qida qalıqlarının toplanması ıla əlaqədar olaraq halitozun meydana gəlməsinə səbəb olur [1,3,4]. Bundan başqa, tədqiqatlar göstərmişdir ki, körpüyəbənzər protezin dayaq dişlərin parodontunun ətrafındakı sümük toxumasında "sıxlaşma" müşahidə olunur, sümük sahəsi qeyri-proporsional böyüyür. İmplantlar əsasən inert tərkibli nikel titan xəlitələrdən ibarət olur. Dental implantasiya dişlər qismən və ya tam itirildikdə tez-tez istifadə olunan bir müalicə üsuluna çevrilmişdir. İmplantatlarının uğurla yerləşdirilməsi və müalicəsinin nəticəsi müsbət olduqca onların tətbiqi genişlənmişdir. Osteointeqrasiya canlı sümük toxuması ilə içərisinə implantasiya olunmuş materialların birbaşa struktur və funksional olaraq birləşdiyi kliniki mərhələdir. Ədəbiyyatda zəif sıxlıqlı sümük toxumasına yerləşdirilmiş implantların daha çox uğursuzluq dərəcəsi nümayiş etdirdiyi göstərilmişdir [6]. Bu səbəbdən əməliyyatdan əvvəl sümük toxumasının keyfiyyətinin qiymətləndirilməsi müalicə planı baxımından çox vacib əhəmiyyət kəsb edir.

Tədqiqatın məqsədi İmplantüstü protezlər tətbiq olunmuş şəxslərdə stomatoloji stasusun qiymətləndirilməsindən ibarət olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Bu məqsədlə tərəfimizdən implantatüstü protezləmə icra edilmiş 200 nəfər müayinə və müalicələrə cəlb edilmişdir. Qeyd edək ki, tərəfimizdən xəstələrin implantatları diametr və uzunluqları 3,4x12, 3,8x 12 və 4,3x12 olmaqla (İmplantium; Dentium, Seoul, South Korea) yetkin sümük içərisinə yerləşdirilmişdir. Bütün cərrahi əməliyyatlar lokal anesteziya (artikain 1:200000 epinefrin) altında icra edilmişdir. Daha sonra onların implantatları üzərinə ortopedik konstruksiyalar tətbiq olunmuşdur. Müayinələr zamanı xəstələrdə ağız boşluğunun fərdi gigiyenik vəziyyəti, onlarda parodontitin müalicəsi və professional gigiyenik tədbirlərin icra edilməsinin müntəzəmliyi, implantüstü protezlərin istifadə müddəti, parodontitin olması, implantatların çənənin hansı hissəsində yerləşməsinə, ümumi somatik xəstəliklərin olması, siqaretçəkmənin olması, preriimplantitlərin olması, implantüstü protezlərin konstruksiyası və onların vəziyyətinə dair araşdırmalar aparılmışdır. Alınmış ədədi verilənlər müasir tələblər nəzərə alınmaqla 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 onların müzakirəsi. Tədqiqat nəticəsində tərəfimizdən implantatlar tətbiq olunmuş və sonradan onların üzərinə ortopedik konstruksiyalar fiksə olunmuş 200 şəxsdən 82 nəfəri kişi və 118 nəfəri isə qadın olmuşdur ki, bu da ümumi müayinə olunanlar üzrə uyğun olaraq, 41,0% və 59,0% təşkil etmişdir. İmplantatların tətbiq olunmasının əsas səbəblərindən bir də dişlərin erkən yaş dövrlərində itirilməsidir ki, bizim tədqiqatda qadınların daha çox implantasiya əməliyyatına cəlb olunmalarının da əsas səbəbi qadınların hamiləlik dövründə kalsium mübadiləsinin pozulması ilə əlaqədar dişlərin 25-40 yaş arasında dövrlərində itirilməsidi. Bundan başqa, ağız boşluğunda orqan və toxumaların vəziyyətini müəyyən edən əsas meyarlardan biri də ağız boşluğunun fərdi gigiyenik vəziyyətidir. Bizim tədqiqatda müayinə etdiyimiz 200 xəstədən 107 nəfərində ağız boşluğunun gigiyenik vəziyyəti qənaətbəxş olsa da, 93 nəfərində vəziyyət qeyri-qənaətbəxş olmuşdur ki, bu göstəricilər müayinə etdiyimiz şəxslərin müvafiq olaraq, 53,5% və 46,5%-ni əhatə etmişdir. Ağız boşluğunun müntəzəm olaraq, həkim-stomatoloqun nəzarətində saxlanılması, dipanserləşmə, peşəkar gigiyena tədbirlərinin tətbiq olunması, periodontitlərin müalicəsinin icra edilməsi ağız boşluğunda patologiya və xəstəliklərin aradan qaldırılmasında mühüm əhəmiyyətə malikdir. Müayinə etdiyimiz implantatlar və onların üzərinə ortopedik konstruksiyalar tətbiq olunmuş şəxslərin 73 (36,5%) nəfəri müntəzəm olaraq, həkim nəzarətində qalmaqla, dispanserizasiya olunmuşlar, peşəkar gigiyenik və parodontal yardımla təmin olunduqları halda, 69 (34,5%) nəfərdə qeyri-müntəzəm olaraq, qeyd olunan tədbirlər və yardımlarla təchiz olunmuşlar. Müayinə etdiyimiz şəxslərin yalnız 58 (29,0%) nəfərində qeyd oluna yardımçı tədbirlər icra edilməmişdir. Qeyd olunan şəxslərin gigiyenik və parodontal yardımla təmin olunmamaqlarının əsas səbəbi onların öz səhlənkarlığı ilə bağlı olmuşdur. Peşəkar gigiyenik və parodontal yardım tədbirləri postimplantasion reabilitasiya və implnatatüstü ortopedik konstruksiyaların gigiyenik vəziyyətinin saxlanılmasında mühümdür.

İmplantatüstü protezləmənin müddəti də implantasiya əməliyyatlarının keyfiyyətinin əsas göstəricilərindən hesab olunur. Protezləmənin

keyfiyyəti onun uzun müddət istifadəsi zamanı özünü göstərir. Tərəfimizdən implantasiya əməliyyatı və sonradan onların üzərinə tətbiq olunmuş protezlərin müddətinə görə təsnif olunması zamanı 72 (36,0%) nəfərdə protez tətbiq etdiyimizdən 1 ildən artıq müddət, 67 (33,5 %) nəfərində 2 ildən artıq və 61 (30,5%) nəfərində isə protezin 3 ildən artıq olduğu müəyyən edilmişdir (cədvəl 1).

Parodontitlər parodont toxumalarının iltihabi destruktiv xəstəliyi olub dişlərin erkən itirilməsində əsas rola oynayır. Ağız boşluğunda parodontitlərin olması implantatlar üçün real təhlükə mənbəyidir, çünki parodontitlər zamanı periodont cibləri A.actinomycetemcomitans və P.gingivalis kimi yüksək parodontopatogenliyə malik mikroorqanizmlər üçün depo rolunu oynayır. Bu mikroblarla implantatətrafı toxumaları da ilitihabı-destruksiyaya proseslərinə cəlb edə, periimplantitlərə gətirib çıxa bilərlər.

Ağız boşluğunda implantatların lokalizasiyası da kliniki əhəmiyyətə malikdir. Adətən insanlar ilk olaraq, çənədə yan dişlərini itirirlər ki, bunun da əsas səbəbi yan dişlərin daha çox və ağır funksiya icra etmələri, daha dərin şırımlara və çuxurlara malik olduqlarından daha çox karioz prosesə və kariesin ağırlaşmalarına daha çox məruz qalmaları ilə əlaqədardır. Bundan başqa, arxa-yan dişlər itrilirdikdə onların fizioloji və anatomik funksiyalarını körpüyəbənzər protezlərlə bərpa etmə imkanları ön-frontal dişlər nahiyəsində olduğundan daha azdır. Tərəfimizdən implantasiya əməliyyatı icra edilmiş 200 nəfərdən 61 (30,5%) nəfərində implantatlar yalnız yuxari çənəyə, 78 (39%) nəfərində yalnız aşağı çənəyə, qalan hallarda isə hər iki çənəyə tətbiq olunmuşdur. Bundan başqa, onu da qeyd etmək lazımdır ki, bu şəxslərin 54 (19,5%) nəfərində implantatlar çənələrin yalnız ön-frontal hissələrinə, 84 (30,3%) nəfərində implantatlar çənələrin yalnız yan-çeynəmə hissələrinə və qalan hallarda isə həm yan, həm frontal hissələrinə birlikdə tətbiq olunmuşdur.

İmplantasiya əməliyyatları tətbiq olunmuş və implantüstü ortopedik konstruksiyalar fiksə olunmuş şəxslərin ağız boşluğunun vəziyyətinin qiymətləndirilməsi və planlama zamanı xəstələrin ümumi orqanizmlərinin vəziyyəti və somatik xəstəliklərin olub-olmaması xüsusi əhəmiyyət daşıyır. Ümumi somatik patologiyalar dedikdə, şəkərli diabet, anemiya, ürək-damar xəstəlikləri, böyrək və qaraciyər xəstəlikləri nəzərdə tutulmuşdur. Belə ki, müayinə etdiyimiz 200 şəxsdən 58 (29,0%) nəfərində qeyd etdiyimiz patologiyalardan hər hansı birinə rast gəlinsə də, 142 (71,0%) nəfərində heç bir patologiyaya rast gəlinməmişdir.

Siqaretçəkmə zərərli vərdişlərdən olub, ümumi orqanizm səviyyəsində baş verən patologiyalara səbəb olur. Siqaretçəkmə ağız boşluğunun yerli immuniteti, mikrobiosenoz və digər parametrlərə mənfi təsir göstərərək implantasiya əməliyyatının nəticələrinə də mənfi təsir göstərir. Müayinə etdiyimiz 200 xəstədən 64(32%) nəfəri siqaret çəkən olsa da qalanları bu zərərli vərdişdən uzaq şəxslər olmuşlar, siqaretçəkənlərin hamısı kişilər olmuşlar.

Periimplantitlər implantasiya əməliyyatlarının yaxın və uzaq nəticələrinin qiymətləndirilməsində əsas meyarlardan hesab olunur. Periimplantitlərin bir çox səbəbləri ola bilər ki, bunlara əsasən implantasiya texnikasının düzgün seçilməməsi, onların üzərinə düşən yükün düzgün qiymətləndirilməməsi, planlaşdırılmanın duzgün aparılmaması, çənə sümüklərinin sıxlığı və s. bizim implantatlar tətbiq etdiyimiz və sonradan üzərinə ortopedik konstruksiyalar fiksə etdiyimiz 200 şəxsdən 17(8,5%) nəfərində periimplantitə rast gəlinsə də 183 (91,5%) nəfərində müşahidə olunmamışdır. Periimplnatitlər əsasən yaşlı və ümumi orqanizmində problemlər olan şəxslərdə müşahidə olunmuşdur.

Tətbiq olunmuş implantatüstü protezlərin konstruksiyasının seçilməsi xəstənin itirdiyi dişlərinin sayından, damaqların atrofiya dərəcəsindən və xəstənin sosial vəziyyətindən asılıdır. Tərəfimizdən müayinə olunan implantatüstü protezlər olan xəstələrin 13 nəfərində yəni ümumi şəxslərin 6,5%-i çıxan protez, 187 (93.5%) nəfəri çıxmayan konstruksiyalar tətbiq olunmuşdur. İmplantatüstü ortopedik konstruksiyaları quraşdırılarkən mümkün qədər körpüyəbənzər protezlərə üstünlük vermək lazımdır.

Cədvəl

İmplantüstü protezlər tətbiq olunmuş şəxslərdə bəzi stomatoloji müayinələrin nəticələri

Fərdi gigiyenik status adi müayinə ilə					
Qənaətbəxş			Qeyri-qənaətbəxş		
107 (53,5%)			93 (46,5%)		
Peşəkar gigiyenik və parodontal yardım tədbirlərinin icra edilməsinin müntəzəmliyi					
Müntəzəm		Qeyri-müntəzəm		İcra edilməmişdir	
73 (36,5%)		69 (34,5%)		58 (29,0%)	
İmplantatüstü protezlərin istifadə müddəti					
1 ildən artıq		2 ildən artıq		3 ildən artıq	
72 (36,0%)		67 (33,5%)		61 (30,5%)	
Ağız boşluğunda parodontitin olması					
+			-		
68 (34,0%)			132 (66,0%)		
Müayinə olunanların cins tərkibi					
Kişi			Qadın		
82 (41,0%)			118 (59,0%)		
İmplantatların ağız boşluğunda yerləşməsinə görə					
Yuxarı çənə	Aşağı çənə	Hər iki çənə	Ön dişlər nahiyəsi	Yan dişlər nahiyəsi	Həm ön həm də yan nahiyə
61 (22,0%)	78 (28,2%)	61 (30,5%)	54 (27%)	84 (42%)	138 (69%)
Müayinə olunanlarda ümumi somatik patologiyaların olması					
+			-		
58 (29,0%)			142 (71,0%)		
Siqaretçəkmə					
+			-		
64 (32,0%)			136 (68,0%)		
Periimplantitlərin olması					
+			-		
17 (8,5%)			183 (91,5%)		
Tətbiq olunmuş implnatatüstü protezlərin konstruksiyası					
Çıxan			Çıxamayan		
13 (6,5%)			187 (93,5%)		

ƏDƏBİYYAT

1. Дудко А.С. Некоторые аспекты гигиенического ухода за зубными имплантатами // Новое в стоматологии, 2008(63), № 3, с.73-78.

2. Зорина О.А., Кулаков А.А., Грудянов А.И. Микробиоценоз полости рта в норме и при воспалительных заболеваниях пародонта // Стоматология, 2011, №1, с.73-77.

3. Матвеева, А.И., Гветадзе Р.Ш., Балуда И.В. Клинико-рентенологические аспекты протезирования с использованием внутрикостных имплантатов / Сб. тезисов научных трудов «Современные проблемы стоматологии». М., 2009, с.166-167.

4. Chongcharoen L.M., Lang N.P. Effectiveness of different interdental brushes on cleaning the interproximal surfaces of teeth and implants: a randomized controlled, double-blind cross-over study // Clin Oral Implants Res., 2012, №23 (5), p.635-640.

5. Deshmukh. J., Vandana K.L., Chandrashekar K.T. Clinical evaluation of an ionic toothbrush on oral hygiene status, gingival status and microbial parameter//Indian J. Dent.Res.,2006,v.17(2),p.74-79.

6. Frank M.H., Baas E.M., de Lange J. Peri-implantitis in the general oral and maxillofacial surgery practice. A pilot study // Ned Tijdschr Tandheelkd., 2012, № 119 (3), p.123-1

Резюме

Характеристика стоматологического статуса у лиц при протезировании на имплантатах

Г.Г.Мусаева

Для решения поставленных задач, нами было проведено обследование и ортопедическое лечение 200 человек, набранных из групп диспансерного наблюдения по заболеваниям пародонта и без видимых признаков заболеваний пародонта, обратившихся в стоматологическую поликлинику для протезирования. У части осложнений и недостатков была полная или частичная специфичность, характерная только для имплантационных протезов. Другие же были общими, универсальными и для имплантационных, и для банальных конструкций зубных протезов. Подавляющее большинство протезов удовлетворяло своих пользователей по своим функциональным и эстетическим параметрам. Жалобы в ряде случаев касались лишь задержки пищевых остатков и затруднений в очищении протезов от них. Степень удовлетворенности каждым протезом учитывалась при получении субъективной оценки больного во время опроса и анкетирования.

Summary

Characteristics of the dental status in patients with prosthetic implant

H.H.Musayeva

To solve the problems, we conducted a survey and orthopedic treatment of 200 people recruited from the outpatient groups observations on periodontal diseases and without visible signs DISEASES eases periodontal applied to the dental clinic for prosthetics. In some of the complications and drawbacks was complete or partial specificity, characteristic only for implant prostheses. Others were common, universal and for implantation, and the banal designs of dentures. The vast majority of prostheses satisfy its users in terms of functionality and aesthetic parameters. Complaints in a number of cases involved only delays food residues and difficulty in purifying prostheses from them. The degree of satisfaction with each prosthesis was taken into account in the preparation of the subjective assessment of the patient at the time of interview and questionnaire.

Daxil olub: 17.11.2014

XƏSTƏLƏRDƏ İSTİQAMƏTLƏNDİRİLMİŞ TOXUMA BƏRPASI CƏRRAHİ METODUNDAN ƏVVƏL VƏ SONRA RADİKAL TƏMİZLƏYİCİ FERMENTLƏRİN AKTİVLİYİNİN DƏYİŞMƏSİ VƏ REAKTİV OKSİGEN NÖVLƏRİNİN BİOMATERALLARA VƏ YARA YAXŞILAŞMASINA TƏSİRİ

*E.Aliyev, **U.Sakallıoğlu, ***Z.Eren

***Mərkəzi neftçilər xəstəxanası, GENLAB laboratoriyası, Bakı **Ondoqquz may universiteti, diş həkimliyi fakültəsi, Periodontologiya bölməsi, Samsun, Türkiyə**

*****Ondoqquz may universiteti, Fən Fakültəsi Molekulyar Biologiya (biokimya) elm sahəsi, Samsun, Türkiyə**

Açar sözlər: istiqamətləndirilmiş toxuma bərpası, radikal təmizləyici fermentləri, reaktiv oksigen növləri, yara yaxşlaşması

Ключевые слова: направленное восстановление ткани, радикальные очищающие ферменты, виды реактивного кислорода, улучшение раны

Keywords: directional tissue repair, radical cleansing enzymes, reactive oxygen species, improving wound

Sərbəst oksigen radikalları, oksigenin müəyyən şərtlərdə qismən reduksiyası nəticəsində meydana gələn, çox qısa ömürlü və güclü oksidləşdirmə keyfiyyətinə malik oksigen metabolitləri olub, oksidativ stressə səbəb olaraq, hüceyrə və ya toxumada molekulyar ölçüdə zərərli proseslərə gətirib çıxara bilər. Toxumaların bərpa olunmasının gedişatında hüceyrələrin çoxalma və ötürülməsinə maneçilik törədə bilər [1,2]. Daxili və xarici antioksidantlar, oksidativ stressi minimuma endirərək, reaktiv oksigen növlərinin toxuma üzərindəki zərərlərini azaldır.

Antioksidant sistemlər funksional və kimyəvi tərkibi baxımından; [1] fermentativ antioksidantlar, [2] əngəlləyici antioksidantlar və [3] zəncirvari reaksiyanı qıran və ya təmizləyici (süpürücü) antioksidantlar olaraq təsnifləşdirilə bilər. Fermentativ antioksiantlardan (ROMSE) Superoxid dismutaz (SOD), Katalaz (CAT) və Qlutatyon proxidaz (GPX) reaktiv oksigen molekulalarını daha az zərərli molekulalara çevirən ilkin müdafiə sistemini yaradır [4]. Bu antioksidantlar, reaktiv oksigen növləri (RON) meydana gəlincə onları daha az zərərli maddələrə çevirirlər. Bəhs edilən bu fermentlər hüceyrədaxili antioksidantlardı. Hüceyrəxarici antioksidantlar isə daha çox əngəlləyici və süpürücü növlərə aiddirlər [1,4].

Yaranın sağalması, zərərin dərəcəsindən asılı olaraq meydana gələn kompleks və hərəkətli toxuma reaksiyasıdır [5]. Bu proseslərdən inflamasiya sırasında netrofillərdən ifraz olunan sərbəst oksigen radikalları və lizozomal fermentlərlə yara yerinin təmasda olması, bakteriya və yad maddələrin aradan qaldırılmasını asanlaşdırır [4].

Peridontal xəstəliklər diş ətinin, dəstək sümüyünün (alveolyar sümük) periodontal liqament və sementin degenerasiyası və iltihabı ilə xarakterizə edilən patoloji terimindir [6]. Periodontal əməliyyatların məqsədi diş əti nahiyəsində yumşaq toxumalarda yaraların sağalması mexanizminin gücləndirilərək, sağalmaya nail olunmasından ibarətdir [7]. Əməliyyat proseslərində istifadə edilən suturlar (sapların) reaktiv oksigen yaratmaq qabiliyyətinə malikdir [8].

Son illərdə istiqamətləndirilmiş toxuma bərpası (İTB) istifadə etməklə periodont toxumalarının regenerasiyasına nail olunmasında əhəmiyyətli irəliləyişlər qeyd edilmşdir [9] Barier membrandan istifadə etməklə periodontal ligamentte olan progenitor hüceyrələrin periodontal toxumaların regenerasiyasını təmin etdiyi qəbul edilmişdir [10].

Absorbasiya edilən bariyer membranlarından olan Atrisorb, N-methyl-2-Pyrrolidine (NMP) tərkibi həll olan Poli (D, L-lactide) yəni laktik turşu polimerindən ibarətdir [11]. Materialın bioabsorbsiyası ətraf toxumada az dərəcədə iltihab reaksiyaya səbəb olduğu, lakin bu cavabın minimum və az əsirli olduğu, eləcə də regenerasiya prosesinə imkan verdiyi nəzərə alınaraq hazırki tədqiqatın mövzusu kimi müraciət edilmişdir [10].

İltihab ve işemiya RON meydana gəlməsinin əsas səbəblərindən olub, yara sağalması sırasında əsasən Xanhine oxidase fermentinin və iltihab prosessində NADP oxidase-in aktivləşməsindən sonra meydana gəlir [3].

Hazırkı tədqiqat işinin **məqsədi** İTB əməliyyatından əvvəl və sonra radikal oksigenin kəmiyyət göstəricisi olaraq, SOD və CAT ferment aktivliyi ölçülərək, reaktiv oksigen

növlərinin biomaterialların parçalanmasında iştirak edib-etmədiyini və bu reaktiv oksigen növlərinin yara sağalmasının yaxşılaşmasına təsir edib-etməcəyinin proqnozlaşdırılmasından ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqatın materialı 19 May Universiteti diş həkimliyi fakultəsi Periodontologiya klinikasında İTB əməliyatı üçün nəzərdə tutulan xəstələrin dişəti nümunələrindən ibarət olnuşdur. Təcrübəyə orta yaş həddi 41 olan sistemli medikamentoz müalicə almayan, son 6 ay ərzində mütəmadi olaraq antibiotik, vitamin və s. kimi dərmanlar istifadə etməyən 10 xəstə daxil edilmişdir.

Əməliyyatların gedişatında dişətlərindən 0.5x0.5 mm ölçülərində götürülən bioloji materiallar 0,25 M saxaroza məhluluna qoyulmuş və sonra –70 ^{0}C Deep-Freeze'yə qoyularaq biokimyəvi müayinələrə qədər saxlanmışdır.

İnyeksiyada istifadə olunan ləvazimatlar 175^{0}C'də 60 dəq sterilizasiya edildikdən sonra istifadə edildmişdir.

Tədqiqat qruplarının yaradılması. Təcrübədə kontrol qrupu və test qrupu olmaqla 2 müxtəlif nümunədən istifadə edilmişdir. Qruplar, əməliyyatdan əvvəl və əməliyyatdan 1 ay sonra müayinə olunan qruplara ayrılmişdır. Xəstələrdən hər dəfə 2 test bölgəsindən diş ətləri nümunələri əldə edilmişdir. Hər müayinə 3 dəfə təkrar edilmiş və əldə olunan orta göstəricilər tədqiqatın nəticələrinin təhlil edilməsində istifadə edilmişdir.

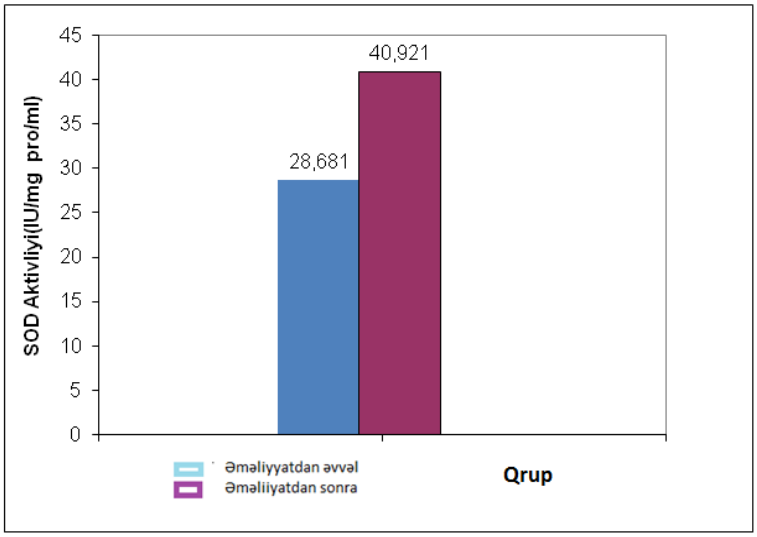
Dişəti homogenizasiyası, sonifikasiyası və sentrifuqasiyası. Diş ətləri Turrax T 25 tipi homogenizatorun ən yüksək sürətində (Max rpm) 3 dəfə 20 san olmaqla 1 dəq müddətində homogenizasiya edilmişdir. Homogenizasiyadan sonra nümunələrə 1 ml 0,25 M saxaroza əlavə edilərək, Sanyo soniprep (150 MSE) cihazında 0^0 C'də 15-20 nöqtəsində 15 san aralıqlarla 3 dəfə sonifikasiya edilmişdir. Sonifikasiya prosesindən sonra diş ətləri sentrifuqa tüblərinə boşaldılmış, 15.000 rpm-də 15 dəq sentrifuqa edilmişdir. Sentrifuqa prosesindən sonra əldə edilən supernatantlarda ferment aktivlikləri və protein ölçmə təcrübələri aparılmışdır. Laboratoriya təcrübələri 0-4 ^{0}C'də həyata keçirilmişdir. Protein Lowry (1951) metoduna əsasən təyin edilmişdir. SOD aktivliyi Mc Cord və Fridovich (1969)'in spektrofotometrik metodu və Flohe və Otting'in (1984) metodu ilə müəyyən edilmişdir. Katalaz fermentinin aktivliyi Luck(1963) metodu ilə təyin edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri. *Əməliyyatdan əvvəl və sonra Total SOD aktivliyinin dəyişiməsi.* Əməliyyata başlamazdan əvvəl və bu əməliyyatdan 1 ay sonra xəstələrdən əldə edilən diş əti nümunələri yuxarıda qeyd olunan proseslərdən keçirildikdən sonra aktivlik təyin edilmişdir. Müayinə qrupundakı 10 xəstədən əldə edilən orta göstəricilərin əməliyyatdan əvvəlki Superoksid dismutaza aktivliyi göstəricilərinə nisbətən təqribən 62,92 % artdığı məlum olmuşdur.

Cədvəl 1

Müayinə qrupunda superoksid dismutaza aktivliyinin zamana görə dəyişməsi (IU/mg protein/ml)

N	Təcrübə	
	Əməliyyatdan əvvəl	Əməliyyatdan sonra
1	39,6	52
2	12,39	13,16
3	32,2	48,39
4	15,5	59,07
5	16,9	24,6
6	49,1	51
7	49,24	39,8
8	19,6	54,6
9	23,6	25,67
10	28,68	40,92



Şək. 1. Müayinə (test) və nəzarət (kontrol) qruplarında Superoksid dismutaza aktivliyinin zamana görə dəyişməsi (IU/mg protein/ml)

Cədvəl 2
Müayinə qrupunda Catalase aktivliyinin zamana görə dəyişməsi (IU/mg protein/ml)

N	Təcrübə	
	Əməliyyatdan əvvəl	Əməliyyatdan sonra
1	314,8	514
2	143	258,1
3	355	564
4	933	956
5	344	547
6	1272	1235
7	861	1432
8	336	677
9	228,9	529
10	393,6	514,84

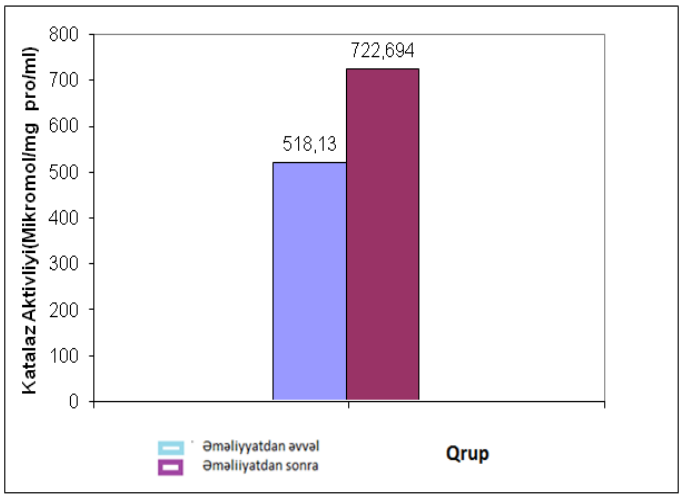
Bu nəticələr statistik olaraq ön test/son test korrelyasiya analizi ilə qiymətləndirilmiş və nəticələrin statistik mənalı olduğu müəyyən edilmişdir ($p<0,05$) (Cədvəl 1 və Şək.1)

Test və Kontrol Qrupunda Total Katalaza Aktivliyinin dəyişməsi. Əməliyyata başlamazdan əvvəl və əməliyyatdan 1 ay sonra xəstələrdən alınan diş əti nümunələri yuxarıa qeyd idln metodlar üzrə proseduralardan keçirildikdən sonra aktivlik təyini edilmişdir. Müayinə qrupunda əməliyyatdan sonra CAT aktivliyi göstəricisi əməliyyatdan əvvəlki göstərciyə nisbətən 48,04% həddində olmuşdur. Bu nəticələr statistik olaraq ön test/son test korrelyasiya analizi ilə dəyərləndirilmiş və nəticələrin statistik mənalı olduğu müəyyən edilmişdir ($p<0,05$) (Şək.2 və Cədvəl 2).

Nəticələrin müzakirəsi. Periodontal cərrahiyyədən sonra yumşaq toxumalarda yara yerinin sağalması, digər yumşaq toxumaların sağalması prosesinə bənzərdir [7]. İTB prosedurası Polilaktat turşusu tərkibli Atrisorb barierinin cərrahiyyə əməliyyatı ilə diş ətinin defektli bölgəsinə yerləşdirilməsinə əsaslanır. Polilaktid membranlar insan orqanizmində yad maddə kimi tanınaraq, lokal reaksiyaya və iltihaba səbəb ola bilər [15]. Tədqiqatımızda, İTB barieri olan biomaterialların parçalanmasında RON-un iştirak edib- etmədiyi müəyyən edilmişdir.

Tədqiqatlar nəticəsində səbəbi bilinməyən bir çox xəstəliklərin dişəti zədələnmələri ilə əlaqəsinin olduğu ehtimal edilmişdir. Son illərdə diş əti xəstəliklərini araşdıran Periodondologiya

sahəsində istiqamətləndirilmiş toxuma bərpası (İTB) əməliyyatlarında, Atrisorb barier membranı geniş miqyasda tətbiq edilməkdədir [11,12]. Bir çox tədqiqatlarda polihidrokarbon quruluşlu polimer parçalandığı zamanı radikalların yarandığı və bu radikallara bağlı olaraq biokimyəvi sistemlərdə mühüm dəyişikliklərin olduğu fikri irəli sürülmüşdür [15,16].



Şək. 2. Müayinə qrupunda katalaz aktivliyinin zamana görə dəyişməsi (µmol/mg protein/ml)

Bir sıra tədqiqatçıların fikrincə İTB əməliyyatı prosesində bir çox daxili və xarici səbəblərlərdən ortaya çıxan reaktiv oksigen növləri sağalmaq üzrə olan toxumalar üçün zərərlidir, başqa tədqiqatçıların fikrincə isə faydalıdır. Tədqiqatçılar tərəfindən qeyd olunan yanaşmaların birmənalı olmadığı nəzərə alınaraq tərəfimizdən peridontal yaranın sağalmasında reaktiv oksigen növləri və antioksidantların mövqeyi qiymətləndirilmişdir.

Yara yerində fermentativ aktivlik nəticəsində, iltihabi proses, superoxid radikalı və H_2O_2 kimi reaktiv oksigen növləri meydana gətirir. İşemiya və reperfuziya nəticəsində iltihabi prosesdə netrofillərin fəaliyyətindən sonra yaranan radikalar, həmin mühitdə mövcud olan mikroblara qarşı reaktiv ola bilir. Bu oksigen radikalları iltihabi proseslər silsiləsinə başlayaraq, yara yerində həm faydalı, həm zərərli ola bilər [18].

Bu radikallar hidroksil radikalı kimi ikincili (sekonder) radikallar meydana gətirərək də zərərli ola bilər [17]. Hidroxil radikalları çox reaktiv metabolitlər olub, bütün bioloji substratlarla reaksiyaya girə bilərlər. Exrasellular (hüceyrə xarici) sahədə oksigen mənşəyli reaktiv molekullar hyaluronik turşunu, kollageni, yağ turşularını peroksidasiya edərək hüceyrə mebranlarını, lizozom və mitoxondriya kimi orqanelləri parçalayaraq, fermenləri deaktiv etməklə, yara sağalması sırasında keratonositlər kimi müxtəlif hüceyrə tiplərinin çoxalma və köçünə mane olaraq, zərərli təsir göstərirlər [18].

Periodontal xəstəliklərin geditşatında extrasellular matrixdə böyük zərər görülməkdədir [19]. Bənzər nəticələr başqa toxumalarda aparılan müxtəlif tədqiqalarda öz əksini taparaq, oksigen mənşəyli radikalların deqradativ effektlərindən bəhs etmişdir [20].

Təcrübələrimizdən əldə edilən nəticələrdə Atrisorb tətbiq olunduqdan sonra SOD və CAT ferment aktivliklərində mühüm artım qeydə alınmışdır. Bu artımlara atrisorb barierinin parçalanmasında iştirak edən reaktiv oksigen növləri səbəb olaraq göstərilə bilər. Absorbsiya edilən materiallarda Lee və başqaları (2000) tərəfindən aparılan tədqiqatda əldə edilən nəticələr bizim nəticələr ilə uzlaşır [15]. Ancaq, bu vəziyyət toksik bir təsirin meydana çıxacağı mənasına gəlməməlidir [20]. Çünki, detoksskasiya mexanizmində oksigen radikallarını təmizləyən fermentlər bir-birinin təsirini tamamlamaqdadırlar. Superoksid radikalları SOD fermenti tərəfindən hidrogen peroksidə çevrilməkdə, hidrogen peroksid isə CAT tərəfindən su və oksigenə ayrılmaqdadır. Qısaca desək, atrisob istifadəsinə bağlı olaraq artdığını düşündüyümüz radikallar SOD tərəfindən hidrogen peroksidə, hidrogen peroksid də CAT tərəfindən su və oksigenə parçalanacağı bilindiyinə görə, zərərli təsirin aradan qaldırılacağı da deyilə bilər. Əldə olunan nəticələr bizim nəticələrimiz ilə uzlaşır. Belə ki, tədqiqatımız nəticəsində Atrisorb memranı tətbiq ediilən bölgələrdə həm SOD, həm də CAT aktivlikləri əməliyatdan sonra

əməliyyatdan əvvələ görə statistik olaraq mənalı şəkildə artmışdır.

Nəticə və tövsiyələr. Orqanizmə yad maddələrin istifadəsi nəticəsində mühitdə oksidativ zərər meydana gələ bilər. Tədqiqatımız nəticəsində barier membranının istifadəsindən sonra radikal artımının göstəricisi olan Superoxide dismutase və Catalase aktivliyində əməliyyatdan əvvəl və sonra statistik olaraq mənalı şəkildə artmışdır. Radikalların artması isə yaranın yaxşılaşması və toxumalara mənfi təsir göstərir. Təcrübəmizdən və digər tədqiqatlardan alınan nəticələrə görə nahiyələrdə iltihabı azaltmaq, toxuma inkişafını sürətləndirmək və ehtimal olunan zədələnməni aradan qaldırmaq üçün, İTB cərrahiyəsi və atrisorb baryerindən istifadə edilən nahiyəyə antioksidant əlavə olunması faydalı ola bilər. Bu zaman radikallar və antioksidantlar arasındakı tarazlığı qorumaq son dərəcə böyük əhəmiyyət kəsb edir.

ƏDƏBİYYAT

1. Cui K., Luo X., Xu K. et al 2004. Role of oxidative stress in neurodegeneration: recent developments in assay methods for oxidative stress and nutraceutical antioxidants // Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 2004, v.8, p.771-799
2. Wiseman, H., Halliwell, B. Damage to DNA by reactive oxygen and nitrogen species: role in inflammatory disease and progression to cancer // Biochem J., 1996, v. 313, p.17-29.
3. Babior B.M. Oxygen-dependent microbial killing by Phagocytes // The New England Journal of Medicine, 1876, v.298, No 12, p.659-667.
4. Gutteridge J.M.C., Lipid peroxidation and antioxidants as biomarkers of tissue damage. // Clin. Chem., 1995, v. 41, p.1819-1828.
5. Buerk A.A., Vitello W.A., Laughin R.T. Advances in wound heealing // Curr Opin Orthop., 2000, v.11, p.92-98.
6. Slots J. Subgingival microflora and periodontal disease // Journal of Clinical Periodontology, 1976, v.6, p.351-354.
7. Wikesjö U.M.E., Selvig K.A. Periodontal wound healing and regeneration // Periodontology, 2000, v.19, p.21-39.
8. Maltaga, V. F., Salthouse, T. H. Electron microscopic observations of polyglactin 910 suture sites: In: First world biomaterials congress. Badeh, Australid, 1980, p.8-12.
9. Quinones, C.R., Caffesse, R.G. Current status of guided periodontal tissue regeneration. Periodontology, 2000. p. 55-68.
10. Karring T., Warrer K. Development of the principle of guided tissue regeneration // Scientific, 1992, v.85, p.19-24
11. Polson, A.M., Southard, G.L., Dunn, R.L. et al. Periodontal healing after GTR with Atrisorb barriers in beagle dogs // J. Dent Res:, 1994, v. 73, p.380
12. Lowry O.H., Rosebrough N.J., Farr A.L., Randall R.J. Protein measurement with the Folin-Phenol reagents // J. Biol. Chem., 1951, v.193, p.265-275.
13. Flohe L., Otting F. Superoxide dismutase assay //Methods in Enzymology,1984,v.105,p.93-104.
14. Luck H. Catalase. Methods of Enzymatic Analysis, 2nd edn. (Bergmeyer, H. U., cd.) pp.885-888. Verlag Cheme, Weinheim and academic Press, New York, 1963,
15. Lee K.H., Chu C.C. The role of superoxide ions in the degradation of synthetic absorbable sutures // J Biomed Mater Res., 2000, v.49 (1), p.25-35.
16. Lundgren, D., Mathisen, T., Gottlow, J. The development of a bioresorbable barrier for guided tissue regeneration // Swed Dent J.. 1994, v. 86, p.741.
17. McCord J.M. The superoxide free radical: Its biochemistry and pathophysiology // Surgery, 1983, v.94, p.412-414.
18. White M.J., Heckler F.R. Oxygen free radicals and wound healing // Clinics in plastic surgery, 1990, v.17, No 3, p.473-84.
19. Page R.C. et. al. Advances in the pathogenesis of periodontitis: summary of developments, clinical implications and future directions // Periodontol., 2000, v.14, p.216-248.
20. Polson A.M., Garrett S., Stoller N.H. et al. Guided tissue regeneration in human furgation defects after using a biodegradable barrier.A multicenter feasibility study // J Periodontol. 1995, v.66, p.377-385

Summary

Radical scavinging enzyme activity changes, before and after Guided Tissue Regeneration periodontal surgery and effect of reactive oxygen species on biomaterials and wound healing in patients

E.Aliyev, U. Sakallıoğlu, Z.Eren

Reacive oxygen species (ROS) by causing oxidative stres, may harm tissues in extent of molecular dimensions and may inhibit cell migration and proliferation during wound healing (Cui və başq. 2004; Wiseman və Halliwell, 1996). ROS contributes to degradation of foreign biomaterials. İnner and outer antioxidants supress oxidative stress, decrease its harmfull effect. İn current study, before and after one month of Guided Tissue Regeneration (GTR), tissue biopsies were taken from 10 patients. ROS activity evaluated by means of biomaerials' effect on tissues and wound healing via Superoxide dismutase (SOD) and Catalase (CAT) activity assays which are radical scaving enzymes. After laboratory processing, Superoxide dismutase (SOD) and Catalase (CAT) activity measured in tissues supernatants by McCord and Fridovich, Flohe and Otting and Luck methods, respectively. Protein assays measured by Lowry method. Significantly, SOD and CAT activity changes was observed ($p<0.05$). SOD activity (62.92 %) and CAT activity (48.04 %) increased. Our results suggests that one month after GTR operation and during wound healing ROS activity very increases and this is contrubituon of ROS on biomaterials degradation that also may harm wound healing, tissues and cells.

Резюме

Влияние изменения активности радикально очищающих ферментов и реактивных кислородных биоматериалов на больных до и после проведения им хирургического метода, направленного на восстановление ткани

Э.Алиев, У.Сакаллыоглу, З.Эрен

Целью исследования явился анализ влияния изменений активности радикально очищающих ферментов и реактивных кислородных биоматериалов на больных до и после проведения им хирургического метода, направленного на восстановление ткани. В исследование вошли 10 больных, не получившие никакое медикаментозное лечение в течении 6 месяцев; их средний возраст не больше 41 лет. По данным наших исследований, хирургический метод лечения, направленный на восстановление ткани, является эффективным в уменьшении воспалительного действия для ускорении заживления тканей. В зонах, где были использованы атрисорбные барьеры, эффективно комбинированное использование антиоксидантов.

Summary

Effect of changes in the activity of radical cleansing enzymes and reactive oxygen biomaterials for patients before and after their surgical technique aimed at restoring tissue

E.Aliyev, U.Sakallyoglu, Z.Eren

The aim of the study was to analyze the impact of changes in the activity of radical cleansing enzymes and reactive oxygen biomaterials for patients before and after their surgical technique aimed at restoring tissue. The study included 10 patients who did not receive any medication for 6 months; their average age is not more than 41 years. According to our research, surgical treatment aimed at restoring tissue is effective in reducing the inflammatory actions to accelerate tissue healing. In areas where the barriers were used atrisorbnye effectively combined use of antioxidants.

Daxil olub: 23.10.2014

PARODONTUN İLTİHABİ XƏSTƏLİKLƏRİNİN MÜXTƏLİF MƏRHƏLƏLƏRİNİN KOMPLEKS MÜALİCƏSİNDƏ PROFESSİONAL GİGİYENANIN KLİNİK-İMMUNOLOJİ QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

E.Ə.Rüstəmov
Azərbaycan Tibb Universiteti, Bakı

Açar sözlər: parodontun iltihabi xəstəlikləri, parodontit, professional gigiyena
Ключевые слова: воспалительные заболевания пародонта, пародонтит, профессиональной гигиены
Keywords: Inflommeri diseases of parodontis, parodontis, professional hygiene

Tibb elmində etiologiyası məlum olmayan xəstəliklər qarşısında problemlər vardır. Hər il milyonlarla insan, tutulduğu xəstəliyin etiologiyası məlum olmadığı üçün tam müalicə olunub sağala bilmirlər. Bu sahədə çalışan yüksək ixtisaslı mütəxəssislər polietioloji xəstəliklərin simptomatik və patogenetik müalicəsini aparmaq məcburiyyətində qalırlar [1,2]. Stomatoloji xəstəliklərdən parodontun iltihabi xəstəlikləri də polietiolojidir və patogenezi mürəkkəb mexanizmə malikdir. Bu gün stomatoloqlar PİX-nin klinikasının xeyli dəyişməsi səbəbindən bir sıra çətinliklərlə üzləşirlər ki, bu da diaqnostik səhvlərə yol verilməsinə gətirib çıxarır. Ona görə də, PİX-nin hazırkı klinik patogenetik xüsusiyyətlərinin təyin edilməsi son dərəcə böyük əhəmiyyət kısb edir, belə ki, PİX-nin diaqnostikası məqsədilə xəstələrin böyük qismini hərtərəfli klinik-laborator müayinə ilə əhatə etmək mümkün deyildir. Bu, xüsusilə diş ərpi, diş daşının orqanizmə güclü sistemli təsirinin olmasına aiddir. Xəstələrin müxtəlif qrupları üzərində apardığımız müşahidələr bu problemə bir sıra əlavələrin edilməsinə imkan verir. PİX-in erkən diaqnostikasının və müalicəsinin effektivliyinin yüksəldilməsi müasir stomatologiyanın ən aktual problemlərindən biridir. Bu, ilk növbədə onunla bağlıdır ki, bir tərəfdən stomatoloji xəstələnmənin strukturunda onların çəkisi artır, digər tərəfdən xəstəliyin etiologiyası çoxfaktorlu, patogenezi mürəkkəb və dəyişkən, yerli və somatik pozğuntular bir-birilə qarşılıqlı əlaqədədir [3,4]. PİX-nin kütləvi şəkildə yayılması və onun sosial-iqtisadi əhəmiyyəti onların profilaktikasına daha çox diqqət yetirmək zərurətini yaratmışdır. Yeniyetməlik zamanı stomatoloji xəstəliklərin strukturuna bilavasitə təsir edən faktorlara demoqrafik və klinik meyarlar, xüsusilə, yaş, təhsil, savad səviyyəsi, peşə mənsubiyyəti və yaşayış yeri, fərdi xüsusiyyətlər, psixoloji vəziyyət ümumi-somatik patologiya aiddir [5]. Beləliklə, yuxarıdakılar nəzərə alınmaqla parodontun iltihabi xəstəliklərinin diaqnostikası və müalicəsi zamanı ağız boşluğunun gigiyenik vəziyyəti böyük əhəmiyyət kəsb etdiyi məlum olur. Orqanizmin reaktivliyinin öyrənilməsi, parodontun iltihabi xəstəliklərinin yaranmasında müdafiə-kompensator amillərinin əhəmiyyətinin araş-dırılması patoloji prosesin yaranmasının qarşısını almağa imkanı verir. Parodontun iltihabi xəstəlikləri zamanı yerli immunitetin göstəricilərinin vəziyyətinə dair vətən və xarici ədəbiyyat mənbələrində çoxsaylı məlumatlar vardır. Bunların biri-birindən fərqli olmasının səbəbi immun göstəricilərinin fərdi dəyişikliklərə malik olmasıdır [7,8]. Həmçinin bu göstəricilərin parodontun iltihabi xəstəliklərinin müxtəlif formaları zamanı öyrənilməsinə aid məlumatlar azdır. Parodontun iltihabi xəstəlikləri olan şəxslərdə risk faktorlarının effektiv aşkar edilməsi və vaxtında aradan qaldırılması məsələsi də böyük əhəmiyyətə malikdir. Respublikamızda stomatoloji xəstəliklər sahəsində çalışan təd-qiqatçı alimlərin qarşısında duran başlıca məsələlərdən biri, yeniyetmələrdə parodontun iltihabi xəstəliklərinin kompleks müalicəsi zamanı immunitetin yüksəldilməsidir və bu məsələ hələ də aktual olaraq qalır. Məlumdur ki, parodontun iltihabi xəstəliklərinin kompleks müalicəsinin effektivliyi immun sistemin vəziyyətindən birbaşa asılıdır [10,11]. Bütün bunları nəzərə alaraq biz parodontun iltihabi xəstəliklərinin müxtəlif mərhələlərinin müalicə-sində ağız boşluğunun professional gigiyenasının tətbiqinin klinik-immunoloji qiymətləndi-rilməsinə çalışmışıq.

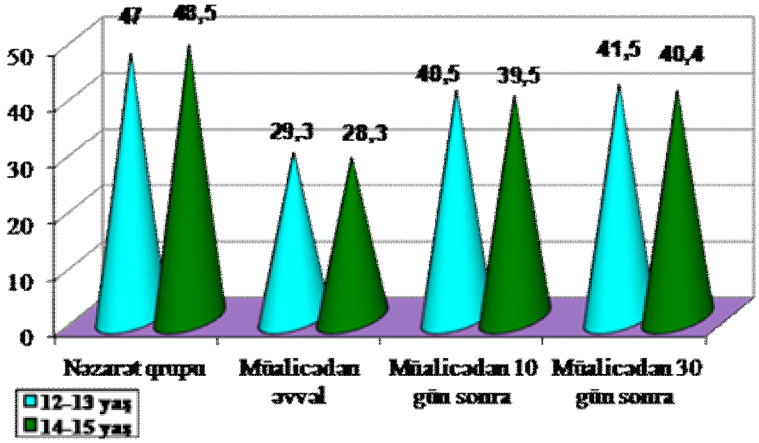
Tədqiqatın məqsədi parodontun iltihabi xəstəliklərinin müxtəlif mərhələlərində ağız boşluğunun professional gigiyenasının klinik-immunoloji qiymətləndirilməsi və fərdi müalicə-profilaktik tədbirlərin işlənib hazırlanmasıdır.

Tədqiqatın material və **metodları.** Klinik stomatoloji tədqiqatlara praktik sağlam hesab edilən 106 nəfər 12-15 yaşlı yeniyetmə cəlb

edilmişdir. Onlardan 86 nəfəri parodontun iltihabi xəstəlikləri ilə və 20 nəfər intakt parodontla müayinə olunmuşdur. Parodontun iltihabi xəstəlikləri zamanı «Ağız boşluğunda professional gigiyena» tədbirlərini tətbiq edib sağalma dinamikasındakı dəyişikliklər öyrənilmişdir. Klinikada parodontun iltihabi xəstəliklərinin «Ağız boşluğu professional gigiyenası» tətbiqi ilə yanaşı kompleks müalicəsinin səmərəliliyini qiymətləndirmək üçün klinik, immunoloji göstəricilərdən istifadə olunmuşdur. Müayinələrin əksəriyyəti müalicədən əvvəl və sonra aparılmışdır. Klinik müayinələr ümumi qəbul olunmuş qaydalara əsasən aparılmışdır. Parodontun iltihabi xəstəliklərinin diaqnozu xəstələrin şikayəti, anamnez, baxış və obyektiv tədqiqat metodlarına əsasən müəyyən edilmişdir. Xəstəlik anamnezini müəyyən edərkən, onun müddəti, patoloji proseslərin dişətrafı toxumalara yayılma dərəcəsi, klinik əlamətlərin dəyişmə meylliyinə diqqət yetirilmişdir. Həmçinin bu patologiyaya meyilli irsi xüsusiyyətlər nəzərə alınmışdır. Yerli zədələyici amillərin (travmatik oklüziya, ağız dəhlizinin dayazlığı, dil və dodaq yüyənlərinin anormal birləşməsi, diş daşları və diş ərpi) mövcudluğu müəyyən edilmişdir. Dişətinin qanaması, ödemliliyi, rəngi, konsistensiyası, hipertrofiyası təyin olunmuşdur. Parodontun iltihabi xəstəlikləri zamanı tətbiq edilən ağız boşluğunun professional gigiyenasının nəticələrini qiymətləndirmək üçün, ağız boşluğunun gigiyenik vəziyyətini Fyodorov-Volodkina gigiyenik indeksi (Gİ) ilə, parodontdakı dəyişiklikləri müqayisəli öyrənmək üçün papilyar-marginal-alveolyar (PMA-Parma modifikasiyasında) indeksindən və parodontal indeksdən (Pİ), istifadə edilmişdir. PİX-nin müxtəlif mərhələlərində ağız boşluğunun PG- nın tətbiqinin səmərəliliyini qiymətləndirmək üçün qarışıq ağız suyunda Lizosimin (%)- lə, immunoqlobulinlərin (İgA, İgG, sİgA) q/l-lə kəmiyyət göstəriciləri təyin edilmişdir. Qarışıq ağız suyunda lizosimin aktivliyi V.Q.Dorofeyçuk tərəfindən təklif olunan nefelometrik üsulla müəyyən olunmuşdur, immunoqlobulinlərin (IgA, IgG, SIgA) miqdarı Mançini et al tərəfindən təklif olunan aqarda radial immunodiffuziya üsulu ilə müəyyən edilmişdir. Bu göstəricilər hər üç qrup xəstələrdə ağız boşluğunun PG - dan öncə və sonrakı müddətlərdə müəyyən olunmuşdur. Aparılan klinik-laborator müayinələrin nəticələri orta ədədi kəmiyyət (x^-) və onun xətasının (Sx) təyini ilə variasion statistik metodla hesablanmış, fərqlərin dürüstlüyü parametrik və qeyri-parametrik üsullarla Styüdentin t meyarı, x^2- işlənilmişdir .Müalicəyə başlamazdan əvvəl əmək və məişət şəraiti, peşə, zərərli vərdişlər, qidalanmanın xarakteri, irsiyyət, keçirilmiş xəstəliklər, allergik status, ağız boşluğuna gigiyenik qulluq haqqında biliklər müəyyən edilmişdir.

Alınmış nəticələr və onların müzakirəsi. PİX ilə həqiqi xəstələnməni aşkara çıxarmaq üçün klinikaya müxtəlif səbəblərdən müraciət edən yeniyetmələrin ağız boşluğunun stomatoloji müayinəsi aparılmışdır və parodontun iltihabi xəstəliklərinin yayılma və intensivliyi öyrənilmişdir. Parodontun iltihabi xəstəliklərinin kompleks müalicəsi zamanı ağız boşluğunun professional gigiyenasının tətbiqinin səmərəliliyini qiymətləndirmək üçün qarışıq ağız suyunda immunoqlobulinlərin (İgA, İgG, sİgA), lizosimin kəmiyyət göstəricilərini təyin etmişik. Bu göstəricilər hər üç qrup xəstələrdə ağız boşluğunun professional gigiyenasından əvvəl, sonra və bir ay müddətdən sonra müəyyən olunmuşdur. Qarışıq ağız suyunda lizosimin aktivliyini müayinə olunan 12-13 yaşlı parodontun iltihabi xəstəliyi olan 33 nəfərdə, 14-15 yaşlı 53 nəfərdə və 20 nəfər intakt parodontla (nəzarət qrupu) müəyyən etmişik. Müayinə müalicədən əvvəl, 10 gün sonra və 1 ay sonra aparılmışdır. 12-13 yaş qrupunda olan 11 nəfər gingivitli xəstələrdə göstərici müalicədən əvvəl aşağı olmuşdur 29,3±0,82%. Nəzarət qrupu 47,0±0,79% olmuşdur. Müalicədən 10 gün sonra kəskin artaraq 40,5±1,30% səviyyəyə çatmışdır (p_1<0,001), bir aydan sonra bir az da artma qeydə alınmışdır- 41,5±1,18% (p_1<0,001), p_1- müalicədən əvvəl olan göstəriciyə nəzərən statistik dürüstdür. Bu parodontun iltihabi xəstəlikləri zamanı ağız boşluğunun gigiyena qaydalarına düzgün riayət olunduğunu göstərir. Yüngül dərəcəli parodontit olan 14nəfər 12-13 yaşlı xəstələrdə əvvəl 30,5±0,66% olmuş, müalicədən 10 gün sonra qalxaraq 41,3±1,07% olmuşdur (p_1<0,001). 1 ay sonra isə müvafiq olaraq cüzi dəyişərək 42,1±1,04% qeydə alınmışdır (p_1<0,001). Orta dərəcəli parodontit diaqnozlu 8 xəstədə heç bir gigiyenik prosedura yerinə yetirmədən yoxladıqda 31,0±0,93% olmuşdur. Ağız boşluğunun professional qaydada gigiyena tədbirləri yerinə yetirildikdən sonra yüksələrək 40,8±1,46% qeydə alınmışdır (p_1<0,001). Bir aydan sonra daha bir az çoxalaraq 41,7±1,24% olmuşdur (p_1<0,001), (Şəkil 1). Gingivit, yüngül dərəcəli parodontit,orta dərəcəli parodontit olan hər üç qrupda əvvəlki göstəricilər

aşağı olmuşdur.Mualicə-profilaktika tədbirlərini yerinə yetirdikdən 10 gün sonra həm gingivit, həm yüngül dərəcəli parodontit, həm də orta dərəcə parodontit xəstələrinin hamısının göstəriciləri yüksələrək xeyli normallaşmağa doğru dəyişmişdir. Müalicədən əvvəl olan göstəriciyə nəzərən statistik dürüstdür. 1 ay sonrakı göstəricilərdə həm gingivit, həm, yüngül dərəcə parodontit, həm də orta dərəcəli parodontit xəstələrində cüzi artım müşahidə olunmuşdur (Cədvəl 1).



Şək 1. Lizosimin dəyişmə dinamikası (gingivit)

Cədvəl 1

Qarışıq ağız suyunda Lizosimin aktivliyinin dəyişmə dinamikası, %-lə

Yaş qrupları	Parodont xəstəlikləri	Xəstələrin sayı	Nəzarət qrupu (n=20)	Müalicədən əvvəl	Müalicədən 10 gün sonra	$p_1<$	Müalicədən 30 gün sonra	$p_1<$
12-13	Gingivit	11	47,0 ± 0,79	29,3±0,82 *	40,5±1,30 *	0,001	41,5± 1,18 *	0,001
	Yüngül dərəcəli parodontit	14		30,5±0,66 *	41,3±1,07 *	0,001	42,1±1,04 *	0,001
	$P^1<$			-	-		-	
	Orta dərəcəli parodontit	8		31,0±0,93 *	40,8±1,46 *	0,001	41,7± 1,24 *	0,001
	$p_1<$			-	-		-	
	$p_2<$			-	-		-	
14-15	Gingivit	21	48,5 ± 0,36	28,3±0,57 *	39,5±1,08 *	0,001	40,4±1,07 *	0,001
	Yüngül dərəcəli parodontit	16		30,3±0,69 *	39,3±1,18 *	0,001	40,1±1,08 *	0,001
	$p_1<$			0,05	-		-	
	Orta dərəcəli parodontit	16		30,9±0,81 *	38,6±1,06 *	0,001	39,5±1,02 *	0,001
	$p_1<$			0,05	-		-	
	$p_2<$			-	-		-	

Qeyd: p_1 –müalicədən əvvəl olan göstəriciyə nəzərən statistik dürüstlük; p_1, p_2 – uyğun olaraq, gingivit və yüngül dərəcəli parodontit qrupu göstəricisinə nəzərən statistik dürüstlük; *- nəzarət qrupu göstəricisinə nəzərən fərq statistik dürüstdür, $p<0,05$

Beləliklə, parodontun iltihabi xəstəliklərinin komples müalicəsində professional gigiyena tədbirlərinin tətbiq edilməsi təkcə bir profilaktik tədbir kimi deyil, həm də müalicənin keyfiyyətinin yaxşılaşmasşna da müsbət təsir edir. Bu 12-13 yaşlı parodontun iltihabi xəstəlikləri olan yeniyetmələrdə lizosimin əvvəl və sonrakı göstəriciləri bunu əyani olaraq sübut edir. Nəzarət qrupunda olan 20 nəfər 12-13 yaşlı yeniyetmələrin göstəriciləri ilə (47,0±0,79%) əsas qrupda olan 33 nəfər parodontun iltihabi xəstəlikləri olan xəstələrin professional gigiyenadan 10 gün sonrakı göstəricilər (40,5±1,30%), (41,3±1,07%), (40,8±1,46%) arasında elə böyük fərq görünmür. Bu da professional gigiyenanın nə dərəcədə kecilməz olduğunu göstərir. Bir aydan sonra qeydə alınan irəliləyiş isə professional gigiyenanın tətbiqindən sonra xüsusi müalicə-profilaktik qaydalara riayət olunduğunu göstərir. Bütün polietioloji xəstəliklər kimi parodontun iltihabi xəstəliklərinin də müalicəsi tək etiologiyaya görə deyil, əsasən patogenezinə görə aparılır. Qarışıq ağız suyunda lizosimin aktivliyinin professional gigiyena tədbirlərindən asılı olaraq dəyişmə dinamikasına nəzər saldıqda belə qənaətə gəlmək olar ki, gigiyenik tədbirlər orqanizmin immun müdafiə sisteminin vəziyyətini yaxşılaşdırır,kompleks müalicənin effektivliyini artıra bilər. İgG- nin ağız boşluğunda professional gigiyena tədbirlərindən sonrakı göstəricilərinin dinamikasına diqqət yetirərkən aydın olur ki, 12-13 yaş qrupunda 33 xəstə iştirak etmişdir. Bunlardan 11 nəfəri gingivit, 14-ü yüngül dərəcəli parodontit, 8 nəfər orta dərəcəli parodontit diaqnozunda olmuşdur. Nəzarət qrupu 20 nəfərdən ibarət olmuşdur- 10 nəfər 12-13 yaş qrupunda,10 nəfər 14-15 yaş qrupunda iştirak etmişdir. 12-13 yaşlıların nəzarət qrupunda göstərici 6,3±0,21q/l olmuşdur. Gingivit xəstələrinin ağız boşluğunda professional gigiyena tədbirlərindən əvvəlki göstəricisi aşağı olmuşdur 3,21±0,14q/l qeydə alınmışdır. Professional gigiyena tədbirləri yerinə yetirilmişdir, profilaktik tövsiyələr verilmişdir. Müalicədən 10 gün sonra artaraq 4,20±0,27 q/l olmuş (p_1<0,01), 1 aydan sonra bu göstərici az dəyişib- 4,34±0,27 q/l olmuşdur (p_1<0,01). Yüngül dərəcəli parodontit xəstələrində professional gigiyena tədbirlərindən əvvəl 3,83±0,17q/l olmuşdur. Gigiyenik tədbirdən 10 gün sonra 4,90±0,22q/l (p_1<0,001) qeydə alınmışdır. Müalicədən 1ay sonra 5,02±0,22q/l (p_1<0,01) göstəriciyə malik olmuşdur (cədvəl 2). Orta dərəcəli xəstələrdə əvvəl aparılan müayinələrdə 3,91±,21q/l qeydə alınmış, ağız boşluğunda professional gigiyena tədbirlərindən 10 gün sonra 4,84±0,27q/l (p_1<0,05) olmuşdur. Bir ay sonra 5,02±0,30q/l (p_1<0,05) göstəricisinə malik olmuşdur. 14-15 yaş qrupuna gəldikdə 53 nəfər iştirak etmişdir. 21 gingivit, 16 yüngül dərəcəli parodontit, 16 nəfər orta dərəcəli parodontit diaqnozu ilə müayinə olunmuşdur. Gingivit xəstələrində əvvəlki göstərici 3,14±0,12q/l qeydə alınmışdır, professional gigiyena tədbirlərindən 10 gün sonrakı göstərici çoxalaraq 4,34±0,21q/l (p_1<0,001) olmuşdur. Bir aydan sonrakı göstərici 4,49±0,22q/l (p_1<0,001) olmuşdur Göründüyü kimi əvvəl nəzarət qrupuna nəzərən çox aşağı olmuş, professional gigiyena tədbirlərindən sonra çoxalmış, bir aydan sonra daha da artmışdır. Yüngül dərəcəli parodontitli xəstələrin ilkin göstəriciləri 3,54±0,14 q/l olmuş, professional gigiena tədbirlərindən 10gün sonra artaraq 4,67±0,20 q/l (p_1<0,001) olmuşdur. Bir aydan sonra bir az da çoxalaraq 4,82±0,21 q/l (p_1<0,001) olmuşdur. Orta dərəcəli parodontit xəstələrində əvvəlcə aparılan müayinənin göstəriciləri 3,60±0,20q/l olmuşdur. Professional gigiyena tədbirləri yerinə yetirilmiş, xəstələrə profilaktik tövsiyələr verilmişdir. Professional gigiyena tədbirlərindən sonra çoxalaraq 4,71±0,23q/l (p<0,001) olmuşdur. Nəzarət qrupu göstəricisinə nəzərən fərq statistik dürüstdür. Beləliklə 12-13 yaş qrupunda öncə aparılan müayinədə həm gingivit, həm yüngül dərəcəli parodontit, həm də orta dərəcəli parodontit xəstələri olan hər üç qrupda əvvəlcə göstəricilər az olmuş, müalicə-profilaktik tədbirlər həyata keçirildikdən 10 gün sonra çoxalmış, lakin nəzarət qrupundan xeyli az olmuş, bir aydan sonra bir az da artmışdır. 14-15 yaşlı-larda nəzarət qrupu 6,4±0,14q/l olmuşdur. Gingivit xəstələrində digər qruplara nisbətən göstəricilər daha aşağı olmuşdur. 12-13 yaş qrupu ilə müqayisə apardıqda 14-15 yaş qrupunda göstəricilər daha aşağı olmuşdur (Cədvəl 2). Belə bir qənaətə gəlmək olar ki, parodontun iltihabi xəstəlikləri zamanı ağız boşluğunun professional gigiyenasına, kompleks müalicəyə erkən yaşlarda başlamaq lazımdır. Bu müalicənin effektiv-liyini artiracaqdır. Zaman keçdikcə parodontun zədələnmiş nahiyyələrinin sağalması çətinləşir və zədələnmə sahələri artacaqdır. Zaman keçdikcə parodontun zədələnmiş nahiyələrinin sağalması çətinləşir və zədələnmə sahələri böyüyür, daha dərin qatlara keçir, distrofik, atrofik dəyişikliklərin getməsi üçün şərait yaranır.

Cədvəl 2

Müxtəlif dərəcəli parodontun iltihabi xəstəlikləri olan şəxslərdə İgG göstəricilərinin (q/l) dinamikası

Yaş qrupu	Parodont xəstəlikləri	Xəstələrin sayı	Nəzarət qrupu (n=20)	Müalicədən əvvəl	Müalicədən 10 gün sonra	$p_1<$	Müalicədən 30 gün sonra	$p_1<$
	Gingivit	11		3,21±0,14*	4,20±0,27*	0,01	4,34±0,27*	0,001
	Yüngül dərəcəli parodontit	14		3,83±0,17*	4,90±0,22*	0,001	5,02±0,22*	0,01
	$p_1<$		6,3±0,21	0,01	0,05		-	
	Orta dərəcəli parodontit	8		3,91±0,21*	4,84±0,27*	0,05	5,02±0,30 *	0,01
	$p_1<$			0,05	-		-	
12-13	$p_2<$			-	-		-	
	Gingivit	21		3,14±0,12*	4,34±0,21*	0,001	4,49±0,22*	0,001
	Yüngül dərəcəli parodontit	16		3,54±0,14*	4,67±0,20*	0,001	4,82±0,21 *	0,001
	$p_1<$		6,4±0,14	0,05	-		-	
	Orta dərəcəli parodontit	16		3,60±0,20*	4,71±0,23*	0,001	4,84±0,24*	0,001
	$p_1<$			-	-		-	
14-15	$p_2<$			-	-		-	

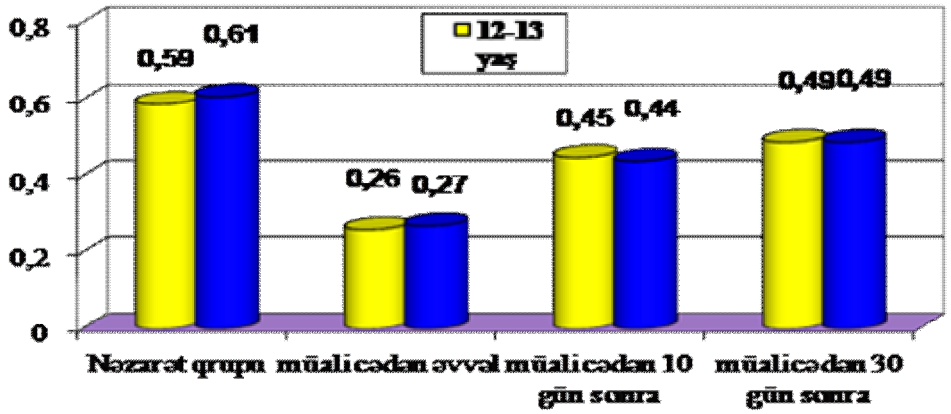
Qeyd: p_1- müalicədən əvvəl olan göstəriciyə nəzərən statistik dürüstdür; p_1, p_2- uyğun olaraq, gingivit və yüngül dərəcəli parodontit qrupu göstəricisinə nəzərən statistik dürüstdür; * - nəzarət qrupu göstəricisinə nəzərən fərq statistik dürüstdür, $p<0,05$

Cədvəl 3

Parodontun iltihabi xəstəlikləri zamanı İgA-nın q/l-lə dəyişmə dinamikası

Yaş qrupu	Parodont xəstəlikləri	Xəstələrin sayı	Nəzarət qrupu (n=20)	Müalicədən əvvəl	Müalicədən 10 gün sonra	$p_1<$	Müalicədən 30 gün sonra	$p_1<$
	Gingivit	11		0,23±0,007 *	0,33±0,017 *	0,001	0,35± 0,015*	0,001
	Yüngül dərəcəli parodontit	14		0,29±0,010 *	0,39±0,018 *	0,001	0,42 ± 0,020 *	0,001
	$P_1<$		0,53±0,032	0,001	0,05		0,05	
	Orta dərəcəli parodontit	8		0,34±0,024 *	0,40±0,032*	-	0,44 ± 0,034	0,05
	$p_1<$			0,05	-		-	
12-13	$p_2<$			-	-		-	
	Gingivit	21		0,24±0,008*	0,35±0,017*	0,001	0,38 ± 0,018 *	0,001
	Yüngül dərəcəli parodontit	16		0,29 ±0,008*	0,39±0,015*	0,001	0,41 ± 0,017 *	0,001
	$p_1<$		0,53±0,024	0,001	-		-	
	Orta dərəcəli parodontit	16		0,34±0,013*	0,43±0,021*	0,001	0,45 ± 0,024 *	0,001
	$p_1<$			0,001	0,01		0,05	
14-15	$p_2<$			0,01	-		-	

Qarışıq ağız suyunda IgA-nın müalicə-profilaktik tədbirlərdən əvvəl, 10 gün sonra və 1ay sonrakı göstəricilərinə nəzər saldıqda, aydın olur ki, I qrupda müayinə olunan 33 xəstədən 11-i gingivit, 14 nəfər yüngül dərəcəli parodontit, 8nəfər orta dərəcəli parodontit diaqnozu ilə iştirak etmişdir. Nəzarət qrupunda 0,53±0,032q/l olmuşdur (Cədvəl 3.12). Müalicə-profilaktik tədbirlərdən əvvəl gingivit xəstələrində 0,23±0,007q/l olmuş, 10 gün sonra artaraq 0,33±0,017q/l (p_1<0,001) göstəriciyə malik olmuş. Bir ay sonra daha bir az yaxşılaşma qeydə alınaraq- 0,35±0,015q/l (p_1<0,001) olmuşdur. Yüngül dərəcə parodontitli xəstələrdə əvvəl 0,29±0,010q/l olmuş, müalicə-profilaktik tədbirlərdən 10 gün sonra 0,39±0,018q/l (p_1<0,001) olmuş, bir ay sonra isə bir az da çoxalaraq 0,42±0,020q/l olmuşdur. Orta dərəcəli parodontitli xəstələrdə müalicədən əvvəl 0,34±0,024q/l olmuş,10 gün sonrakı nəticə 0,40±0,032q/l qeydə alınmış, bir ay sonra 0,44±0,034q/l göstəriciyə malik olmuşdur. II qrup xəstələrə nəzər saldıqda aydın olur ki, gingivit xəstələrində müalicədən əvvəl göstərici 0,24±0,008q/l olmuş, müalicədən 10 gün sonra 0,35±0,017q/l qeydə alınmış, 1 aydan sonra təkrar müayinə aparıldıqda göstərici bir az da yaxşılaşaraq 0,38±0,018q/l olmuşdur. Yüngül dərəcə parodontitli xəstələrdə ilkin müayinə zamanı göstərici 0,29±0,008q/l olmuş, müalicədən 10gün sonra 0,39±0,015q/l olmuş,1ay sonrakı müayinə nəticəsində göstərici 0,41±0,017q/l olmuşdur. Orta dərəcəli parodontitli xəstələrdə müalicədən əvvəlki göstərici 0,34±0,013q/l qeydə alınmış, sonrakı müayinənin nəticəsi 0,43±0,021q/l olmuşdur. 1ay sonra təkrar müayinə olunarkən bir az da yaxşılaşma əldə olunduğu- 0,45±0,024q/l aydın olmuşdur. II qrup xəstələrdə əvvəl qeyd edilən göstəricilər demək olar ki, I qrupda qeyd edilən göstəricilərlə eynilik təşkil edir. Anoloji olaraq 10 gün sonrakı və bir ay sonrakı göstəricilər hər iki qrup xəstələrdə yaxın göstəricilərə malik olmuşdur. Qruplar arasında müqayisədə göstəricilərin fərqi statistik dürüstdür. Beləliklə həm I qrup, həm də II qrup xəstələrdə ağız boşluğunun professional gigiyena tədbirlərinin tətbiqindən əvvəl İgA göstəriciləri aşağı olmuş, sonra çoxalmışdır. Bu, immunitetin yüksəlməsi, yəni müsbət nəticə əldə edilmişdir deməyə əsas verir. (Cədvəl 3.12).Qarışıq ağız suyunda ağız boşluğunun professional gigiyena tədbirlərinin tətbiqi nəticəsində sİgA göstəricilərində dəyişikliklərə gəldikdə I qrupda gingivitli 11 xəstədə əvvəlki göstərici 0,26±0,004q/l olmuşdur. Diş daşları, diş çöküntüləri skeylerlə, tozpüskürən cihazla yuyulub təmizlənmişdir, profilaktik tövsiyələr verilmişdir, ağız boşluğu antiseptik məhlulla yaxalanmışdır. Kompleks müalicə tədbirlərindən 10 gün sonra göstərici xeyli yüksəlmişdir- 0,45±0,033q/l. Əvvəlki və 10 gün sonrakı göstəricilər statistik dürüstdür. Bir ay sonrakı göstəriciyə nəzər saldıqda bir az da normallaşmağa doğru dəyişdiyi- 0,49±0,031q/l (p_1<0,001) məlum olmuşdur (Cədvəl 4).



Şək. 2. sİgA-nın dəyişmə dinamikası (Gingivit)

Yüngül dərəcəli parodontitli 14 xəstə müayinə olunmuşdur. Kompleks müalicəyə qədər göstərici aşağı səviyyədə olmuşdur- 0,34±0,009q/l. Müalicə-profilaktik tədbirlər tətbiq edildikdən sonra göstərici xeyli yüksələrək, yaxşılaşmışdır, müvafiq olaraq 0,52±0,020q/l olmuşdur. Bir ay ərzində bu qrup xəstələrdə sİgA göstəriciləri yüksələn xətt üzrə davam etmişdir- 0,56±0,022q/l (p_1<0,001). Orta dərəcəli parodontitli xəstələrdə (8 nəfər) müalicəyə qədər aşağı səviyyədə olmuş 0,44±0,022 q/l, professional gigiyena tədbirləri tətbiq edildikdən

sonra sİgA göstəriciləri xeyli normallaşmışdır, müvafiq olaraq 0,57±0,040 q/l (p_1<0,05) qeydə alınmışdır. Bir ay sonra sİgA göstəriciləri bir qədər də artmışdır- 0,61±0,038q/l (p_1<0,05). Nəzarət qrupu göstəricisinə nəzərən fərq statistik dürüstdür (p<0,05). II qrupda 21 nəfər gingivitli xəstə müayinə olunmuş, kompleks müalicəyə qədər sİgA göstəriciləri aşağı səviyyədə- 0,27±0,004 q/l olmuşdur, ağız boşluğunun professional gigiyena tədbirləri tətbiq edildikdən sonra yaxşılaşma müşhidə edilmiş, göstəricilər xeyli yüksəlmişdir-0,44±0,021q/l. Bir aydan sonra aparılan müayinələr nəticəsində aydın olmuşdur ki, göstəricilər stabil qalmışdır, bir az da yüksəlmə qeydə alınmışdır- 0,49±0,019q/l (p_1<0,001). 16 nəfər yüngül dərəcəli parodontit xəstələrində (nəzarət qrupu 10 nəfər, göstərici 0,61±0,039q/l) kompleks müalicə-profilaktik tədbirlərdən əvvəlki göstərici xeyli aşağı səviyyədə olmuş, 0,34±0,006q/l təşkil etmişdir, müalicə-profilaktik tədbirlər tətbiq edildikdən 10 gün sonra göstəricilər əhəmiyyətli dərəcədə yüksəlmişdir - 0,51±0,016 q/l (p_1<0,001).Bir aydan sonra aparılan təkrar müayinələr zamanı göstəricinin bir azda dəyişərək 0,55±0,019 q/l təşkil etdiyi məlum olmuşdur (p_1< 0,001). Orta dərəcəli parodontitli xəstələr 16 nəfər təşkil etmişdir. Professional gigiyena tədbirlərini tətbiq edənə qədər aşağı göstəricidə olmuş- 0,43±0,013q/l, müalicə-profilaktik tədbirlərdən sonra göstəricilər yüksəlmişdir- 0,53±0,019q/l, (p_1<0,001). Bir ay ərzində göstəricilərdə bir az da yüksəlmə olaraq normallaşmağa doğru daha da yaxınlaşmışdır- 0,56±0,023q/l. (p_1<0,01) (Şəkil 2). Buradan belə bir qənaətə gəlmək olar ki, ağız boşluğunda professional gigiyena tədbirləri sİgA göstəricilərinin xeyli normallaşmasına səbəb olur və parodontun iltihabi xəstəliklərinin kompleks müalicəsinin effektivliyini artırır. Beləliklə, parodontun iltihabi xəstəliklərinin müxtəlif mərhələlərində ağız boşluğunun professional gigiyenasının aparılması zəruridir.

Yekun. Paradontun iltihabi xəstəliklərinin kompleks müalicəsində professional gigiyenanın tətbiq olunması ağız boşluğunun gigiyenik vəziyyətini yaxşılaşdırır. Beləliklə, erkən yaşlarda PİX-nin xroniki hala keçməsinin qarşısını almaq məqsədilə klinik, göstəricilərin dinamikası, fərdi psixoloji motivasiya və PG tədbirlərinin rolunu qiymətləndirmək vacibdir.

Cədvəl4
Müxtəlif dərəcəli PİX zamanı sİgA göstəricilərinin (q/l) dəyişmə dinamikası

Yaş qrupu	Parodont xəstəlikləri	Xəstələrin sayı	Nəzarət qrupu (n=20)	Müalicədən əvvəl	Müalicədən 10 gün sonra	p_1<	Müalicədən 30 gün sonra	p_1<
12-13	Gingivit	11	0,59±0,028	0,26±0,004*	0,45±0,033*	0,001	0,49±0,031*	0,001
	Yüngül dərəcəli parodontit	14		0,34±0,009*	0,52±0,020	0,001	0,56±0,022	0,001
	P^1<			0,001	-		-	
	Orta dərəcəli parodontit	8		0,44±0,022*	0,57±0,040	0,05	0,61±0,038	0,01
	P^1<			0,001	0,05		0,05	
	P^2<			0,01	-		-	
14-15	Gingivit	21	0,61±0,039	0,27±0,004*	0,44±0,021*	0,001	0,49±0,019*	0,001
	Yüngül dərəcəli parodontit	16		0,34±0,006*	0,51±0,016*	0,001	0,55±0,019	0,001
	P^1<			0,001	0,01		0,05	
	Orta dərəcəli parodontit	16		0,43±0,013*	0,53±0,019	0,001	0,56±0,023	0,01
	P^1<			0,001	0,01		0,05	
	P^2<			0,001	-		-	

ƏDƏBİYYAT

1.Ревазова З.Э., Вагнер В.Д. Использование врачами-стоматологами различных методов лечения заболеваний пародонта // Институт Стоматологии, 2013, №61, с.14-19

2. Остафийчук М.А. Методика проведения профессиональной гигиены полости рта при заболеваниях тканей пародонта у пациентов разных возрастных групп // Молодой ученый, 2014, №3, с. 222-226

3.Госьков И.А., Кисельникова Л.П., Данилова И.Г. и др. Оценка клинической эффективности иммуномодулятора в комплексном лечении воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта // Институт стоматологии, 2011, №53, с.52-53

4.Vandilson P.R., Silvana A.L., Lopes F.l. et al Periodontal status and serum biomarkers levels in haemodialysis patients // Journal of Clinical Periodontology, 2014, v.12, p. 862–868)

5.Carallo C., De Franceschi M. S., Tripolino C.et al Common carotid and brachial artery hemodynamic alterations in periodontal disease // J Clin Periodontol., 2013, vol. 40, p. 431-6.

6.Bland P.S., Goodson J.M., Gunsolley J.C. et al. Association of antimicrobial and clinical efficacy: periodontitis therapy with minocycline microspheres. // J. Int. Acad. Periodontal., 2010, v.l2(l), p.l 1-19

7.Boisnic S., Ben Slama L., Branchet-Gumila M.C. et al. Anti-inflammatory effect of enoxolone in an ex-vivo human gingival mucosa model: // Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac., 2010, v.111, p.69-73

8.Botelho M.A., Martins J.G., Ruela R.S. et al. Nanotechnology in ligature-induced periodontitis: protective effect of a doxycycline gel with nanoparticules. // J. Appl. Oral Sei. 2010, v.18, p.335-342

9.Carallo C., De Franceschi M.S., Tripolino C. et al Common carotid and brachial artery hemodynamic alterations in periodontal disease // J Clin Periodontol., 2013, vol.40, p.431-6

10. Gunsolley J.C. Clinical efficacy of antimicrobial mouthrinses // J. Dent., 2010, v.38, p.I6-10

11.Gunsolley J.C. Clinical efficacy of antimicrobial mouthrinses. // J. Dent., 2010, v.38, p.I6-10

Резюме

Клинико-иммунологическое оценивание профессиональной гигиены на комплексное лечение во время различных стадиях восполительных заболеваний пародонта.

Е.А.Рустамов

Цель исследования состоит в клинико-иммунологической оценке и разработке индивидуальных лечебно-профилактических мер для профессиональной гигиены различных стадий воспалительных заболеваний пародонта. Для клинических стоматологических исследований практически были привлечены 106 подростков в возрасте 12-15 лет. Из них 86 имели воспалительные заболевания пародонта и 20 были с интактным пародонтом. Клинические исследования были проведены по общепринятым правилам. Для выявления изменений в пародонте были использованы индексы ГИ, ПИ, ПМА и Лизосим, İgG, İgA, sİgA.Таким образом, внедрение профессиональной гигиены при воспалительных болезнях пародонта дает хороший эффект. При использовании профессиональной гигиены на раннем возрасте можно предотвратить перехода пародонта на хроническую фазу.

Summary

Clinikal immunology evaluation of professional hygiene in the complex treatment of different phases of inflammatory diseases of parodont.

Rustamov E.A.

The aim of the research is clinical and immunological evaluation of the professional oral hygiene in the different stages of the parodontical inflammatory deceases. Practically healthy 106 teenagers at the age 12-15 are observed during the clinical dental researches. 86 of them were examined by the parodontical inflammatory deceases and 20 of them were examined by paradontical intact. The clinical analyses are done as the adopted rule.Gİ, Pİ, PMA indexes and lizosim, IgG, IgA, sIgA dynamics have been identified to study the changes occurrinq in parodont. Thus, the implementation of occupational health in inflammatory periodontal diseases gives a good effect. During use occupational health at an early age can prevent periodontal transition to the chronic phase.

Daxil olub: 10.11.2014

NƏHƏNGHÜCEYRƏLİ ŞİŞLƏRİNİN KOMPLEKS DİAQNOSTİKASI

M.R.Yusifov
Elmi-Tədqiqat Travmatologiya və Ortopediya İnstitutu (ETTOİ), Bakı

Açar sözlər: uzun borulu sümüklər, nəhənghüceyrəli şişlərin diaqnostikası.
Key words: long bones, diagnostics of the giant cell tumors.
Ключевые слова: длинные трубчатые кости, диагностика гигантоклеточных опухолей.

Nəhənghüceyrəli şiş (NHŞ) çox rəngarəng klinik əlamətlərə malik, residivə meyilli və müalicəsində onkoloq və ortopedlər üçün bir sıra çətinliklər törədən xəstəliklərdən biridir. NHŞ ilk dəfə 1818-ci ildə Coopers və Travers tərəfindən pis differensasiyalı stromal və çoxnüvəli nəhəng hüceyrələrə malik şiş kimi təsvir etmişlər [sit. 2, 12, 15, 18]. Sümük şişləri arasında NHŞ-rə 12-25% hallarda, onların da 88,6%-i uzun borulu sümüklərdə lokalizasiya olur. Kiçik, o cümlədən kiçik borulu sümüklərdə proses nadir görüntüdür və ədəbiyyata görə 1,3% – 2% -dir [3, 10]. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı NHŞ-i "aqressiv və potensial bədxassəli törəmə" kimi müəyyənləşdirərək, tipik NHŞ və maliqnizasiylı NHŞ olaraq ayırır [5,14]. NHŞ-in erkən diaqnostikası, gedişatındakı xüsusiyyətlər, həkimlərdə bu patologiya haqqında kifayət qədər məlumatların olmaması gecikmiş diaqnostika və ağırlaşmaların əmələ gəlməsinə səbəb olur. Ədəbiyyat icmalı və şəxsi müşahidələrimiz onu göstərir ki, hazırda NHŞ-in diaqnostika və differensial diaqnostikasındakı bəzi çətinliklər hələ də mövcuddur.

Hazırkı işin **məqsədi** NHŞ-in kompleks diaqnostikasının yaxşılaşdırılmasına yönəlmişdir.

Tədqiqatın material və metodları. İşin əsas materialını ETTOİ-nin sümük patologiyası şöbəsində 2000-2014-cü illərdə müalicədə olmuş NHŞ ilə 111 xəstədə şişin strukturu və rast gəlmə tezliyi, patologiyanın xüsusiyyətləri və diaqnostika üsulları öyrənilmişdir. Ətraflı klinik-ortopedik müayinələrlə yanaşı bütün xəstələrə zədələnmiş nahiyyənin düz və yan proeksiyalı rentgenoqrafiyaları icra olunmuş və ümumilikdə 780 rentgenoqramma təhlil edilimiş, şişin ətraf toxumalara münasibətini, onun daxili strukturunu, yumşaq toxuma komponentinin detallı təhlili və differensial diaqnostikası məqsədilə 21 xəstəyə patoloji sahənin kompüter tomoqrafiyası (KT) və 5 xəstəyə maqnit-rezonans tomoqrafiyaları (MRT) olunmuşdur.

Bizim klinikamızda rentgenoloji müayinələr Medien İnternational model-MC-D(M) (Çin, 2008) və E7240 FX-Ray Tube Unit General Elestronics (Yaponiya, 2005), KT müayinəsi Toshiba Scanner Asteion 4 Model TSX-021B/4,5, MRT görüntüləri Gyroscan INTERA PHILIPS 1,0 T və SIGNA General Electric MS 3,0 T cihazında icra edilmişdir. Şişin verifikasiya məqsədilə bütün xəstələrə biopsiya və əməliyyat materialları histomorfoloji müayinə edilmişdir. Trepanbiopsiya, açıq biopsiya və əməliyyat zamanı alınan materialların histoloji müayinəsi patomorfoloji laboratoriyalarda aparılmışdır.

Nəticələr. Xəstələrin 41(36,9%) nəfəri kişi, 70(63,1%) nəfəri qadın olmuş və kişi-qadın nisbəti 1:2 kimi təyin edilmişdir. Kişilərin orta yaş həddi 27, qadınların 25 təşkil etmişdir. Tədqiqat materialında NHŞ lokalizasiya üzrə göstəriciləri cədvəl 1-də öz əksini tapmışdır.

Cədvəl 1

Xəstələrdə şişin lokalizasiyasına görə bölünməsi (nəfər)

Lokalizasiya	Bud		Qamış		İncik		Bazu		Mil		Dirsək		daban	daraq	qalça	Cəmi
	P	D	P	D	P	D	P	D	P	D	P	D				
NHŞ	8	28	20	8	5	2	12	3	1	11	2	1	3	5	2	111

Qeyd: P –proksimal; D – distal

Cədvəldən göründüyü kimi NHŞ xəstələrin 48 (43,5%) nəfərdə diz oynağı nahiyyəsində lokalizasiyalıdır və bizim məlumatlar ədəbiyyatla uzlaşır. Onlardan 20 (18,01%) qamışın proksimal hissəsində və 28 (25,22%) nəfərdə budun distal hissəsində NHŞ aşkar edilmişdir. Bazunun proksimal lokalizasiyalı şişləri 12(10,9%), milin distal lokalizasiyalı şişləri isə 11(9,9%) nəfər təşkil etmişdir. Göründüyü kimi dirsək sümüyünün distal və mil sümüyünün proksimal hissəsində olan NHŞ-in tezliyi daha aşağı olmuşdur. Belə ki, 1(0,9%) xəstədə dirsəyin distal hissəsində, daha 1(0,9%) nəfərdə mil sümüyünün proksimal hissəsində NHŞ qeydə alınmışdır.

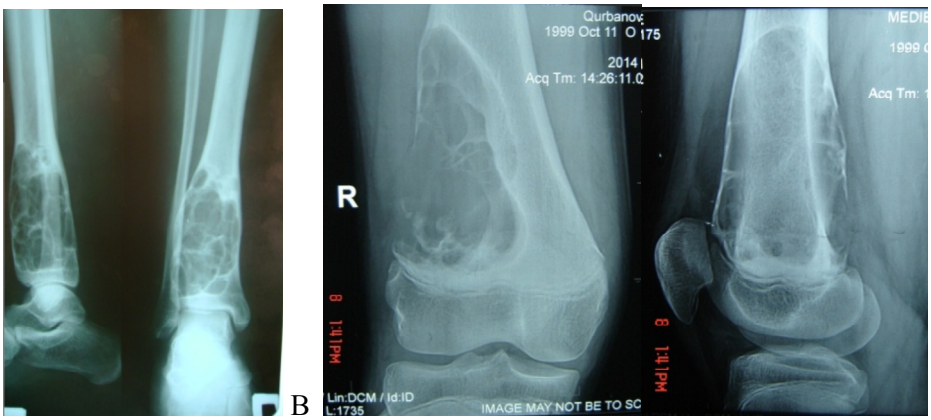
Kliniki müayinə zamanı 111 NHŞ xəstənin

45 nəfərində (40,5%) ağrı sindromu olmuşdur. Ağrılar lokal xarakter daşımış, göynədici-inildəyici-sızıldayıcı xarakterli olub, 36 xəstədə (32,4%) gecələr intensivliyin artması təyin edilmişdir. Heç bir halda ağrıların digər nahiyələrə irradiasiyası müşahidə olunmayıb, ətrafın heç bir vəziyyətində rahatlıq verməmiş, oynaqda hərəkət və yeriyərkən ağrının bir qədər artması müşahidə olunmuşdur. Ağrıların şişin ölçüsü ilə əlaqəsi müəyyən olunmamışdır. Uzun borulu sümük lokalizasiyalı NHŞ olan 27 (24,3%) nəfər xəstəmizdə prosesə yaxın və ya cəlb olunmuş oynaqlarda hərəkətlərin həcminin kəskin dərəcədə pozulması qeyd edilmişdir. Klinik əlamətlər olmadıqda şişi bəzən təsadüfən rentgenoloji təyin edilir. 33 (29,7%) nəfərdə şiş patoloji sınıqla fəsadlaşmışdır. Belə sınıqlar 16 (14,4%) nəfərdə NHŞ-in ilkin əlaməti və 17 (15,3%) nəfərdə sonradan baş vermişdir. Sınıqlar adi məişət hərəkətlərindən yaranmış və 9 (81%) nəfərdə əhəmiyyətli yerdəyişməli olmuşdur (Şək. 1). Böyük ölçülü şiş olan xəstələrdə anemiya və EÇS-in bir qədər artması müəyyən olunmuşdur. Digər ümumi göstəricilər norma daxilində təyin edilmişdir. Göstərilən bu və digər əlamətlər xarakter olmayıb və diaqnostik əhəmiyyət daşımamışlar.

Sümüklərin NHŞ-nin iki rentgenoloji – litik və hücrəli-trabekulyar forması ayırd edilir. Bizim tədqiqat işində litik forma 63 %, hücrəli-trabekulyar forma 48% təşkil etmişdir. Uzun borulu sümüklərin NHŞ-in tipik variantında rentgenoloji görüntülərdə "sümüyün köpməsi" (litik sahə) simptomu (47-60%) xarakter əlamət kimi müəyyən edilir (Şək. 2).



Şək 1. Rentgenoqrammalarda budun distal (A) və bazunun proksimal (B) hissəsinin patoloji sınıqla nəticələnmiş NHŞ



Şək. 2. Rentgenoqrammalarda qamış sümüyünün distal hissəsinin sentrik hücrəli-trabekulyar (A) və bud sümüyünün distal hissəsinin ekssentrik litik formalı (B) NHŞ

Belə ki, şiş sahəsi girdə formalı və asimmetrik lokalizasiyalı yerləşməklə, sklerotik haşiyəli dəqiq sərhədlərə malik olur. Rentgenoqrammalarda NHŞ-in ekssentrik yerləşməsi 45 (40,5%), sentrik lokalizasiya 66 (59,5%) hallarda təyin edilmişdir. Şiş toxuması böyüdükcə sümüyün mərkəzinə doğru inkişaf etməsi baş verir. Kortikal qat dağıldıqdan sonra şiş yumşaq toxumalara sirayət edir. Bununla belə radioloji görüntülərin əməliyyat nəticələri ilə

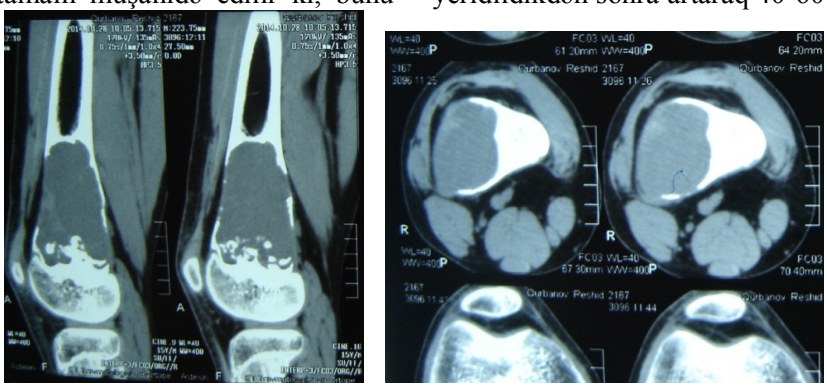
müqayisəsində biz əksərən şişin sümüküstlüyü ilə izolə edildiyini müşahidə etmişik. Şişin yumşaq toxumaya həqiqi dağılması patoloji sınıq və cərrahi əməliyyat zamanı yaranır. NHŞ-də periostun aqressiv reaksiyası müşahidə edilmir. Patoloji sahəyə perifokal hissədə çox zaman osteoporoz izlənir. İyşəkilli periostit və ya zəif ifadəli Kodmen qabarcığı, litik destruksiya NHŞ-in bədxassəli forması üçün xarakterdir.

Boşluğun semetlə plastikası əməliyyatı olunmuş pasientlərin (8 nəfər) rentgenoloji təhlillərində sement ətrafında (sementoma) incə rezorbtiv sahə və yaxşı görünən sklerotik haşiyə müşahidə edilmişdir. Sementoma ilə sklerotik zona arasında yaranan çox incə və əksərən 2-3mm enində lizis sahəsi sementin termal polimerizasiyası, metilmetakrilat monomerin sitotoksik effekti, sementə qarşı makrofaqal reaksiyanın nəticəsi kimi qranulomatoz reaksiya və sümük rezorbsiyası sayəsində yaranır. Müşahidələr göstərir ki, lizis zonasının qeyri bərabər və 5mm-dən enli olması residiv əlamətidir. Hidroksiapatit tədbiq olunmuş xəstələrdə (8 nəfər) material rentgenoloji olaraq dəqiq vizualizasiya olunur və yaxın dövrdəki rentgenoqrammalarda ciddi dəyişikliyə uğramadığı, uzaq dövrdə müayinələrdə isə tədricən assimilyasiya olunaraq, boşluğuna inkişaf edərək onu dolduran yeni sümük toxumasına qarışdığı müşahidə edilmişdir. Hidroksiapatit tədbiqindən sonra ilkin rentgenoloji təhlillər göstərmişdir ki, materialın inteqrasiyası prosesləri bir neçə amildən - postrezeksion defektin ölçüləri, resipiyent sahənin divarlarının vəziyyəti, Hidroksiapatit qranullarının ölçüləri və sıxlığından asılıdır. Kiçik həcmə malik patoloji boşluqların bərpası tam və qısamüddətli olur. Orta həcmli boşluqlarda materialın assimilyasiyası nisbətən ləng və natamam təyin edilmişdir. Böyük defektlərdə isə Hidroksiapatitin inteqrasiyası müddətli və natamam müşahidə edilir ki, bunu nəzərə alaraq bir neçə xəstəmizdə hidroksiapatit digər materiallarla kombinasiyada və ya KDO tədbiqi ilə əməliyyat olunmuşlar. Autosümüklə əvəzlənmiş sümük boşluqlarında 5-6 ay sonra transplantantın boşluq divarları ilə təmas edən periferik hissələrinin dəqiq konturlarının itməsi, osteoinduktiv osteogenez prosesləri müşahidə edilmişdir.

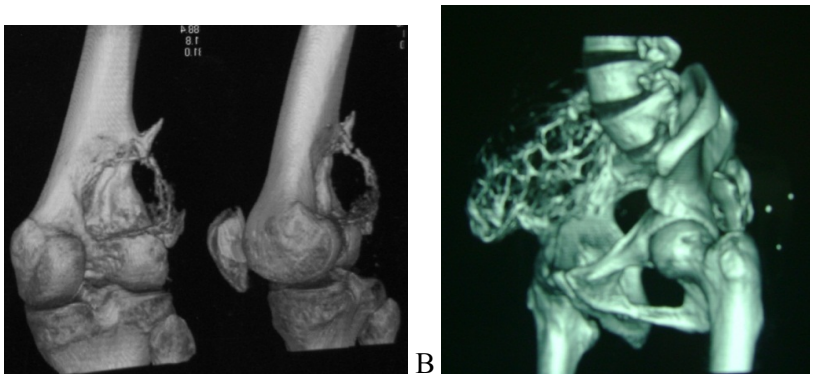
KT şiş nahiyyəsində sümük strukturunu dəqiqliklə müayinə etməyə imkan verir ki, bu da rezeksiya aparılacaq sərhədləri təyin etmək üçün vacibdir Epimetafizar hissənin saxlanması planlaşdırılan əməliyyatlarda KT metodu ilə vacib informasiyanı əldə edtmək olur. KT görüntülərdə bəzi hissələrdə kortikal qatın dağılaraq nazikləşməsi ("qələm ucu") müşahidə edilir ki, bu NHŞ-ə yalnış olaraq ("periostal günlük" simptomu imitasiyası) osteogen sarkomadakı görkəm verir (şəkil 3).

Hidroksiapatitlə plastika əməliyyatından sonra uzaq dövrdə aparılmış KT müayinələrdə plastik maddə ilə sümük toxuması arasındakı sərhəddin sklerotik sahə ilə haşiyələnən dəqiq sərhədlərini və boşluq daxilində bəzi yerlərdə maddənin ətrafında osteogenez proseslərini görmək olur . Yumşaq toxumaların əhatəsi qalın olduğu nahiyyələrdə (çanaq, fəqərələr), xüsusilə çanaq nahiyyəsində şişin lokalizasiyalarında bağırsaq qazlarının görüntüyə təsir etməsi nəticəsində şiş toxumasının rentgenoloji görüntüləri tam aydın olmur. Belə hallarda KT 3D görüntülərdən istifadə edilmişdir ki, metod daha informativ olub, patoloji proses hər tərəfdən tədqiq edilmişdir (şək. 4).

Residivlərin KT görüntülərində subperiostal yumşaq toxuma kütləsi hesabına periostun köpməsi və ossifikasiyası ilə bərabər, sement və ya hidrooksiapatitlə plastika edilmiş pasientlərdə maddə ilə sümük toxuması sərhəddində lizis sahələri aşkar olunmuşdur. NHŞ-in KT sıxlığı 20-70 v.HU olmaqla, kontrast maddə yeridildikdən sonra artaraq 40-60 v.HU çatır.

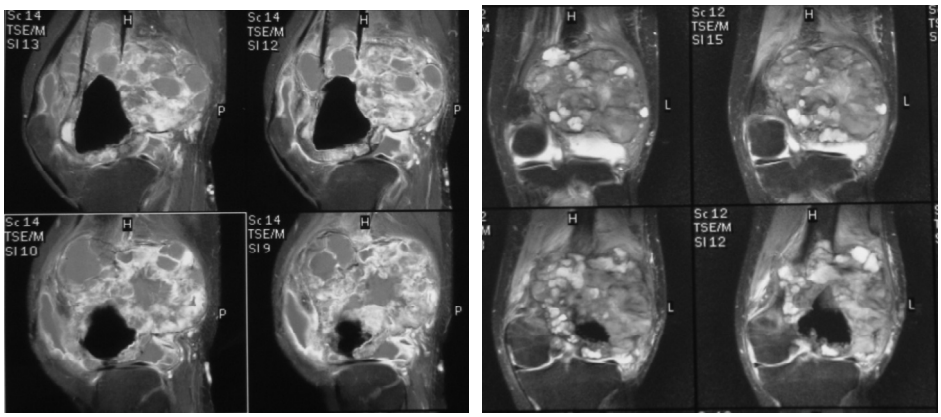


Şək. 3. Bud sümüyünün distal 1/3-nin litik forma NHŞ-nin sagital və aksial KT görüntüləri

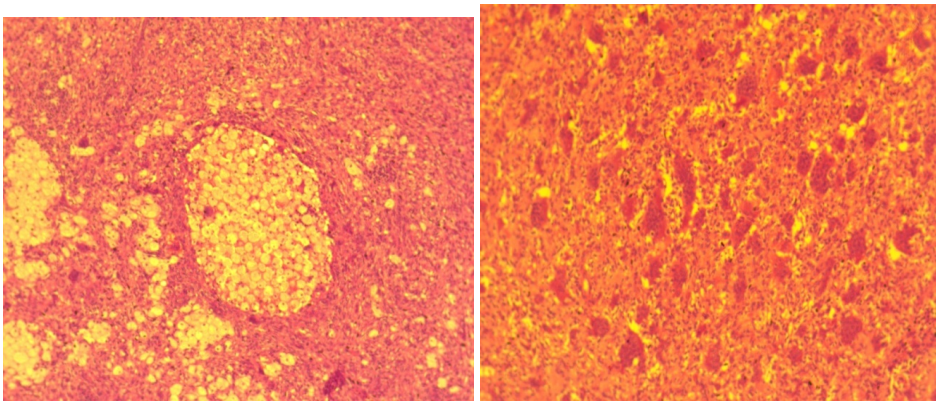


A B

Şəki4. Budun distal (A) və qalça sümüyünün (B) böyük ölçülü NHŞ-i 3D rejimdə KT görüntülər



Şək. 5. Kontrastlı MRT: bud sümüyünün distal hissəsinin kənari rezeksiyası və sementlə plastikası əməliyyatından sonrakı residiv NHŞ: kortikal destruksiya, sümükdaxili və xaricində olan şiş toxumasında maye tərkibli sahələrlə popliteal sahəni tutan böyük ölçülü residiv. Sinir-damar dəsti prosesə təmas etsədə, ona cəlb olunmayıb.



A B

Şək. 6. NHŞ-in mikrofotoları: A - Histoloji müayinə №9260-65/2011, rəngləmə: hematoksilin-eozin, böyütmə 200. NHŞ-in klassik variantı. Zəif inkişaflı fibroz toxuma və çox sayda nəhəng hüceyrələr. Sümük toxuması izlənmir; B - Histoloji müayinə №1552/2011, rəngləmə: hematoksilin-eozin, böyütmə 200. Geniş sahələrdə köpüklü makrofaqların proliferasiyası.

MRT-də NHŞ-lər T1 və T2 rejimlərdə əksərən orta siqnal intensivlidir ki, bu əlamət differensial diaqnostikada çox əhəmiyyətlidir. Yumşaq toxuma komponenti ilə residiv NHŞ-in daha informativ olan MRT müayinələrində bütün seanslarda hipodens sahələr və kortikal qatın destruksiyası bütün hallarda olmuşdur. Boşluq daxilində plastik material arasında maye tərkibli sahələrlə yanaşı, boşluqlar və NHŞ-in quruluşu üçün xarakter maye möhtəviyyatlı kistoz ocaqlar görüntülər qeyd edilir. Diaqnostika və cərrahi taktika seçimi məsələlərində MRT şişin yumşaq toxuma komponentinin

yaxınlıqdakı sinir-damar dəstinin prosesə sintopiyasını dəqiqliklə müəyyən etməyə imkan verir (şək.5). NHŞ prosesləri ilə xəstələrə ümumilikdə 179 histoloji müayinə aparılmışdır. Makroskopik olaraq NHŞ kəsikdə sarımtıl (nekrotik sahələr), qırmızı və ya qonur rəngli (qan durğunluğu və hemosiderin sahələri) sahələrin əvəzlənməsi ilə ağımtıl və ya çəhrayı rəngli olur. Şiş toxumasının konsistensiyası sərt, yumşaq və bəzən də jeleşəkilli hissələrlə əvəzlənir. Bəzən seroz və ya hemorragik möhtəviyyatlı şişdaxili sistik sahələr də aşkar edilir. Müayinə materialını 68 trepan biopsiya, 19 açıq biopsiya və 111 halda əməliyyat preparatı təşkil etmişdir. 7 (6,3%) nəfərdə residivlə əlaqədar biopsiya və təkrar histoloji müayinə aparılmışdır. NHŞ-in tipik variantında mikroskopik olaraq 2 hüceyrə tipindən - uzunsovşəkilli oval və ya girdə nüvəli hüceyrələr arasında 50-100 nüvəyə malik nəhəng hüceyrələrdən ibarət quruluşa xarakterdir. Şiş toxumasında fibroblastlar, kollagen elementlər, ksantom hüceyrələr, hemosiderozlu qansızma və osteogenez sahələri, makrofaqal reaksiyalar da rast gəlinir (şəkil 6).

Preparatlarda makrofaqların proliferasiyasına rast gəlinmişdir. Bununla belə şiş toxumasın inkişaf etmiş vaskulyarizasiyaya malikdir. Şiş toxumasını təşkil edən hüceyrələr arasında sıx birləşmənin olmaması, onların geniş şəbəkəyə malik qan damarlarına asanlıqla keçərək residiv və ya metastaz verməsinə şərait yaradır.

Müzakirə. NHŞ-in erkən diaqnostikası, xəstəliyin gedişatı çoxsaylı çətinliklər törədir və həkimlərdə bu patologiyadan kifayət qədər məlumatın olmaması gecikmiş diaqnostika və ağırlaşmaların əmələ gəlməsinə səbəb olur. NHŞ-in diaqnostikasında ən azı üç ixtisasın həkimi – cərrah, rentgenoloq və histoloq iştirak edir. Szendori M. (2004) məlumatına əsasən xəstələrin 1/3-də NHŞ-in klinik əlamətləri sümüyün diametrinin 50%-i zədələndikdə biruzə verir ki, bu zaman prosesin inkişafı 2-6 ay arasında olur [14]. NHŞ orqanizmdə bəzən illərlə ləng inkişafı etməsi ilə məlumdur [4]. Xəstələrin 10-20%-i anamnezdə travmanı qeyd edir [1, 20]. Bəzi hallarda NHŞ-in ilkin klinik əlaməti kimi zədə nahiyyəsində səbəbsiz yaranan şişkinlik və ya patoloji sınıq olur. Müxtəlif mənbələrə gorə NHŞ-də patoloji sınıqlar 2%-22,4% hallarda [6, 11, 16] və sümüyün en kəsiyinin 50%-dən çox zədələnməsi zamanı baş verir [13]. Radioloji metodlar NHŞ-in diaqnostikasında əsas rol oynayır və geniş yayılmışdır. Bununla belə, rentgenoloji müayinə ilə əlaqədar diaqnostik səhvlər 18,8% çatır [17, 20]. KT və MRT müayinələri patoloji sahənin daha incə detallarla müayinə etməklə yanaşı xüsusilə yumşat toxuma komponentinin və sinir-damar dəstinin şiş prosesinə sintopiyasını dəqiqləşdirməyə imkan vermişdir. Prosesin verifikasiyasında pato-histo-morfoloji verifikasiya əlbətdə ki, digər müayinələrdən öndə durmaqdadır. Hazırda NHŞ-in diaqnostikada P53, P63,P73, KTN1, NEB, ROCK1 və ZAK kimi onkomarkerlər tədbiq edilsədə, praktikada geniş yayılmamışdır [7, 9]. Tc^{99}-la radioizotop müayinəsində preparatın zədələnmə sahəsində hiperfiksasiyası ilə bərabər, şişin mərkəzi hissələrinə nisbətən periferiyasında daha çox toplanması diqqəti çəkir. Diferensial diaqnostikada Tl^{199}- xlorid də istifadə edilir [8]. Hamiləliyin NHŞ proseslərini sürətləndirdiyi, şişin həmişə litik formada olduğu bildirilir və belə halda müalicə ilk növbədə hamiləliyin pozulması ilə başlanır [2, 20]. Uşaqlarda metaepifizar lokalizasiyalı NHŞ sümüyün inkişafını ləngidə bilər [17].

Yekun. NHŞ-in histogenezi, klinik-morfoloji xüsusiyyətləri və bundan irəli gələn diaqnostik-müalicə məsələlərində bu günə qədər də yekdil fikir yoxdur. NHŞ-in radioloji diaqnostikası mühüm əhəmiyyət daşıyır, xəstəliyin proqnozu və cərrahi əməliyyat seçimində həlledici rol oynayır. NHŞ-in bəzi xarakter radioloji əlamətləri kompleks şəkildə klinik və patohistoloji təhlillərlə əlaqəli şəkildə dəyərləndirilməlidir. Şişin lokalizasiyası, əməliyyatdan qabaqkı və sonrakı, habelə residivlərdə hər hansı ciddi patohistoloji xüsusiyyərlər aşkar edilməmişdir. Histoloji mənzərənin klinik-rentgenoloji, KT, MRT və digər müayinələrin parametrlərdən asılılığı müəyyən edilməyib. Residivlərin əsas səbəbi tam diaqnostika, həmçinin histoloji verifikasiyanın düzgün olmamasıdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Əmiraslanov Ə.T., Qazıyev A.C. Sümük şişləri. Bakı, 1997, s.242-271.
2. Блудов А.Б., Неред А.С., Замогильная Я.А. Кочергина Н.В. Гигантоклеточная опухоль кости // Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи, 2014, №1, с. 34.
3. Демичев Н.П., Ситкалиева Ф.С., Халагуммаев К.М. Хирургия и аутопластика сегментарного дефекта плюсневой кости по поводу гигантоклеточной опухоли // Ортоп. Трав. и протез., 2011, №1, с. 85-87
4. Егоренков В.В. Пограничные и доброкачественные опухоли костей // Практическая онкология, 2010, т.11, №1, с. 37-44.

5. Gao Z., Yin J., Xie X. et al Local control of giant cell tumor of the long bone after aggressive curettage with and without bone cement // Musculoskeletal Disorders, 2014, v.15, p. 330-345
6. Вердиев В.Г. Садыхов А.Г., Расулов М.М., Юсифов М.Р. Сохранные операции при первичных опухолях и опухолеподобных заболеваниях костей с применением чрезкостного остеосинтеза / IV съезд онкологов и радиологов СНГ, матер. Съезда. Баку, 2006, с. 186
7. Miller I., Blank A., Yin S. et al A case of recurrent giant cell tumor of bone with malignant transformation and benign pulmonary metastases // Diagnostic pathology, 2010, v.5, p.62-69.
8. Meyers S. MRİ of bone and soft tissue tumors and tumor-like lesions: differential diagnosis and atlas / Thieme med. Publishers, 2008, p.814.
9. Muheremu A., Niu X. Pulmonary metastasis of giant cell tumor of bones // World j. of surgical oncology, 2014, v.12, p.261-271.
10. Oommen A.T., Madhuri V., Walter N.M. Benign tumor and tumor-like lesions of the calcaneum: a study of 12 cases // İndian j. of Cancer, 2009, v. 46, is. 3, p. 234-236.
11.Verdiyev V.Q., Yusifov M.R. Nəhənghüceyrəli şişin müayinə və müalicəsi (ədəbiyyat icmalı) // Azərbaycan ortopediya və Travmatologiya jurnalı, 2011, №2, s. 73-79
12. Пашкевич Л.А., Воронович И.Р., Голутвина Н.О. Диагностика и тактика хирургического лечения остеобластокластом скелета / БелНИИТО, метод. реком., Минск, 2000, 20 с.
13. Пташников Д., Усиков В., Засульский Ф. Патологические переломы костей // Практическая онкология, 2006, №2, с. 117-125.
14. Szendori M. Giant cell tumor of bone. Review article // J. bone and joint surg., 2004, v.86B, p. 1800-1808.
15. Taylor K., Yingsakmongkol W., Conard K., Stanton R. Multicentric giant cell tumor of bone. A case report and review of the literature // Clin. Orthop. and Relat. Reser., 2003, No. 410, p. 267-273.
16. Trucotte R., Wunder J., Isler M. Giant cell tumour of bone: a Canadian Sarcoma Group study // Clin. Orthop. Relat. Res., 2002, v.397, p. 248-258.
17.Садыхов А.Г. Доброкачественные опухоли костей. Баку: Аз.гос.изд., 1970, 219 с.
18. Войнов С.А. Криохирургическое лечение гигантоклеточных опухолей костей: Автореф. Дисс. … к.м.н. Астрахань,2005, 21 с.
19. Зацепин С.Т. Костная патология взрослых. Руководство для врачей. М., Мед., 2001, 638 с.
20. Зацепин С.Т. Сохранные операции при опухолях костей. М., «Мед.», 1984, 287 с.

Резюме

Комплексная диагностика гигантоклеточных опухолей

М.Р.Юсифов

Целью данного исследования является изучение критериев диагностики гигантоклеточных опухолей костей. Обычно они развиваются в длинных костях, но могут локализоваться и в других костях. Типичный внешний вид литического поражения с четко определенным краем, который эксцентричен в месте, проходит вблизи поверхности суставного. Тем не менее, ГКО могут иметь агрессивные черты, в том числе могут обнаруживаться в коре головного мозга или могут поражать компоненты мягких тканей. Общими симптомами являются увеличение болей в месте опухоли. Для выявления рецидивов наиболее специфическим методом считается радиологическое исследование. Не всегда возможно обнаружение полного склерозирования вокруг цемента. МРТ считается эффективным в оценивании случаев рецидива. Частое наблюдение с простой рентгенографией следует продолжать в течение одного года после операции, не зависимо от клинических признаков рецидива. Когда внешний вид рентгенограм предполагает наличие рецидива, должно быть выполнено МРТ с последующим проведением биопсии.

Summary

Complex diagnosis of the giant cell tumor

M.R.Yusifov

The present research concerns the detection of criteria of diagnostics of giant-cell tumors (GCT) of bones. It usually develops in long bones but can occur in unusual locations. The typical appearance is a lytic lesion with a well-defined but nonsclerotic margin that is eccentric in location, extends near the articular surface, and occurs in patients with closed physes. However, GCT may have aggressive features, including cortical expansion or destruction with a soft-tissue component. The common presenting symptoms is increasing pain at the tumor site. GCT can mimic or be mimicked by other

benign or malignant lesions at both radiologic evaluation and histologic analysis. For recurrences the most specific radiological sign There was not always a complete sclerotic margin around the cement, but when it was present. MRI was helpful in assessing cases with evidence of recurrence. Frequent surveillance with plain radiography should continue for one year after operation irrespective of clinical signs of recurrence. When the appearance of the plain radiographs suggests recurrence, MRI should be performed and followed by image-guided needle biopsy.

Daxil olub: 08.10.2014

DÖLÜN BƏTNDAXİLİ ÖLÜMÜNƏ DAİR

G.B. Mirzəyeva, E.M. Əliyeva, Z.Ş. Təhməzoğlu
Azərbaycan Tibb Universiteti, I mamalıq və ginekologiya kafedrası, Bakı.

Açar sözlər: döl, ana, dölün bətndaxili ölümü
Ключевые слова: плод, матери, внутриутробной смерти плода
Key words: fetus, mother, fetal mortality

Hər 2000 nəfərdən bir dölün bətndaxili ölümü halı qeyd olunur. Hamiləliyin 14 həftəliyindən sonrakı ölüm dölün btndaxili ölümü hesab olunur. Uşaq həsrəti ilə gələcəkdə ana olmağa hazırlaşan qadın üçün onun hələ dünyaya gəlməmiş körpəsinin ölüm xəbərini eşitmək ən böyük psixoloji sarsıntıdır. Dünyaya gəlmədən ana bətnində uşaqlıq daxilində dölün ölümü dölün inkişafının müxtəlif mərhələlərində əmələ gələ bilər. Belə hadisə hər iki valideyinə və onların qohumlarına xəbərdarlıq olur və əhəmiyyət kəsb edir. Belə hallarda uşaq dünyaya gətirmək üçün hazırlaşan ana bütün günahları öz üzərinə götürür, daimi qəm-kədər içərisində olur və uzun müddət bu hadisəni unuda bilmir. Ona görə belə hadisə ilə rastlaşan hər iki valideyin özünə daimi olaraq sual verir: hadisə nə üçün baş verdi, bunun səbəbi nədir? Buna birmənalı cavab vermək çox çətindir [1,2,3,4]. Dölün bətndaxili ölüm səbəbləri çoxdur və bəzən onlara kompleks şəkildə rast gəlinir. Bəzən göbək ciyəsinin boyuna bir neçə dəfə dolanması, bəzən anadangəlmə qüsurlar dölün ölümünə səbəb olur [5,6,7,8]. Ölümə səbəb olan hallar genetik, hormonal, anatomik, immunoloji, iltihabi xarakterli proseslər və psixoloji faktorlar hesab olunur. Almaniya, İtaliya və ABŞ-dan olan genetiklər dölün ölüm səbəbini öyrənmişlər. Onlar 8% hallarda dölün ölüm səbəbinin irsi keçən ürək xəstəliklərinin olmasını qeyd etmişlər. Müəlliflərin fikrinə görə uşaqların qəfləti ölümünə səbəb 10-15% hallarda QT intervalının uzanması ilə olan genetik pozğunluqlar və Bruqada sindromu ilə əlaqədardır. QT intervalının davam müddəti ürəyin mədəciklərinin repolyarizasiya vaxtına uyğun gəlir. Normal QT intervalı ürək ritmlərinin tezliyindən asılıdır. Diaqnostik məqsədlə QT-nin mütləq göstəricisindən istifadə olunur. Hansı ki, Bazett formulu ilə hesablanır. Bruqada sindromu ürəyin ritminin genetik determinə olunmuş pozğunluğudur. Hiss dəstəsinin sağ ayaqcığının tam və natamam blokadası ilə həyat üçün təhlükəli olan taxiaritmiya halı xəstə yuxuda olarkən və ya tam rahat halda baş verir. Qidoni bətndaxili dölün ölüm səbəblərini irsi genetik faktorların (DNK) öyrənilməsini təklif edir. Müəllifin fikrincə bətndaxili dölün ölümü ~3% hallarda ürək xəstəliklərinə səbəb olan genetik pozğunluqlar, 5% hallarda isə mutasiyalar hansı ki bu xəstəliklərin törənməsinə təsir edir, əsas faktorlardır. Risk faktorları: Yaş risk faktorları arasında önemli yer tutur. 1 milyon hamilələrin analizinə əsaslanaraq öyrənilmişdir ki, düşüklər 20-30 yaşlı qadınlarda 9-17%, 35 yaşlılarda 20%, 40 yaşlılarda 40% və 45 yaş və yuxarı 80% təşkil edir; anamnezində 2 dəfə hamilə olan qadınlar, yeni hamilə olanlara nisbətən yaşından asılı olaraq daha çox risk təşkil edirlər; anamnezində 1 dəfə düşük olanlarda risk, 18-20%, 2 dəfə düşük olanlarda 30% və 3 dəfə düşük olanlarda 43% təşkil edir. Halbuki, əvvəllər normal doğuş keçirmiş qadınlarda düşük riski- 5% təşkil edir; siqaret çəkmə - nikotin – gün ərzində 10 siqaretdən artıq çəkən qadınlarda düşük riski (I trimestrdə) çox yüksəkdir; mayalanma və implantasiya mərhələsində qəbul edilən qeyri steroid iltihab əleyhinə preparatlar ~ 26%

hallarda düşüklərə səbəb olur, halbuki bu qrupdan olan və preparat qəbul etməyələrdə risk 15% ətrafında rast gəlinir [9,10,11,12,13,]. Ölümə səbəb olan faktorları dəqiqləşdirmək üçün dölün fraqmentlərinin patohistoloji analizi və genetik testlərin aparılması vacibdir [14,15,16,17].

Ölüm səbəbləri içərisində anaya aid olan faktorlar - cift və dölyanı maye. Hamiləliyin ilkin dövründə dölün ölümünə səbəb xromosom xəstəlikləri və infeksion xəstəliklər, ikinci mərhələdə isə ən başlıca səbəb oksigen çatmamazlığıdır. Risk faktorları: Yaş risk faktorları arasında önemli yer tutur. 1 milyon hamilələrin analizinə əsaslanaraq öyrənilmişdir ki, düşüklər 20-30 yaşlı qadınlarda 9-17%, 35 yaşlılarda 20%, 40 yaşlılarda 40% və 45 yaş və yuxarı 80% təşkil edir; anamnezində 2 dəfə hamilə olan qadınlar, yeni hamilə olanlara nisbətən yaşından asılı olaraq daha çox risk təşkil edirlər; anamnezində 1 dəfə düşük olanlarda risk, 18-20%, 2 dəfə düşük olanlarda 30% və 3 dəfə düşük olanlarda 43% təşkil edir. Halbuki, əvvəllər normal doğuş keçirmiş qadınlarda düşük riski – 5% təşkil edir; siqaret çəkmə - nikotin, gün ərzində 10 siqaretdən artıq çəkən qadınlarda düşük riski (I trimestrdə) çox yüksəkdir; mayalanma və implantasiya mərhələsində qəbul edilən qeyri steroid iltihab əleyhinə preparatlar ~ 26% hallarda düşüklərə səbəb olur, halbuki bu qrupdan olan və preparat qəbul etməyələrdə risk 15% ətrafında rast gəlinir [18,19,20,21].

Anaya dair faktorlara sistem xəstəlikləri, ürək-damar, qan, böyrək, qan azlığı, idarə olunmayan və diaqnozlaşdırılmayan şəkərli diabet və s. aiddir. Ən təhlükəli faktor hamiləliyin müxtəlif vaxtlarında inkişaf edən hestoz (Eodema, Proteinuria, Hipertenziya- EPH) adlanır, hansı ki, qan təzyiqinin qalxması, proteinuriya və ödemlə müşaiyət olunur [22]. Həmçinin dölün ölümünə səbəb olan çox təhlükəli xroniki infeksion xəstəliklər: vərəm, sifilis, hepatit, eritremiya və kəskin infeksion qızılca, çiçək, qrip, hepatit və digər yüksək temperatura ilə müşaiyət olunan xəstəliklər aiddir[29, 30,31].

Hamiləlik zamanı istifadə olunan narkotik maddələr, spirtli içkilər və nikotinin dölə çox böyük mənfi təsirləri vardır və ölümə səbəb olan faktorlardandır [23].

Dölün ölümünə səbəb olan faktorlardan biri hamilə qadınların nə vaxtsa həyatında ağır metallar və ya toksiki maddələrlə zəhərlənmə halları ola bilər. Səbəblər içərisində ananın qanında antifosfolipid antitelin (anticisimciklər) olmasıdır. Bu antitellərin konsentrasiyasının yüksək olması qanın hemolizinə səbəb olur ümumi bədənin ağır ödeminə gətirib çıxarır və sonda dölün ölümü ilə nəticələnir [24].

Göbək ciyəsinin yerləşməsinin döldən öndə və uşaqlığın önünə təsbit olunmuşdursa, köndələn gəlişdə, dölyanı maye çox olduqda və çox döllülükdə dölün ölümünə səbəb ola bilər [25].

Dölün özünün quruluşunda rast gəlinən müxtəlif qüsurlar ürək, böyrək, sinir sistemi və s. dölün ölümünə səbəb ola bilər [26].

Dölün bətndaxili ölümü haqda dölün inkişafının zəifləməsi və hərəkətdən qalması halları şübhələnməyə əsas olur. Birinci 3 aylıqda öyümə, qusma hallarının dayanması, sonrakı 3 ayda çəkinin artmaması, qarın dairəsi ölçüsünün artmaması və dölün hərəkətinin olmaması hamilələr üçün bir siqnaldır. Bütün bu hallar qeyd olunarkən hamilələr mütləq həkimə, qadın məsləhətxanasına müraciət etməlidirlər.

Ən etibarlı diaqnostik test USM- ultrasəs müayinəsidir. Bu zaman dölün ürək döyüntüsünün olmaması və hərəkətsizliyi- dölün ölümü haqqında əsas əlamətləridir. Hamiləliyin ilk 3 ayında qanda insanın xorion gonodotropinin (İXQ) səviyyəsinin enməsi, uşaqlığın ölçüsünün artmaması, dölün hərəkətinin olmaması və s. aiddir [27].

Dölün bətndaxili ölüm xəbəri ana üçün çox ağırdır. Analar düşünür ki, bu belə deyil, həkimlər səhv edir onun uşağı yaşıyır.

Bəzən bətndaxili ölmüş döl spontan olaraq uşaqlığın yığılması və dölün xaric olması ilə nəticələnir. Bu hadisə əsasən 2 həftə ərzində baş verir. Səbəbsiz - özbaşına abort, hestasion müddətə qədər hamiləliyin pozulması, Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının qərarına əsasən 500 qr çəkidə və 22 həftəlik hamiləliyə uyğun dölün ya embriomun xaric olması - ekstraksiyası düşük adlanır.

Xəstəliklərin beynəlxalq klasifikasiyası: (Kod № XBT-10)

003 – Özbaşına abort – düşük.

002 – Başaçatmamış düşük.

020 – Abort təhlükəsi.

Özbaşına düşüklərin əsas səbəbi – 82-88% hallarda xromosom xəstəliklərdir. Bunlarda 52% - aytosom trisomiya, 19%- xromosomiya, 22%- poliplodiya, 7% digər formalar təşkil edir. 80% hallarda dölün əvvəl ölümü sonra isə onun ekspulsiyası baş verir. Xroniki produktiv endometrit 25% hallarda rast gəlinir. Bu zaman anamnezində süni abort keçirənlər 63,3% qeyd

olunur. Digər faktorlara anatomik, endokrin, infeksion, immunoloji və digərləri aiddir. Qızdırma (hipertermiya)- bədən temperaturunun $37,7^0$ C yuxarı olması düşüklərə səbəb olur. Travmalar, hətta prenatal diaqnostika üçün aparılan invaziv- xoriosentez, amniosentez, kordosintez 3-5% risk faktorlarıdır. Kofeinin qəbulu, gün ərzində 100 mq - dan çox, yəni 4-5 fincan qəhvə içənlərdə düşük riski artır. Teratogenlərin təsiri, infeksion- allergik toksiki maddələr, dərman preparatları, fol turşusunun qanda konsentrasiyası 2,19 nq/ml. (4,9mmol/l)-dən aşağı olması 6-12 həftəlik hamiləliyin spontan abortla nəticələnməsinə səbəb olur. Hormonal pozğunluqlar- trombofilik vəziyyətlər lüteinləşmə fazasının pozulmasına və düşüklərə səbəb olur. Müxtəlif ədəbiyyat məlumatlarına görə 12-25% (EKO) ekstrokarporal mayalanmış – "tüb bəbəklər" düşüklə nəticələnir. Əgər ölmüş döl spontan düşüklə nəticələnmirsə hamilə qadın mütləq stasionara yerləşdirilir və dinamiki müşahidə altında saxlanılır. Nəbzi, arterial təzyiqi, qanın göstəriciləri ələlxüsus fibrinogen yoxlanılır. Əgər ölü döl 2 həftədən artıq uşaqlıq daxilində qalarsa onda ananın həyatı üçün təhlükəli vəziyyət yarana bilər. Ona örə də, ölmüş dölün xaric olunması öldükdən 2 həftə gec olmayaraq yerinə yetirilməlidir. Əgər xəstənin hərarəti, leykositozu yüksəkdirsə, infeksion vəziyyət varsa təcili olaraq dölün xaric olunmasına göstəriş var [28].

Ana üçün ən təhlükəli ağırlaşmalardan biri bətndaxili ölmüş dölün təsirindən ananın qanında fibrinogenin, trombositlərin və laxtalanma faktorlarının azalması və trombohemorragik sindromun inkişaf etməsidir. Belə hallarda doğuşdan sonra anada idarə oluna bilməyən kəskin uşaqlıq qanaxmalarının olması ananın ölümünə səbəb ola bilər. Bəzən çoxlu qan köçürməyə ehtiyac ola bilər [29].

Hamiləliyin pozulması, süni doğuş törədilməsi üçün dölün ölümü barədə 100% əminlik lazımdır. Belə halda ana üçün ən yaxşı variant ölü dölün uşaqlıq yolundan xaric edilməsidir. Bəzən bu zaman Keysəriyyə əməliyyatından istifadə olunur. Bu isə ananın həyatı üçün təhlükəlidir. Bu zaman həmçinin laxtalanma sistemi mütləq yoxlanmalıdır. Bəzən çox qanitirmə ana üçün təhlükəli ola bilər. Əgər dölün ölümünə infeksiya səbəb olmuşsa onda Keysəriyyə əməliyyatından sonra yaranın infeksiyalaşma və ikincili sağalma təhlükəsi var, ona görə əvvəldən antibiotikoprafilaktika aparılmalıdır [30].

Ölü dölün doğuşu prosesi çox çətindir. Çünkü orqanlar bu prosesə hazırlaşmayıb. Uşaqlıq boynu çox kiçik və yığılmış vəziyyətdə olub doğuş üçün yetişməmişdir[31,32].

Doğuş prosesini induksiya etmək üçün vena daxilinə oksitossin vurulur və uşaqlıq boynunun yetişməsi üçün prostoqlandinlərdən gel şəklində uşaqlıq boynu kanalına yeridilir[33,34,35].

Əgər ölü döl uzun müddət uşaqlıq daxilində qalırsa o çürümə prosesinə, yəni masserasiyaya məruz qalır. Masserasiyanın müddəti dölyanı mayenin miqdarından və tərkibindən asılı olur. Çoxdöllü hamilələrdə bir dölün ölümü hadisəsi daha çox rast gəlinir. Bu hadisə daha çox birinci trimestrdə rast gəlir. II- ci trimestrdə və prenatal dövrdə həmçinin dölün birinin ölməsi rast gəlinir. Dölün birinin ölümü digər yaşayan döllərin sağlamlığına çox ciddi təsir edir. Bəzən ürək-damar, nevroloji zədələnmə və DVS-trombohemorragik sindrom inkişaf edir. Bəzən salamat qalıb, doğulanlar serebral ifliclə doğulurlar [36,37,38].

Dölün itirilməsi qadınların psixikasına çox pis təsir edir. Belə depressiv vəziyyətdən çıxmağa qadına həm ailəsi, həm də, həkimlər kömək etməlidirlər. Bütün səbəblər aydınlaşdırılmalı və müəyyən profilaktik tədbirlərdən sonra qadın yenidən hamiləliyə hazırlanmalıdır [39].

ƏDƏBİYYAT

1. Кулаков В.И. Развитие перинатального акушерства (проблемы и решения) / Материалы IV Российского форума «Мать и дитя», М.: МИК, 2002, с.6-8.

2. Курцер М.А. Перинатальная смертность и пути её снижения: Автореф. дисс... док. мед. Наук. М., 2001

3. Рымашевский Н.В., Волков А.Е., Михельсон А.Ф., Бычкова Н.Е. Резервы по снижению перинатальнойсмертности / Материалы IV Российского форума «Мать и дитя». М.: МИК, 2002, с.94-96.

4. Рымашевский Р.В. и др. К вопросу о прогнозировании антенатальной гибели плода / Актуальные вопр. акушерства и гинекологии: сб. науч. материалов. М., 2002, Т.1, №1, с.80-81

5. Тянтерева, С.Г. Морфологическое строение венозного протока у плодов и новорожденных, погибших в разные сроки беременности / Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины. Материалы научно-практической конференции молодых

ученых. СПб, 2002, с.196.

6. Салов И.А. Неразвивающаяся беременность (патогенез, клиника, диагностика и лечение):Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Саратов, 1998, 21с.

7. ACOG Committee Opinion No. 543. Timing of umbilical cord clamping after birth // Obstet Gynecol., 2012, v.120(6), p.1522-1526.

8. Philips A.G.When should we clamp the umbilical cord?//Neoreviews, 2004,v.5,p.142-54

9. Болотских В. М.. Преждевременное излитие околоплодных вод при доношенной беременности: прогнозирование, патогенез, тактика ведения беременности и родов: Автореф. дис. ... докт. мед. Наук. СПб, 2013, 32с.

10. Бондаренко К.В. Программированные роды- резерв снижения материнской и перинатальнойзаболеваемостиисмертности: Автореф. дисс... канд. мед. наук. М., 2007, 23 с.

11. Володин Н.Н., Чернышов В.Н., Дегтярев Д.Н. Неонатология. М.: Академия, 2005, с.143

12. Гениевская М.Г., Макацария А.Д. Антитела к фосфолипидам и невынашивание // Вестн. Росс, ассоц. акушеров-гиенкологов, 2000, №1, с.44-49.

13. Neilson JP, Hickey M, Vazquez J. Medical treatment for early fetal death (less than 24 weeks) / Cochrane Database Syst Rev., 2006, №3

14. Noronha L.D., Kasting G., Martins V.D. et al. Intrauterineandperinatal mortality: comparative analysisof3904 necropsies // J. Pediatr., 2000, v.76, № 3, p.213-221.

15. Серова О.Ф.,Милованов А.П. Основные патоморфологические причины неразвивающейся беременности и обоснование прегравидарной терапии женщин // Акуш. и гин., 2001, №3, с.19-23.

16. Тянтерева С.Г. Морфологическое строение венозного протока у плодов и новорожденных, погибших в разные сроки беременности / Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины. Матер. Науч.-практ конф. молодых ученых. СПб., 2002, с.196.

17. Тянтерева С.Г. Морфометрический анализ венозного протока / Математика. Компьютер. Образование: Материалы IX Международной конференции. Дубна, 2002, с.193.

18. Салов И.А. Неразвивающаяся беременность (патогенез, клиника, диагностика и лечение): Автореф. Дис. ... докт. мед. наук. Саратов, 1998, 20с.

19. Серов В.Н. Плацентарная недостаточность // Трудный пациент, 2005, Т. 3, № 2, с.18-19.

20. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. М., 2005.

21. Охотникова И.М, Агейкин В.А., Лозовская Л.С. Значение внутриутробной вирусной инфекции в органной патологии детей грудного возраста // Мед. научный и учебно-методич. журнал., 2001, №8, с.81-87.

22. Радзинский В.Е., Смалько П.Я. Биохимия плацентарной недостаточности. М: Изд-во РУДН, 2001, 273 с.

23. Aladangady N., McHugh S., Aitchison T.C. et al Infants' blood volume in a controlled trial of placental transfusion at preterm delivery // Pediatrics, 2006, v.117, p.93-99.

24. Al Riyami N., Al-Ruheili I., Al-Shezaw F., Al-Khabori M. Extreme preterm premature rupture of membranes: risk factors and feto maternal outcomes // Oman Med J., 2013, v.28(2), p.108-111.

25. Савельева Г.М., Кулаков В.И. Современные подходы к диагностике, профилактике и лечению гестоза // Российский вестник акушера-гинеколога, 2001, №3(5), с.66-72.

26. Хахва Н.Т. Прогнозирование возникновения гестоза и задержки развития плода в ранние сроки беременности: Автореф. дисс. … кан. мед. наук. М., 2002, с.86

27. Сидорова И.С., Макаров И.О., Воеводин С.М. Диагностика и лечение внутриутробной инфекции в различные периоды беременности // Акуш. и гинекол, 2004, №2, с.40-45.

28. Гениевская М.Г., Макацария А.Д. Антитела к фосфолипидам и невынашивание // Вестн. Росс, ассоц. акушеров-гиенкологов, 2000, №1, с.44-49.

29. Тянтерева С.Г. Морфологическое строение венозного протока у плодов и новорожденных, погибших в разные сроки беременности /Актуал. Вопр. клинической и экспериментальной медицины. Матер. научно-практ. Конф. молодых ученых. СПб., 2002, с.196.

30. Фролова О.Г., Николаева Е.Н., Мурзабекова Г.С. Факторы риска перинатальной патологии. Перинатальная охрана плода. Алма-Ата, 1989, с.19-22.

31. Юлиш Е.И., Волосовец А.П. Врожденные и приобретенные TORCH-инфекции у детей. Донецк: Регина, 2005, 216с

32. Levine E.M., Ghai V., Barton J.J., Strom C.M. Mode of delivery andrisk of respiratory diseases

in newborns // ObstetGynecol., 2001, v.97, p.439-442
33. Neilson J.P., Hickey M., Vazquez J. Medical treatment for early fetal death (less than 24 weeks) // Cochrane Database Syst Rev., 2006, v.3
34. Tyson J.E., Parikh N.A., Langer J. et al National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. Intensive care for extreme prematurity—moving beyond gestational age // N Engl J Med., 2008, v.358(16), p.1672-1681.
35. Perriera L, Reeves MF. Ultrasound criteria for diagnosis of early pregnancy failure and ectopic pregnancy // Semin Reprod Med., 2008, v.26(5), p.373-382.
36. Сидорова И.С. Физиология и патология родовой деятельности. М.:МЕДпресс, 2000, 320с.
37. Chen B.A., Creinin M.D. Medical management of early pregnancy failure: efficacy // Semin Reprod Med., 2008, v.26(5), p.411-422
38. Chittacharoen A., Herabutya Y., Punyavachira P.A. randomized trial of oral and vaginal misoprostol to manage delivery in cases of fetal death // Obstet Gynecol., 2003, v.101, p.70-73.
39. WHO. Recommendations for the Prevention of Postpartum Haemorrhage. WHO: Geneva, 2006.

Резюме

Про внутриутробной смерти плода.

Г.Б. Мирзаева, Э.М. Алиева, З.Ш. Тахмазоглы

В данной статье проанализировано литературные данные про внутриутробной смерти плода, причины смерти относяшийся к матери и плода.

Summary

Fetal mortality

G.B. Mirzayeva, E.M. Aliyeva, Z.S. Tehmezoglu

In this article bibliography on fetal mortality and the causes for fetal mortality stemming from mothers and fetus is analyzed.

Daxil olub: 10.11.2014

FUNKSIONAL MÜAYINƏ METODLARININ NƏTICƏLƏRINƏ ƏSASƏN ADENOTOMIYANIN NƏTICƏLƏRININ TƏHLILI

M.D.Quliyev

Ə.Əliyev ad. Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: adenoidit, adenotomiya, ön aktiv rinomanometriya, timpanometriya, audiometriya
Ключевые слова: аденоидит, передняя-активная риноманоиетрия, тимпанометрия
Keywords: adenoids, front-active Rhinomanometry, tympanometry

Adenoid burun-udlaq tavanı ilə udlağın arxa divarının birləşdiyi yerdən önə, burun çəpərinə doğru piramid şəklində bir qabarıqlıq əmələ gətirən və Waldeyer [1] limfaepitelial həlqəsinə daxil olan III badamcıqdır [2].

Uşaq yaşlarında udlaq limfoepitelial həlqəsinin badamcıqları arasında ən çox pataloji proseslərə mərzu qalanı udlaq badamcığıdır, B.S.Psaxis [3].

Xroniki adenoidit çox vaxt burun-udlaq badamcığının müxtəlif dərəcəli hipertrofiyası ilə yanaşı gedir. Xroniki adenoiditdə tənəffüs zamanı rezistentliyin çoxalması, yəni, burnun sağ və sol yarısı tərəfindən ümumilikdə hava axının sürətinin xeyli dərəcədə azalması xarakter haldır [4].

Xroniki adenoidit və adenoid hipertrofiyası zamanı nazal keçiriciliyin pozulma dərəcəsinin obyektiv qiymətləndirilməsi üçün ön aktiv rinomanometriya ən effektiv müayinə üsulu sayılır. Bu müayinədə burunla nəfəs alarkən burunda hava axının sürəti və rezistentliyi kimi parametrlər tədqiq edilir. Bu parametrlər burun boşluğunun hər yarısı üçün ayrıca ölçüləri, həm də yekun göstəriciləri təyin edir [5].

Adenoid hipertrofiyasına meyillilik yaradan amil kimi uşaq infeksion xəstəlikləri, uşağın hipotrofiya və ya hipertrofiyası, hipovitaminoz,

mənfi məişət və sosial şəraiti və s. göstərmək olar [5].

Həmçinin, kəskin respirator xəstəliklər, eləcə badamcıqlar və ağız boşluğunun latent infeksiyaları, udlaq badamcığının hipertrofiyasına şərait yaradır. Udlaq badamcığının limfadenoid toxumasının hipertrofiyasının səbəbləri uşağın konstitusiyası, allergizasiyası, burun boşluğu və burun-udlağın selikli qişası tərəfindən iltihabi reaksiya yaradan və udlaq badamcığının hipertrofiyasının inkişafına təkan verən, tez-tez təkrarlanan infeksion xəstəliklər ilə də əlaqədardır [5,6].

Burunla nəfəs almanın daimi və ya periodik (yalnız yuxu zamanı) çətinləşməsi, burundan ifrazatın gəlməsinə, baş ağrısı, bir və ya hər iki qulaqda eşitmənin periodik və ya daimi pozulması kimi şikayətlər uşaqda adenoid hipertrofiyası olması ehtimalına kifayət qədər əsas verir. Valideynlər çox vaxt uşağın burnundan selikli və ya selikli-irinli ifrazatın gəlməsi, fısıltı, yuxu zamanı xorultu, ağzıaçıq yatma, iştahın azalması, tez yorulma və zəiflik, gecə qorxusu ilə müşaiyət olunan narahat yuxu, burunda danışma, subfebrilitet, baş ağrısı, eşitmənin azalması kimi şikayətlərlə müraciət edirlər [6].

Udlaq badamcığının patoloji vəziyyətinin diaqnostikası məqsədilə burun boşluğu və burun-udlağın endoskopik müayinəsi tövsiyə edilir, çünki arxa rinoskopiya həmişə informativ olmur [5,7].

Adenoid vegetasiyalarının hipertrofiyasını immun sistemin orqanlarından birinin yuxarı tənəffüs yollarının patoloji mikroflorası hesabına formalaşan fizioloji müdafiə reaksiyası kimi qiymətləndirmək olar.

Xroniki adenoidit burun-udlaq badamcığının toxumasında immunodefisit fonunda uzunmüddətli iltihabi prosesin olması və kliniki olaraq simptomatikanın polimorfizmi ilə xarakterizə edilir. Xroniki adenoiditin diaqnostikası çətinliklər törətmir, lakin endoskopiya texnikasının istifadəsi dəqiq diaqnozun qoyulması imkanlarını xeyli genişləndirir.

Göründüyü kimi adenotomiyadan əvvəl və sonra tətbiq edilən funksional müayinə metodları alınan nəticələrin effektliliyini müqayisə etməyə imkan verir.

Yuxarıdakıları nəzərə alaraq biz adenoidektomiyadan sonra funksional müayinə metodu olan ön aktiv rinomanometriya vasitəsilə alınan göstəriciləri təhlil etməyi qarşımıza **məqsəd** qoyduq.

Tədqiqatın material və metodları. Kliniki təhlilin əsasını 2007-2013-cü illər ərzində akad. M.Mirqasımov adına RKX-nın LOR şöbəsində və Baku City Hospitalda udlaq badamcığının II-III dərəcəli hipertrofiyası olan 309 xəstənin cərrahi müalicəsinin yaxın və uzaq nəticələrinin müşahidəsi təşkil etmişdir. Xəstələrin yaşa və cinsə görə bölünməsi cədvəl 1-də göstərildiyi kimi aparılmışdır.

Cədvəl 1

Xəstələrin cinsə və yaşa görə bölünməsi

Yaş qrupları	Cins	Əsas qrup, n=211		Nəzarət qrupu, n=98		Cəmi, n=309	
		müt.	%	müt.	%	müt.	%
1-5 yaş	oğlan	48	22,7	21	21,4	69	22,3
	qız	38	18,0	19	19,4	57	18,4
6-8 yaş	oğlan	34	16,1	16	16,3	50	16,2
	qız	36	17,1	16	16,3	52	16,8
9-14 yaş	oğlan	32	15,2	15	15,3	47	15,2
	qız	23	10,9	11	11,2	34	11,0
Cəmi	oğlan	114	54,03	52	53,1	166	53,7
	qız	97	45,97	46	46,9	143	46,3

Cədvəldən göründüyü kimi, 166 (53,7%) oğlan və 143 (46,3%) qız tədqiqata cəlb olunmuşdur. 1-5 yaş qrupunda 126 (40,8%), 6-8 yaş qrupunda 102 (33,0%), 9-14 yaş qrupunda 81 (26,2%) xəstə müşahidə edilmişdir. 6-14 yaşda xəstələrin birgə sayının (183 – 59,2%) çox olması bu yaşda olan uşaqların daha çox müxtəlif uşaq kollektivlərinə getməsi, həmçinin, kəskin virus infeksiyası epizodlarının rastgəlmə tezliyinin bu yaşda olan uşaqlarda yüksək olması ilə əlaqədardır.

Plana uyğun olaraq, bütün xəstələrdə remissiya dövründə adenotomiya cərrahi əməliyyatı icra edilmişdir. Əsas qrupa aid edilən 211 nəfərdən ibarət xəstələrdə adenoidektomiya əməliyyatı ağız boşluğundan 70°-li endoskopun nəzarəti ilə, ümumi anesteziya altında aparılmışdır. Bu xəstələr 2 qrupa bölünmüşdür: "A" qrupu –

Bekman adenotomu ilə əməliyyat aparılan 118 (41,7%) xəstə, "B" qrupu – Bahadır (Türkiyə) firması tərəfindən hazırlanmış şəxsi konstruksiyalı adenotomla əməliyyat aparılan 93 (58,3%) xəstə. Nəzarət qrupuna aid edilən 98 xəstədə isə Bekman adenotomunun köməyi ilə yerli anesteziya altında, klassik "kor-koranə" adenotomiya icra olunmuşdur. Cərrahi əməliyyatlar LOR şöbəsinin stasionar şəraitində, uşaq otorinolarinqologiyası sahəsində 10 ildən çox təcrübəsi olan cərrahlar tərəfindən icra edilmişdir.

Xəstələrin cinsə və yaşa görə paylanmasında klinik qruplar arasında fərq olmamışdır.

Ön aktiv rinomanometriyanın (ÖARM) nəticələrinə görə də müalicənin nəticəsinin qiymətləndirilməsi aparılmışdır. 5 yaşa qədər xəstələr müayinəyə cəlb olunmamışdır. Digər tərəfdən, əməliyyatdan əvvəl adenoid vegetasiyalarının III dərəcəli hipertrofiyası nəticəsində burunla nəfəs almanın kəskin çətinləşməsi səbəbindən, həmin dövrdə ÖARM-ın dürüst nəticələrini əldə etmək mümkün olmamışdır. Proqram təminatı yalnız xəstənin burunla nəfəs almasının mümkünlüyü zamanı burun müqavimətini ölçmək imkan verir. ÖARM icrası zamanı III dərəcəli adenoid vegetasiyalı xəstə ağır burun tutulmasına görə ağızla nəfəs almağa məcbur olduqda, nəticələr qeyri-dürüst hesab olunur. Bunu nəzərə alaraq, burunla nəfəs almanın ümumi həcm axını (ÜHA) və ümumi müqaviməti (ÜM) yalnız əməliyyatdan sonraki uzaq dövrdə – burunla nəfəs alma mümkün olduqda tədqiq edilmişdir.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Endoskopik müayinənin nəticələrinə görə, burun-udlağın vizual nəzarətlə narkoz altında aparılmış əməliyyatın effektivliyi, klassik "kor-koranə" əməliyyatın nəticələrinə nisbətən daha yüksək olmuşdur (P<0,01). Yaş qruplarına görə bu fərq uşağın böyüməsi ilə bir az azalır, lakin bütün yaş dövrlərində fərq statistik dürüst olaraq qalır. Əsas qrupda Bekman adenotomu ilə və xüsusi konstruksiyalı alətlə əməliyyat olunmuş xəstələrin endoskopik müayinəsinin nəticələrinin təhlili göstərir ki, əyilmiş dəstəyi olan adenotomun istifadəsi əməliyyatın nəticələrini əhəmiyyətli dərəcədə yaxşılaşdırmağa imkan verir (P<0,05).

Damarbüzücülərin istifadəsindən sonra ümumi həcm axını (ÜHA) əsas və nəzarət qruplarının bütün yaş yarımqruplarında, xəstələrin yaşına müvafiq proqressiv yüksələrək, əhəmiyyətli dərəcədə artmışdır. Əsas qrupda ÜHA-nın orta göstəricisi 332,8±11,6, nəzarət qrupunda 277,6±8,4 (P<0,01) təşkil etmişdir ki, bu da vizual nəzarətlə aparılan cərrahi əməliyyatın daha yüksək effektivliyini nümayiş etdirir. Damarbüzücü preparatların yeridilməsi nəticəsində bütün yaş qruplarında ÜHA əhəmiyyətli dərəcədə artmışdır.

Damarbüzücülərin fonunda hər iki kliniki qrupun xəstələrində ümumi müqavimət (ÜM) əhəmiyyətli dərəcədə azalmışdır (p<0,01). Əsas qrupda ÜM-in orta göstəricisi (0,48±0,01) nəzarət qrupunun nəticələri ilə (0,72±0,01) müqayisədə narkoz altında əməliyyatların üstünlüyünü göstərir (p<0,001).

Burun klapanı sahəsində əhəmiyyətli dəyişikliklər qeyd edilməmişdir. Cərrahi əməliyyat hər iki kliniki qrupda ümumi həcm axınının göstəricisini yüksəltməyə və burun rezistentliyini azaltmağa imkan yaratmışdır. Bununla belə, ümumi anesteziya və vizual nəzarət ilə adenotomiya metodikası əsas qrupun bütün yarımqruplarında ÖARM nəticələri üzrə statistik cəhətdən dürüst üstünlüklər əldə etməyə imkan verir.

Aparılan müayinələrin nəticələrinin təhlili endoskopik adenoidektomiyanın, adenoidlərin standart metodika ilə əməliyyatına nisbətən üstünlüyünü göstərmişdir.

Ümumi həcm axını (ÜHA) əsas və nəzarət qrupunun bütün yaş qruplarında damarbüzücülərin istifadəsindən sonra dürüst yüksəlmişdir. Əsas qrupda ÜHA-nın orta göstəricisi 332,8±11,6 təşkil etmişdir ki,. bu da nəzarət qrupunun orta göstəricisi (277,6±8,4) ilə müqayisədə (p<0,01), vizual nəzarətlə aparılan əməliyyatın daha yüksək səmərəliliyini göstərir.

Hər iki kliniki qrupun xəstələrində ümumi müqavimət (ÜM) damarbüzücülərin fonunda əhəmiyyətli dərəcədə azalmışdır. Əsas qrupda ÜM orta göstəricisi 0,48±0,01 təşkil etmişdir ki, bu da nəzarət qrupunun orta göstəricisi ilə (0,72±0,02) müqayisədə (p<0,001), ümumi narkoz altında əməliyyat olunan xəstələrin nəticələrinin dürüst üstünlüyünü göstərirdi.

Aparılan müayinələr adenotomiya əməliyyatının burun boşluğunun həcminin dinamikasına müsbət təsirini təsdiq edir.

Cərrahi müdaxilə nəticəsində hər iki kliniki qrupun xəstələrində ümumi həcm axını çoxalmış və burun rezistentliyi azalmışdır. Eyni zamanda, ümumi anesteziya və vizual nəzarət altında aparılan adenoidektomiya üsulu, əsas qrupun bütün yaş qruplarında, ÖARM göstəricilərinə əsasən statistik cəhətdən əhəmiyyətli dərəcədə yüksək nəticələr əldə edildiyini göstərmişdir.

ƏDƏBIYYAT

1. Kizarlı T. Waldayer linfatik halkası. İstanbul, 2006
2. Kaya S. Tisil. Ankara: Bilimse tıp yayınevi, 2005
3. Гаршина Е.В., Мельников М.Н. Сравнительные результаты оценки эффективности эндоскопической аденоидэктомии по сравнению со стандартной аденотомией. // Рос.ринол., 2003, №2, с.66.
4. Гаджимирзаев Г.А. О показаниях к аденотомии у детей. // Российская ринология, 2005, №2,с. 177.
5. Борзов Е.В. Оперативное лечение аденоидов с использованием эндоскопических технологий. //Росс, ринол., 2002, №2, с. 189-190.
6. Кочетков П.А., Дергачев В.С., Штыренко И.В., Львов А.А. Консервативное лечение хронического аденоидита препаратами растительного происхождения // Матер. XYI съезда оториноларингологов РФ, СПб., 2001, с. 383-388.
7. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001, 432 с.

Резюме

Анализ резельтатов аденотомии по показателям функционалтных методов исследования

М.Д.Гулиев

Целью исследваония явилось изучение результатов аденотомии по показателям функциональных методов исследования. больным ыбли проведены переднее активная ринометрия и эндоскопия. Проведенные исследования подтверждает эффективности проеденных аденотомии и эти методы исследоания более информативны для выяления результатов после операций по поводу аденоидита.

Summary

Analysis of the results in terms of functional adenotomy research methods

M.D.Guliyev

The aim was to study issledvaoniya Results adenotomy funktsional in terms of research methods. patients ybli carried forward active rhinometry and endoscopy. Studies have confirmed the effectiveness of adenotomy and these methods are more informative for rüsaerch results after surgery for adenoiditis.

Daxil olub: 08.10.2014

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И СТРУКТУРА АКУШЕРСКИХ ПАТОЛОГИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПОЛИКИСТОЗОМ ЯИЧНИКОВ

Н.М. Сулейманова, И.А.Шамхалова

АГИУВ им. А.Алиева, кафедра акушерства и гинекологии.

Açar sözlər: hamiləlik, mamalıq partologiyaları, polikistoz yumrtalıq
Ключевые слова: беременность, акушесркие патологии, поликистозные яичники
Keywords: pregnancy, obstetric pathology, polycystic ovaries

До настоящего времени не завершен поиск единого механизма, позволяющего объяснить истинную природу развития и течения поликистоза яичников. Несмотря на значительное количество теорий развития синдрома поликистозных яичников (СПКЯ), причины и детали механизмов его возникновения до конца не раскрыты [1,2,3].

Определяется различная степень влияния на формирования СПКЯ надпочечников, жировой ткани метаболических нарушение [4]. Преспективным направлением являются исследования в области гинекологии и молекулярной биологии:семейная наследственность, агрессия заболевания и достижения молекулярной биологии сталиосновами для поиска генов кандидатов СПКЯ. В последние

годы СПКЯ благодаря научным разработкам стали рассматривать не только, и не столько как чисто гинекологическую проблему, но и как состояние, сопровождающееся эндокринно-метаболические нарушения: гиперинсулинемия, инсулинорезистентность, дислипидемия. Эти нарушения могут явиться основой для развития таких серьезных осложнений, как сахарный диабет 2-го типа, артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца [6,7,8].

При наступлении беременности у пациенток с СПКЯ формирование и развитие эмбриона в 1-ом триместре беременности происходит в «сложных» условиях – гиперстимуляции яичников, гормональной поддержки стимулированного цикла, что изменяет гормональный баланс беременности, микроциркуляцию, маточно-плацентарный кровоток, предрасполагая к возможному развитию осложнений [3]. При проведения анализа течения беременности по триместрам у пациенток с СПКЯ во время беременности выявились ряд особенностей.

Целью исследования явилось изучение течения беременности и структура акушерских патологий у беременных женщин с поликистозом яичников.

Материалы и методы исследования. С целью проведения исследования обследованные женщины с СПКЯ нами были разделены на следующие группы: 69 женщин-группа сравнения, 70 женщин – основная группа, разница которых составила в стимуляции беременности. Группу контроля составили 50 практически здоровых женщин.

Одним из наиболее серьезных осложнений 1-го триместра являетя синдром гиперстимуляции яичников. Достоверно чаще этот синдром имеет место у пациенток, у которых проводилась индукция беременности, реже в группе контроля, индукция беременности которым не проводилась. Развитие синдрома гиперстимулции яичников приводит к изменению нормального созревания фолликул, в крови резко повышается концентрация эстрадиола, что создает неблагоприятные условия для процессов имплантации и развития эмбриона. Этот процесс характеризуется резким увеличением объема яичников, повышение сосудистой проницаемости, гиперволемией, высоким риском развития тромбэмболических осложнений.

Степень тяжести развития синдрома гиперстимулции яичников зависит не только от схем индукции, но и от наличия у пациенток факторов риска [2,8].

Нами при проведении обследовании были подтверждены данные ряда исследований, при которых в популяционном анализе потери беременности на ранних сроках при синдроме гиперстимуляции яичников наблюдается у 25% от всех беременностей.

Развитие синдрома гиперстимуляции яичников различной степени тяжести в нашем исследовании было характерно и для беременных как группы сравнения 2 (2,9%), так и беременных основной группы, что составило 12 (17,1%). У беременных группы сравнения синдром гиперстимуляции яичников был зарегистрирован только легкой степени, а в основной группе встречался во всех степенях тяжести.

При оценке гестационных осложнений 1-го триместра лидирующию позицию в обеих группах занимал угрожающий выкидыш и диагностировался он почти одинаково часто 63,4% против 71, 4% беременных ($p>0,05$), превышая показатель группы контроля 7 (14%). Диагноз угрожающего выкидыша подтверждался субективными признаками, клинической картиной – болевой синдром, наличие кровянистых выделений из половых путей; данными наружного и внутреннего акушерского исследования, результаты инструментальных и лабораторных показателей. Высокий уровень развитие угрозы прерывания при всех видах индуцированной беременности может быть обусловлено нарушением секреторной трансформации эндометрия на фоне гиперсекреции или гипосекреции половых гормонов [4,5,8].

Настоящая беременность у обследованных женщин осложнялась токсикозом различной степени тяжести у 28% беременных группы сравнения; у 35% беременных основной группы и 16% в группе контроля. Это состояние в большинстве случаев ассоциировалось с развитием синдрома гиперстимуляции яичников разной степени тяжести.

По данным исследования ИФА носительство хронической вирусной и бактериальной инфекции в 1-ом триместре беременности имело место практически у вех женщин. При этом наиболее часто встречались вирус цитомегаловируса – 55,1% и 42,9% соответственно в группе сравнения и основной группе; в контроле данный показатель составил 20,0% случаев

Определение вируса простого герпеса данные показатели выявились следующим образом: 29,0% и 31,4% (в группе сравнения и основной группе), в группе контроля данный результат определился как 12, 0% случаев.

При вирусном инфицировании на клетках цитотрофобласта индуцируется экспрессия антигенов 1-ого класса главного комплекса гистосовместимости. Это приводит к активации цитотоксических Т-клеток, макрофагов и иммунокомпетентных клеток. Активация вирусно- бактериальной инфекции у беременных группы сравнения была выявлена в 4, 8% случаях, в основной группе достоверно чаще и составило 11,0% случаев, а в группе контроля 2,0%. Возможно это обусловлено тем, что массивная гормональная схема терапии при индуцировании беременности и проводимая терапия в первые недели гестации, является пусковым моментом активации аутоиммунных процессов, вирусно-бактериальной инфекции, тем самым создается «порочный круг» предпосылок для гибели и отторжения плодного яйца.

Исследования показали, что при физиологически протекающей беременности изменения в системе гемостаза идут пропорционально сроку гестации и являются физиологической адаптацией и имеют две основные функции – поддержание нормального фукционирования плацентарного комплекса и остановка кровотечения из плацентарной площадки. Стимуляция фолликулогенеза, гиперсекреция половых гормонов, провоцируют развитие аутоиммунных состояний и усугубляют тромбоэмболию. При оценке показателей системы гемостаза частота выявления приобретенных тромбофи лических состояний составила в группе сравнения 7 (10,1%) и 19 (27,1%) в основной группе, а в группе контроля только у 1(2,0%) ($p<0,001$). Полученные данные свидетельствуют о том, что в 1-ом триместре признаки гиперкоагуляции более выражены в основной группе, вследствие влияния на организм индукции гиперовуляции и возможность развития тромботических осложнений. Уже в 1-ом триместре особенности системы гемостаза могут обуславливать формирование первичной фетоплацентарной недостаточности.

Согласно результатам многочисленных исследований для беременных с СПКЯ характерны ранние репродуктивные потери, что подтверждается и данными обследований. Ранние репродуктивные потери в обеих группах преобладали неразвивающиеся беременности, что может быть обусловлено «маточным фактором», который представлен гипоплазией и «незрелостью» эндометрия, нарушением гемодинамики в сосудистом русле матки и гиперандрогенией. Структура репродуктивных потерь не имела статистических различий между группами и была следующей: прерывание по поводу неразвивающей, самопроизвольных выкидышей.

Исходя из вышеизложенного, высокий процент ранних акушер-ских осложнений в 1-ом триместре, позволяет отнести беременности у женщин с синдромом поликистоза яичников после стимуляции к группе высокого риска, так как раннее развитие беременности у пациенток происходит на более неблагоприятном фоне.

Таким образом, комплексное изучение проблемы течения беременности при СПКЯ и выявление факторов патологического течения или осложнения беременности позволило сделать выводы о необходимости дифференциального подхода к определению тактики ведения беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Назаренко Т.А. Синдром поликистозных яичников: современные подходы к диагностике и лечения бесплодия. М.: Медпресс-информ, 2013, с.32-41

2. Артымук Н.В., Кондратьева Т.А. Принципы терапии пациенток с бесплодием и поликистозом яичников // Реф. Жур., 2012, Т 8- №4, с.31-35

3. Fanser B.C., Devroy P. Multiple birth resulting from ovarian stimulation for subfertility by treatment //Lancet, 201, v.362, p.1807-1816

4. Блинова И.В. Функциональное состояние эндометрия и особенности эндокринно-метаболического профиля у больных с различными типами синдрома поликистозных яичников // Акушерство и гинекология, 2013, №5, с. 14-18

5. Глухова М.В. Синдром поликистозных яичников; современные возможности терапии // Аспирантский Вестник Повол жья, 2013, №3-4, с.18-24

6. Андреева Е.Н. Хирургические методы лечения синдрома поликистозных яичников // Проблема репродукции, 2011, №4, с.22-27

7. Калинина Е.А. Особенности развития синдрома гиперстимуляции яичников у пациенток с синдромом поликистозных яичников // Акушерство и гинекология, 2012, №3, с.28-32

8. Azziz R., Carmina E., Dewailly et al. The Androgen Excess and PCOS Society Creteria for the Polycystic Ovary Syndrom: the Complete task force report // Fertil. Steril., 2010, v.91, p.456-462

Xülasə

Polikiztoz yumurtalıqlar olan hamilə qadınlarda hamiləliyin gedişatı və mamalıq strukturu

N.M.Süleymanova, İ.A.Şamxalova

Tədqiqatın məqsədi polikiztoz yumurtalıqlar olan hamilə qadınlarda hamiləliyin gedişatı və mamalıq strukturunun öyrənilməsindən ibarət olmuşdur. Tədqiqatların aparılması üçün müayinə və müalicəyə daxil olan xəstələr aşağıdakı qruplara ayrılmışlar: 69 qadın-müqayisə qrupu, 70 qadın-əsas qrup, 50 praktik sağlam qadın- nəzarət qrupu. Polikistoz yumurtalıqlar olan hamilə qadınların kompleks müayinəsindən məlum olmuşdur ki, onlarda vaxtında patoloji gedişat və ya ağırlaşmış hamiləlik gedişatı aşkar edildikdə hamiləliyin gedişatı taktikasnın təyin edilməsi üçün differensial yanaşma aparmaq lazımdır.

Summary

Pregnancy and obstetric pathology structure in pregnant women with polycystic ovaries

N.M. Suleymanova, I.A.Shamhalova

The aim of the study was to investigate the course of pregnancy and the structure of obstetric pathology in pregnant women with polycystic ovaries. In order to study examined women with PCOS us were divided into the following groups: 69 women with a comparison group, 70 women - the main group, the difference was that in the stimulation of pregnancy. The control group consisted of 50 healthy women. A comprehensive study of the problems of pregnancy in PCOS and identifying pathological course of pregnancy complications or allowed to draw conclusions about the necessity of a differential approach to the definition of tactics of pregnancy.

Daxil olub: 24.10.2014

AZƏRBAYCANDA TİBB ELMİNİN İNKİŞAF TARİXİ

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKA DÖVLƏT ELMİ TİBB KİTABXANASI II DÜNYA MÜHARİBƏSİ İLLƏRİNDƏ (1940-1945)

K.R.Eyvazova, Y.U.Pirəliyeva
Azərbaycan Respublika Dövlət Elmi Tibb Kitabxanası

Respublikada tibb elminin və səhiyyənin ilkin sənədlərlə və ikincili səviyyəli informasiya ilə təmin edilməsi məqsədilə bitkin bir sistem formalaşdırılmışdır. Bura ilk növbədə tibb kitabxanaları və elmi tibbi informasiya bölmələri aiddir. Həmin təşkilatlar içərisində aparıcı mövqe Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin Respublika Dövlət Elmi Tibb Kitabxanasına məxsusdur.

Kitabxana səhiyyə müəssisələri sisteminə daxildir və Səhiyyə Nazirliyinin tabeliyindədir. Səhiyyə orqanlarının, elmi-tədqiqat və müalicə-profilaktika müəssisələrini xalqın sağlamlığı problemlərini, sosial-gigiyena və səhiyyənin təşkili, klinik və profilaktik təbabət, sanitar-epidemioloji və səhiyyənin, tibb elminin digər problemləri ilə məşğul olan alim və mütəxəssisləri kitabxana-biblioqrafiya, və informasiya ilə vaxtında təmin edir. Azərbaycan Respublikasında tibb kitabxanaları şəbəkələrinə təşkilatı-metodik rəhbərliyi və onların əlaqəli fəaliyyətini həyata keçirmək, elmi-təqiqat institutlarının, ali və orta tibb təhsil müəssisələrinin elmi tibbi informasiya şöbələrinin fəaliyyətinə metodiki və koordinasiyası üzrə rəhbərliyi həyata keçirir. Sahəvi depozitar kitabxana və tibb elminin aktual problemləri üzrə vahid sorğu-məlumat fondlarını təşkil edir.

Bu kitabxana Azərbaycan SSR Xalq Komissarları Soveti tərəfindən 29 yanvar 1939-cu ildə tarixində qəbul etdiyi 5/386 saylı əmri əsasında yaradılmışdır. 9 mart 1940-cı ildə Azərbaycan SSR Xalq Səhiyyə Komissarlığının 156 saylı əmri ilə fəaliyyətə başlamışdır.

Kitabxananın ilk fondu dövrün görkəmli həkim- alimlərinin hədiyyə verdikləri mənbələr əsasında formalaşmışdır. Kitabxana təşkil edilərkən üç otaqda yerləşdirilir. Kitabxananın 4 şöbəsi: abonement, komplektləşdirmə, biblioqrafiya, xarici ölkələrin tibb ədəbiyyatı şöbəsi vardır. Kitabxanada 5 ali təhsilli işçi fəaliyyət göstərirdi.

1941- ci il iyun ayında Xalq Maarif Nazirliyi müharibə dövründə kitabxanaların, qiraət-xanaların, klubların və muzeylərin qorunub saxlanması, onların işinin yaxşılaşdırılması haqqında bir sıra göstərişlər vermişdir. Bu göstərişlər Azərbaycan Dövlət Respublika Elmi Tibb Kitabxanasına da şamil edilmişdir. Bu dövrlərdə kitabxana alimlərin müharibə haqqında fikiləri, müharibənin xarakteri, sovet xalqının bu müharibədə qarşısına qoyduğu vəzifələr və s. məsələlərdən bəhs edən ədəbiyyatla komplektləşdirərək əhali arasında geniş təbliğat işi aparırdı.

Kitabxana müharibə illərində öz fəaliyyətini hərbi xəstəxanalarda tibb işçilərinə, döyüşçülərin yaralarının sağaldılması işində onlara kömək edən ədəbiyyatla hər tərəfli xidmət etmişdi. Kitabxana kitab fondunun komplektləşdirməklə bərabər, hər il müntəzəm olaraq fond yoxlanılırdı.

1940-1945-ci illərdə kitabxananın komplektləşdirilməsi aşağıdakı cədvəl 1-dən gödtərilmişdir.

Cədvəl 1

1941-1945-ci illərdə kitabxananın komplekləşdirilməsinin kəmiyyıt göstəricilrəri

İllər	1940	1941	1942	1943	1944	1945
Yeni qəbul edilmiş kitabların sayı	6000	3341	4050	1295	1920	2312
Kitab fondunun artımı	165552	20453	24560	28665	30516	32427

Azərbaycan Dövlət Elmi Tibb kitabxanasının xarici ölkələrin tibb elminə dair ədəbiyyat şöbəsinin də bu illərdə böyük fəaliyyəti olmuşdur. Tibb elminə dair xarici ölkələr ədəbiyyatı şöbəsinin əsas vəzifəsi tibb elmi sahəsində çıxan xarici ədəbiyyatı və xarici nailiyyətləri oxuculara çatdırmaqdan ibarət olmuşdur. Kitabxana işinin müvəffəqiyyətli təşkilində kitabxana kataloqlarının çox böyük əhəmiyyəti vardır. Kitabxana aşağıdakı kataloqları təşkil etmişdir:

1. Sistemli kataloq

2. Əlifba kataloqu
3. Məlumat kataloqu

Kitabxananın olan kataloqları Azərbaycan, rus və xarici dillərdə tərtib edilmişdir 1940-1945-ci illərdə kitabxanada sistematik kataloq üçün 93178, əlifba kataloqu üçün 6185 kartoçka təsvir edilib düzülmüşdür. Sistematik kataloq oxuculara praktiki, elmi və nəzəri işdə köməklik göstərərək, tibb elminin bütün sahələri üzrə olan bütün materiallarla onları tanış edirdi.

1940-cı ildə kitabxanaya 257 oxucu yazılmışdır ki, bunlardan da 206 həkim idi. Bu ildə kitabxanaya gələnlərin sayı 1213 olmuşdu. Bu oxuculara 3374 nüsxə ədəbiyyat verilmişdir. 1941-ci ildə isə kitabxanaya yazılan oxucuların sayı artaraq 352 nəfərə çatır.

Bu illər ərzində kitabxananın oxucu gəlişi 3815 nəfər olmuşdur. Bunların içərisində 25 professor, 132 nəfəri elmi işçi, 2529 həkim və 374 nəfəri isə orta tibb işçisi olmuşdur. Oxuculara verilən nəşrlərin sayı 8301 nüsxə olmuşdur. Müharibə illərində hərbi xəstəxanaların yaranması ilə tibb kitabxanalarının qarşısında da yeni vəzifələrər dururdu. Oxucular arasında tibb bacıları daha fəal idilər. onlar ilkin tibbi yardımın göstərilməsi ilə bağlı ədəbiyyata böyük maraq göstərirdirlər. Bu baxımdan komplektləşdirilərkən ilkin tibbi yardıma həsr olunmuş, həmçinin əsgərlərin əhval – ruhiyyəsini qaldıran nəşrlərə xüsusi diqqət yetirilirdi.

Müharibənin ilk illərində hərbi xəstəxanalar üzrə 140 nəfər oxucuya 1013 nüsxə ədəbiyyat verilmişdir. Həmin dövrlərdə kitabxanada təşkil olunan sərgilər bütünlüklə müharibəyə, onun ədalətsizliyinə, xalqın rəşadət və qəhrəmanlığına həsr olunmuşdur. Bunlara misal olaraq "Böyük Vətən müharibəsinin 3 ili", "Malyariya", "Yaranın sağalmasına dair ilk tibb yardım" və s. mövzuda olan sərgiləri göstərmək olar.

Kitabxananın əsas məqsədi elmi işçilərə xidmət etmək, elmi tədqiqat işlərini yazmaqda olan həkimlərə yaxından köməklik etməkdən ibarət idi. Odur ki, kitabxana əsasən tibb elmi üzrə professorların, həkimlərin, orta tibb işçilərinin kitabxanadan istifadə edib, onlara öz işləri üçün lazımı ədəbiyyatlarla xidmət edilməsində böyük rol oynayırdı. Azərbaycan Dövlət Elmi Tibb kitabxanası oxuculara kitabxanalararası abonoment vasitəsilə də xidmət edərək, onlara tələb etdikləri ədəbiyyatı çatdırırdı.

Kitabxananın 1945-ci ilə qədər kitabxanalararası abonoment üzrə 511 nəfərə qədər oxucusu olmuşdu. 1940-1945-ci illər arasında kitabxananın oxucularının tərkibini və verilən kitabların sayını aşağıdakı cədvəldən görmək olar.

Cədvəl 2

Kitabxanaya oxucu gəlişi və kitab verilişi

İllər	Oxucuların sayı	Oxucu gəlişi	Kitab verilişi
1940	257	1213	3374
1941	352	3815	8307
1942	250	2952	3782
1943	424	7118	4521
1944	634	7819	3208
1945	860	7209	3208

Bu dövrdə Azərbaycan Dövlət Elmi Tibb Kitabxanası rayon və kəndlərdə yaranan kitabxana şəbəkələrinə rəhbərlik etməyi də unutmurdu. Kitabxana tərəfindən rayon və kənd kitabxanalarının işinin gedişinə hər cürə metodiki yardım edilir və kitabxanalar lazımı materiallarla təmin olunurdular.

Azərbaycan Dövlət Elmi Tibb kitabxanası təşkil olunan gündən biblioqrafiya işini də yenidən qurmağa başladı. İlk növbədə kitabxana geniş miqyasda müxtəlif kataloq, kartoteka və biblioqrafik göstəricilərdən ibarət məlumat biblioqrafiya aparatı yaradıldı. Kitabxanada tibb elmlərinə dair nəşr edilən yeni ədəbiyyatı oxuculara çatdırmaq üçün bülletenlər tərtib edilirdi. Müharibə dövründə tərtib olunan yeni kitab və yeni jurnal məqalələrinin aylıq bülleteni tibb kitabxanalarına və hərbi xəstəxanalara göndərilirdi.

Bu dövrdə "hərbi səhiyyə" mövzusuna aid tərtib edilən göstəricinin böyük əhəmiyyəti olmuşdu. Azərbaycan Dövlət Elmi Tibb kitabxanası gündəlik biblioqrafiya işini aparmaqla yanaşı, kitabxananın təşkil olunduğu müddətdən əvvəlki illəri əhatə edən kitabların və jurnal məqalələrinin siyahısını tərtib etmək işini də görürdü. 1943-cü ildən kitabxana başqa kitabxanaların tibb şöbələrində olan kitabların uçotunu aparmağa başlayır. Həmin ildə tibb institutu kitabxanası üzrə 497, Bakı şəhəri kütləvi

kitabxanaları üzrə isə 213 kartoçka təsviri verilmişdir. Bu illərdə kitabxanada dövrün cari məsələlərini əhatə edən bir sıra mövzu kartotekaları tərtib olunmuşdu. Bunlardan "Elmi Tədqiqat Tibb İnstitutlarının elmi işləri", "Azərbaycan Tibb işçilərinin Böyük Vətən müharibəsi dövründə elmi məruzələri", "Azərbaycan SSR-də tibb elmi üzrə dissertasiyalar" adlı mövzu kartotekalarını göstərmək olar.

1940-1945-ci illər arasında Azərbaycan Dövlət Elmi Tibb Kitabxanası öz fəaliyyətini Böyük vətən müharibəsinə həsr etmiş, oxucularda vətənə məhəbbət və düşmənə amansız olmaq kimi mənəvi keyfiyyətləri tərbiyə etməkdə yaxından iştirak etmişdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Cəfərov M. Azərbaycan Dövlət Elmi Tibb Kitabxanası // Kommunist, 1956, 31 mart
2. Pirverdiyeva R.A., Pirəliyeva Y.U. Azərbaycan Dövlət Respublika Elmi Tibb Kitabxanasının təşkli və fəaliyyət tarixi // Azərbaycan tibb jurnalı, 2009, N4, s.159-160
3. Перельман Р.С. Азербайджанская Государственная Научная Медицинская библиотека Министерства Здравоохранения Азерб. ССР // Азербайджанский медицинский журнал, 1960, №2, с.71-73

«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.

2014-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 2014 год

İcmallar- обзоры

Əkbərbəyov E.A., İbadova Ş.T.Reproduktiv yaşlı qadınlarda xroniki çanaq ağrıları sindromu, 4, s.13

Hüseynova O.M., Sultanova G.R. Vaxtından əvvəl doğuşların proqnozlaşdırılması probleminə müasir baxış, 4, s.7

Hüseynova O.M., Həsənov Y.M. Reproduktiv yaşda olan qadınlarda uşaqlığın mioması xəstəliyinə müasir baxış, 3, s.26

Kamilova N.M., Xəlilova Ş.M. Yeniyetmə-qızlarda reproduktiv sağlamlığın formalaşmasında əsas risk faktorları, 4, s.17

Məmmədova G.Q.Tip 1 və tip 2 diabetli xəstələrdə diabetik nefropatiyanın inkişafinin risk faktorları, 3, s.14

Mustafayev A.N.Kəskin və xroniki pankreatitlərin diaqnostikasında və patoloji prosesin gedişinin proqnozlaşdırılmasında multidetektorlu kompüter tomoqrafiyasının rolu, 2, s.13

Rəcəbova F.O. Atrial natrium-uretik peptidin lokalizasiya xüsusiyyətləri və onun sekresiyasına təsir edən amillər, 3, s.3

Sultanova M.C. Cavan qadınlarda ürəyin işemik xəstəliyinin risk amilləri və diaqnostikasının müasir aspektləri, 1,s.20

Şamxalova İ.A., Süleymanova N.M.Metabolik pozuntular hamiləliyin yarımçıq pozulması amillərindən biri kimi, 3, s.7

Təhməzova Ç.T., Kazımov İ.L. Hepatobiliar patologiyanın inkişafinda Helicobacter pylori-nin etiologiya və patogenezinin bəzi məsələləri, 2, s.20

Гамидова А.В.Преэклампсия – актуальная проблема современного акушерства, 3, s.22

Мамедов М.К., Дадашева А.Э., Кадырова А.А.О проблеме глобальной эрадикации антропонозных вирусных инфекций и обозримые перспективы ее решения в отношение полиомиелита, 1, s.3

Мамедов М.К., Кадырова А.А., Дадашева А.Э. Персонификация стратегии антивирусной терапии, как перспективный путь повышения эффективности лечения больных гепатитом С, 4, s.3

Мамедов М.К.Развитие этиотропной терапии больных хроническим вирусным гепатитом С за четверть века - успехи, разочарования и надежды, 2, s.3

Оруджов Р.А.Лейкоз вызванного действием бензола, 2, s.26

Устун Н.М.Геморрагическая лихорадка Эбола, 3, s.34

Шамхалова И.А., Кулиева С.Ч.Современные аспекты подхода к нарушенияя родовой деятельности, 1, s.15

Юсифова Д.Ю., Мовсумов И.С. Растения Азербайджана – новые источники биологически активных веществ и лекарственных препаратов, 1, s,8

Orijinal məqalələr-Оригинальные статьи

Abuşov B.M., Səmədov Ə.Ə., Əskərov F.B., Səfərov M.İ. Total yuxu deprivasiyası fonunda hippokampin SA_1 sahəsində neyron və sinapslarda əmələ gələn struktur dəyişikliklərinin miqdarı və morfometrik tədqiqi, 4, s.167

Axundov Y.H., Məmmədova Ş.Ə., Əliyev Q.X., Sahbazov K.B.Təbii preparatların idmançı qadıinların ağız boşluqlarının immunoloji göstəricilərinə təsirinin qiymətləndirilməsi, 4, s.195

Allahverdiyev V.A. Xora mənşəli kəskin qastroduodenal qanaxmalar zamanı kompleks konservativ terapiya fonunda immunitetin T- və B- həlqəsində baş verən dəyişikliklər, 1, s.150

Aydınova P.R.Pararektal fistullarda "seton"-un tətbiqinin nəticələri, 2, s.185

Bababəyli E.Y. Qarın boşluğunun əməliyyatdan sonraki abseslər zamanı azinvaziv müdaxilələr, 1, s.126

Bababəyli E.Y.Qaraciyər abseslərinin azinvaziv cərrahi müdaxilələrlə müalicəsində təcrübəmiz, 3, s.113

Bababəyli E.Y.Qarın boşluğu abseslərinin müalicə metodlarının müqayisəli xüsusiyyətləri, 4, s.43

Babayev E.E. Təbii preparatların ağız boşluğunun biokimyəvi göstəricilərinə təsiri, 2, s.119

Babayev E.E., Məmmədova Ş.Ə., Səfərəliyev F.R.Propolis əsaslı preparatların pesəkar idmancıların ağız boşluğunun mikrobiosenozuna təsiri , 3, s.125

Babayev E.E.İdmançılarda parodont toxumalarında müxtəlif dərəcəli iltihabi proseslərin yayılmasının qiymətləndirilməsi, 1, s.119

Babayeva G.İ., Bağırova H.F.Ultrasəs doplerometriyası üsulu ilə «ana-cift-döl»sistemində norma və cift çatişmazlığı zamanı hemodinamik göstəricilərin öyrənilməsi, 2, s.109

Bağırova A.M., Əliyeva E.M., İsmayılova A.C., Vəzirova R.Ş., Əliyeva N.Ş.Tələbə qızların reproduktiv orqanlarının ultrasəs müayinəsinin xüsusiyyətləri, 4, s.134

Baxşıyev B.Ə., Dadaşova V.A.Periferik ağciyər xərçənginin diaqnostikasında kompüter tomoqrafiya müayinəsinin rolu, 1, s.163

Cəfərov R.M. Şərur rayonunda yaşayan yerli əhali arasında əsas stomatoloji xəstəliklərin epidemiologiyası, 4, s.177

Dadaşova V.A.Ağciyər xərçənginin aşkarlanma yollarının təhlili və bəzi xəstələrdən nümunələr, 2, s.190

E.Ə.Rüstəmov Parodontun iltihabi xəstəliklərinin müalicəsində ağız boşluğunun professional gigiyenasının effektivliyi, 3, s.207

Eminov R.Z., İskəndərov E.A.Pankreatitlə ağırlaşmış daşli xolesistitli xəstələrdə xolesistektomiyadan sonrakı nəticələrə fermentəvəzləyici terapiyanın təsiri, 1, s.130

Əfəndiyeva M.Z., Nəsirova S.R., Rzayeva A.Ə.Yenidoğulanlarda nekrotik enterokolitin diaqnostikasında C-reaktiv zülalin əhəmiyyəti, 3, s.122

Əhmədbəyli C.R., Yılmaz S.R. Diş əti çəkilmələrinin parodontoloji cərrahiyyəsində estetik nəticələrin dəyərləndirilməsi, 4, s.52

Əliyev C.Q.Uşaq və yeniyetmələr arasında vərəm meninqoensefalomielitinin baş verməsində yanaşı xəstəliklərin rolu, 3, s.107

Əliyev Ə.A., Haciyev D.N., Niyazov Ə.N. Parodont xəstəliklərinin müalicə və profilaktikasının optimallaşdırılması , 4, s.123

Əliyev Ə.A., Niyazov Ə.N., Müxtəlif preparatlarin parodontitlərin müalicəsi zamanı ağız boşluğunun biokimyəvi göstəricilərinə təsiri, 2, s.142

Əliyev Ə.C. Üz nahiyəsinin bazal hüceyrə xərçəngi üçün vahid metodlu müalicə kimi ayaqcıqlı alın flepinin (dəri parçasının) tətbiqi, 4, s.23

Əliyeva E.R. Generalizə olunmuş kariesin müalicəsi zamanı müxtəlif kompozit plomb növlərinin istifadəsi zamanı marginal parodontun vəziyyəti, 2, s.163

Əliyeva E.R.Müxtəlif kompozit plomb növlərinin diş ətrafı toxumalarına təsiri, 3, s.71

Əliyeva P.M.Anadangəlmə anomaliyaların risk amilləri və prediktorlarının proqnostik əhəmiyyəti, 1, s.174

Əliyeva R.H., Orucov R.A., Gürzəliyev S.A., Nəbiyeva M.Y., Salihova C.Y.Bakı tikiş sənayesi işçilərinin əmək fəaliyyəti zamanı yorulmanın səbəbləri (tibbi-sosial müayinə), 1, s.111

Əliyeva Ü.Ə.Uşaqlarda dəmir çatişmazlığı anemiyasının müalicə və profilaktika məsələləri, 2, s.86

Əmirov T.C. Mürəkkəb pararektal fistul cərrahliğinda fizioterapevtik reabilitasiya tədbirlərinin tətbiqinin nəticələri, 2, s.203

Əsədov Ə.S.Qaraciyərin xoş- və bədxassəli yeni törəmələrinin kompüter tomoqrafiya üsulu ilə diaqnostikası, 1, s.36

Əzimova M.N., Baxşəliyev A.B., Qəhrəmanova S.M.Metabolik sindrom və artıq bədən çəkisi olan xəstələrin müalicəsində moksonidinin klinik effektivliyi, 3, s.143

Əzizov N.V., Nəzərova R.T., Gülməmmədov F.H.Erkən yaşlı uşaqlarda bağırsaq infeksiyalarının kompleks müalicəsində „Probiocsin kids" preparatının tətbiqi, 4, s.137

Hacıyeva N.A.Uşaqlarda dəmir defisitli anemiyanın müalicəsinə və diaqnostikasına müasir yanaşma, 2, s.66

Haxverdiyeva L.B.Müxtəlif etiologiyalı peritonitli xəstələrin reabilitasiyası tibbi, iqtisadi və sosial problem kimi, 1 ,s.135

Haxverdiyeva L.B.Müxtəlif etiologiyali peritonitli xəstələrin çoxprofilli klinikalarda reabilitasiya prosesinin tətbiqinin əhəmiyyəti və effektivliyi, 2, s.37

Həmzəyev B.M., Məmmədov R.M., Dəmirçiyeva M.V.Kariyesin inkişaf prosesinin proqnozlaşdırılması, 2, s.153

Həsənov S.Ş., Hacıyeva A.S., Kazımova B.A.Perinatal ensefalopatiyalı uşaqlarda bağırsaq mikroflorasının formalaşmasının prospektiv qiymətləndirilməsi, 4, s.158

Həsənova S.S., Əliyeva E.M., Əliyeva N.Ş.Erkən zahılıq dövrdə hipotonik qanaxmalara görə yüksək risk qrupuna aid olan qadınlarda hamiləliyin gedişatı xüsusiyyətləri, 4, s.72

Hümmətova S.R.Müxtəlif dərəcədə arterial hipertenziyası olan pasiyentlərin ürək ritminin variabellik göstəricilərinin müqayisəli xarakteristikası, 2, s.197

Hüseynli A.F. Əhalinin yaş tərkibinin dəyişməsi ilə bağlı şəkərli diabetin yayılma ehtimalının səciyyəsi, 2, s.41

Hüseynov A.V., İskəndərov E.A. Xolesterin və piqment öd daşlarının formalaşmasında müxtəlif növ etioloji faktorların rolunun müqayisəli analizi, 4, s.217

İmaməliyev Q.M. Arterial hipertenziyalı xəstələrdə karvedilolun arterial təzyiqin sirkadian dəyişməsinə təsiri, 2, s.48

İmamverdiyev S.B., Qədimova Ş.H.Hamilə qadınlarda kəskin pielonefritin klinik təzahürlərinin və gedişinin xüsusiyyətləri, *3, s.177*

İsayev C.İ., Qurbanov H.M.Azərbaycan florasından olan süsən cinsinə aid bəzi bitki növlərinin farmakoqnostik tədqiqi, 2, s.104

İsayev H.B., Şxəliyeva S.F.«Diabetik pəncə» sindromu olan xəstələrin cərrahi müalicəcində ozonoterapiya və maqnit-infraqirmizi lazer terapiyasının rolu, 1, s.98

K.R. Əkbərli, E.M. Əliyeva, M.A.Qaraşova Erkən reproduktiv dövrdə amenoreyalı qızlarda cinsi inkişafın xüsusiyyətləri, 3, s.203

Kamilova N.M., Cəfərova R.B.Fetoplasentar çatışmazlıq və dölün inkişafdan qalma sindromunun müalicəsinə alternativ yanaşma, 4, s.212

Kamilova N.M., Xəlilova G.M.Pubertat yaşda olan qızlarda metabolik sindromun diaqnostika və müalicə-profilaktika tədbirlərinin alqoritminin optimallaşdırılması, 4, s.190

Kazımov M.A., Məmmədov A.M., Əhmədov S.H., Səmədov Ş.X., Göyüşova N.C., Aslanov F.Ə.Sink və mis mikroelementləri - əhəmiyyəti və orqanizmin təminatının tədqiqi, 2, s.82

Kərimova M.K.Tez-tez xəstələnən uşaqlarda respirator xəstəliklərin gedişinə təsir edən əsas patogenetik mexanizmlər və onların korreksiyası, 1, s.139

Kərimova R.C., Quliyeva S.V., Quliyev N.O.Qaraciyərin qısa müddətli işemiyası zamanı qanda lipid peroksidləşməsinin vəziyyətində baş vermiş dəyişikliklərin patogenezində antioksidant müdafiə sisteminin rolu, 2, s.182

Kərimova R.C.Qaraciyərin qisa müddətli işemiyası zamanı zülal mübadiləsində baş vermiş dəyişikliklərin patogenezində antioksidant müdafiə sisteminin rolu, 1, s.24

Qarayev Z.İ., Cavadov R.A.Bioloji neytral preparatların ağız suyunun biokimyəvi göstəricilərinə təsiri, 3, s.98

Qarayev Z.İ., Əliyev Ə.A.Bioloji neytral preparatların parodontitlər zamanı ağız boşluğunun mikrobiosenozuna təsiri, 2, s.44

Qasımzadə İ.T.Doğuş travmatizminin cərrahi müalicəsinin nəticələrinin bəzi klinik-laborator göstəricilər üzrə təhlili, 2, s.167

Qədimova Ş.H.Hamilə qadınlarda kəskin pielonefrit zamanı maqnit-rezonans tomoqrafiyanın diaqnostik imkanları, 4, s.68

Quliyev P.R. Süd vəzisinin palpasiya olunmayan şişlərinin stereotaktik vakuum biopsiyası, 4, s.207

Qurbanov R.Y., Niyazov Ə.N.Reflüks xəstəliyi zamanı ağız boşluğunun immunoloji statusunun qiymətləndirilməsi, 2, s.117

Qurbanov R.Y., Paşayev A.C. Reflüks xəstəliyi zamanı ağiz boşluğunun funksional vəziyyəti, 4, s.162

Qurskaya N.A. Lor xəstələrdə təbii preparatların ağız boşluğunun biokimyəvi göstəricilərinə təsiri, 2, s.62

Qurskaya N.A., Səfərov A.M., Babayev E.E., Məmmədova Ş.Ə., Səfərəliyev F.R.Parodont xəstəliklərinin müalicəsində alternativ müalicə vasitələrinin tədbiqi zamanı ağız suyunun immunoloji göstəricilərinin dinamikası, 3, s.130

Qurskaya N.A.Lor patoloqiyaları fonunda parodont toxumalarının vəziyyətinin qiymətləndirilməsi , 1, s.123

Mahmudov R.M.Aorta-koronar şuntlama əməliyyatından sonrakı ağirlaşmalar ilə qanda iltihabi mediatorların səviyyəsi arasında olan qarşılıqlı əlaqə, 1, s.32

Mahmudov R.M.Qanda pentraksin 3 səviyyəsi ilə miokardın revaskulyarizasiyasından sonrakı ağırlaşmalar arasında olan qarşılıqlı əlaqə , 3, s. 57

Mehdiyev E.S.Hərbi qulluqçular arasında intihar davranışının tibbi aspektləri və konsepsiyası, 4, s.54

Mehmani İ.H., Fərəcov R.S.Ortodontik protezlərin ağız boşluğunun mikrobioloji göstəricilərinə təsir, 2, s.55

Mehmani İ.H.Müxtəlif polimerlərdən hazırlanmiş ortodontik protezlərin tətbiqi zamanı ağiz boşluğunda müşahidə olunan patologiyalar, 1, s.95

Mehralıyeva S.C., Quliyeva E.A., Quliyeva A.F., Sarıyılmaz M.İ. Vitaminləşdirici "urvacros" dərman vasitəsinin texnologiyasinin işlənib hazirlanmasi, 1, s.107

Məmmədov Ə.M., Əliyev Ş.X., Ramazanov C.N., Abdullayev M.M.Yayılmış irinli peritonit zamanı lipidlərin peroksid oksidləşməsinin və antioksidant sisteminin bəzi göstəricilərinin dinamikası, 1, s.72

Məmmədov X.Z.Yeniyetmə-idmançılarda kariyes və parodont xəstəliklərinin müalicəsinə olan tələbat, 3, s.102

Məmmədov K.A.Pəncənin mikozları olan xəstələrdə pentozofosfat siklində lipidlərin peroksidləşməsi sistemində baş verən dəyişikliklərin immun statusda olan dəyişikliklərlə qarşılıqlı əlaqəsi, 2, s.122

Məmmədova N.S., Əlizadə A.R., Əliyev Ə.A. Müxtəlif preparatların parodontitlərin müalicəsi zamanı ağiz boşluğunun biokimyəvi göstəricilərinə təsiri, 1, s.115

Məmmədova S.Ş., Məmmədova A.H., Əliyeva E.M., Əliyeva N.Ş.Aybaşı ləngiməsi zamanı və erkən hamiləlikdə ultrasəs müayinəsinin xüsusiyyətləri, 1, s.69

Məmmədova Ş.Ə., İsmayilov D.M., Niyazov Ə.N.İdmançı qadınlar arasında bəzi stomatoloji xəstəliklərin yayilması və profilaktika-müalicə tədbirlərinə ehtiyac, 3, s.46

Məmmədova Ş.Ə.. Niyazov Ə.N.Qadın idmançılar arasında müxtəlif stomatoloji müalicə tədbirlərinin təhlili, 4, s.39

Məstiyeva E.A.Yeniyetmə qızlarda yumurtalıqların polikistoz sindromunun kompleks müalicəsinin klinik-patogenetik əsası, 1, s.158

Muradov H.K., Cəfərova S.R. Hamilə qadınlarda urogenital xlamidioz və ureaplazmozun mikst və mono infeksiyaları zamanı ciftdə gedən patomorfoloji dəyişikliklər, 1, s.91

Musayeva H.H. İmplantlar üzərinə ortopedik konstruksiyaların tətbiqi zamanı baş verən ağırlaşmaların profilaktikası imkanları, 4, s.180

Musayeva N.Z.Qarnın ön divarinin böyük yırtıqlarının plastikasından sonra baş verən tənəffüs çatışmazlığının korreksiyası üçün tədbiq edilən ağciyərlərin qeyri-invaziv ventilyasiyasının alqoritmi, 4, s.60

Naibov N.M., Bağırova A.B.Əczaçılıq psixologiyasının anlayışıi, predmeti və metodları, 1, s.177

Namazov N.C.Qansoran ağcaqanadların növ və say tərkibinin dəyişməsi səbəblərinin öyrənilməsi, 3, s. 210

Nəcəfov N.A.Həkim-laborantın əmək normativinin əsaslandırılması , 3, s. 75

Nuriyeva A.A.Azərbaycan populyasiyasının fetometrik səciyyələri barədə, 3, s.84

Orucova P.Ə., Axundova A.A., Həsənov S.Ş., Hüseynova S.A., Ələsgərova S.M., Muxtarova S.N., Dünyamalıyeva H.Ü.Bətndaxili inkişaf ləngiməsi olan yenidoğulmuşlarda adheziya molekulları və böyrək funksiyasının qiymətləndirilməsi, 1, s.78

Orucova S.R.Tibbi ekspertiza sənədlərinin standartlaşdırılması barədə, 1, s.81

Paşayev A.Ç., Qurbanov R.Y., Əliyeva E.R.Reflüks xəstəliyi zamanı ağiz boşluğu toxumalarının vəziyyəti, 3, s.181

Paşayeva C.B., Əliyeva E.M., Səfərəliyeva A.R., Əmiraslanova Ş.Z., Qaraşova M.A.Uşaqlığın anadangəlmə inkişaf qüsuru olan hamilələrdə ultrasəs müayinəsinin xüsusiyyətləri, 2, s.200

Pənahov N.A., Hüseynli R.A.Dental implantasiyalarda ortopantomoqrafiyanın və kompüter tomoqrafiyasının informativliyinin müqayisəli qiymətləndirilməsı, 3, s.67

Pənahov N.A., Həsənli E.Y. Anadangəlmə dodaq-damaq yarıqları olan şəxslərdə diş cərgələrinin xüsusiyyətləri, 4, s.65

Rəhimova E.S.Xronik ürək çatişmazlığı olan xəstələrdə anemiyanın korreksiyasının müasir aspektləri, 2, s.156

Rəhimova N.C.Yenidoğulan uşaqlarda perinatal infeksiyalar zamanı İnterleykin-12 geninin p40 subvahidinin polimorfizmi, 2, s.98

Rəşidova Ş.M., Hüseynova N.M., Qaragözova A.A., Əzizov H.V. Erkən yaşlı uşaqlarda meninqokokk infeksiyasının kliniki xüsusiyyətləri, 3, s.141

Rzaquliyeva L.M., Qurbanova N.A.Hamiləlik zamanı bədən kütləsi ilə abdominal doğuş ehtimalının əlaqəsi, 4, s.48

Sadıqov T.Q., Baxşəliyev A.B.Şəkərli diabeti olan sabit stenokardiyalı xəstələrdə miokardın ağrısız işemiyası, 4, s.78

Sarıyeva E.Q.B,C virus hepatitli hamilə qadınlarda yanaşı virus-bakterial floranın öyrənilməsi, 2, s.138

Seyidbəyov O.S., Həmidov İ.M., Babayev C.Ə., Əliyev S.Z., Şirinov F.M.Hemodializ müalicəsi alan xəstələrdə ağız suyunun kimyəvi tərkibində baş verən dəyişikliklər və onların praktik sağlam insanlarla müqayisəsi, 1, s.65

Səfərov A.M., Əliyev Ə.A., Niyazov Ə.N. "Malum qranatum" preparatının yüngül parodontitlərin müalicəsi zamanı ağız boşluğunun immunoloji göstəricilərinə təsiri, 3, s. 88

Səfərova X.İ., Talıbov F.Y., Ələkbərova G.R., Əhmədov C.H., Zamanov N.T.Revmatoid artritli xəstələrdə ürək-damar sisteminin struktur zədələnməsi, 4, s.140

Şahmuradov R.R.Müxtəlif materiallardan hazırlanmış çıxan protezlərin istifadəsi zamanı baş verən ağırlaşmalar, 1, s.170

Tağıyev A.İ., Şahmuradov R.R., Məhəmməd Reza M.X., Mahmudov T.G., Əliyev O.S., Məmmədova A.Ə.Diş toxumalarının və keramik restavrasiyaların adgeziyaya hazırlanması, 2, s.77

Vəliyeva M.N., Atakişizadə S.A.Azərbaycanda əczaçılıq və tibb təchizatında innovasion yanaşmalar, 4, s.142

Vəliyeva M.N., Məhərrəmova Z.Ç.Əczaçılıq məhsullarinin çatdırılmasında loqistik əməliyyatlarının öyrənilməsi, 2, s.177

Нагиева Н.М., Мамедов М.К.Сравнительная оценка эффективности трех программ противовирусной терапии больных хроническим вирусным гепатитом В, 4, s.28

А.К.Мамедбейли Зависимость риска смертности от температуры воздуха в условиях города Баку,1,s.28

Аббасова Г.А.Пути улучшения результатов лечения больных с ректовагинальными свищами, 2, s.132

Абдиева Г.Л.Особенности местного иммунитета и цитокинового профиля у беременных с доброкачественными заболеваниями шейки матки, 4, s.82

Абдуллаев В.А.Оценка эффективности и безопасности применения селективных b-адреноблокаторов небиволола и бисопролола у больных хобл в сочетании ишемической болезни сердца, 2, s.113

Азизов В.А., Султанова М.Дж., Улудаг К., Эфендиева Л.Г.Прогностическая значимость компьютерной томографии коронарных артерий у больных сахарным диабетом, 2, s.73

Алиев М.Г., Махмудов В.Н., Адилова С.А.Особенности микробной контаминации патологического очага при открытой травме голеностопного сустава, 2, s.127

Алиева Н.Ш., Мирбагирова Д.Д., Мамедгасанов Р.М., Везирова Р.Ш. Распространенность надпочечниковой гиперандрогении у пациенток с синдромом поликистозных яичников, 3, s.60

Ахмедова С.Д.Клинические особенности фолликулита грибковой этиологии, 1, s.85

Бабаева Г.И., Багирова Х.Ф., Сираджлы У.М.Результаты ультразвукового исследования беременных женщин с плацентарной недостаточностью, 1, s.187

Багиров И.А.Оценка результатов лечения острого лимфобластного лейкоза в мультицентровом рандомизированном исследовании у подростков в Азербайджане, 2, s.146

Багиров И.А.Ранний ответ на терапию как прогностический фактор течения острого лимфобластного лейкоза у детей в Азербайджане, 3, s. 118

Багиров М.М., Верещако Р.И., Агаев А.Н. Критерии диагностики и лечения дивертикулов пищевода, 3, s.152

Бахшалиев А.Б., Абдуллаев Н.А., Рагимова Э.С., Ирани Р.М., Фараджова Н.З. Роль цитокиновой активации у больных с хронической сердечной недостаточностью и анемией, 3, s.63

в период с 2009 - 2011 гг., 1, s.54

Валиева С.Т., Гасанов А.И., Караханова М.С.Результаты исследования по выявлению уронефрологических заболеваний у детей раннего возраста, 1, s.40

Велиева М.Н., Меджидова У.М., Мадатли Ф.И.Значение этики и биоэтики в практической деятельности фармацевтов, 2, s.150

Гараева С.З.Особенности ранней адаптации новорожденных детей с задержкой внутриутробного развития выраженность аутоиммунных реакций у лиц с тиреоидной патологией, 4, s.199

Гулиева С.Ч.Политипия нарушений регуляции родовой деятельности, 3, s.171

Гусейнова А.Б.Новые аспекты этиологии и патогенеза некротического энтероколита новорожденных, 4, s.171

Гусейнова О.М., Султанова Г.Р. Содержание аденозинтрифосфа́та, лактата и малонового диальдегида как прогностический фактор течения беременности с угрозой преждевременных родов, 3, s.162

Дадашова Г.М.Гендерные отличия показателей гемодинамики при применении блокаторов рецепторов ангиотензина II и ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента у больных при хронической сердечной недостаточности, 4,s.113

Джафарли Р.Э.Влияние трансплантации аутологических костномозговых стволовых клеток на состояние воротного кровотока у больных циррозом печени алкогольной этиологии, 4, s.145

Джафарли Р.Э.Влияние трансплантации мезенхимальных стволовых клеток на регенераторную активность печени при цирротическом ее поражении (экспериментальное исследование), 1, s.48

З.Ф. Мехтиева, Рзакулиева Л.М., Садыхова Ф.Э. Преэклампсия и инфекционный фактор в репродуктивной проблеме человека, 4,s.127

Исаев И.Г., Кулиева Н.Г., Насирова Г.Г., Казиева Р.Р. Выживаемость больных раком пищевода при сочетанной лучевой терапии, 4, s.103

Исмайлова Э.Б., Гараева С.Г. Два случая из практики успешного завершения беременности с пересаженной почкой, 2, s.160

Исманлы А.С., Казиев А.Ю., Мурадов Х.К.Особенности электронно-микроскопической картины нейроэндокринного рака кожи., 4, s.98

Касумова С.М., Гасанкулиева Г.М., Агаева Г.Т., Бабаева Б.А.Микробиологические и клинические аспекты лечения кишечных дисфункций у детей, 3, s.93

Касумова С.М., Гасанкулиева Г.М., Рзаева Р.Г., Алиева И.А., Меджидова А.Б. Влияние дефицита железа на иммунной ответ у детей раннего возраста, 4, .32

Керимов А.А.Латентные гиперкоагуляционные нарушения гемостаза, 4, s.116

Керимов Н.Д. Комплексное лечение больных плечелопаточным периартритом методами акупунктуры и гомеосиниатрии в амбулаторно-поликлинических условиях, 3, s.149

Кравчук Б.А. Клинико-патогенетические основы доброкачественных образований средостения у детей, 2, S.171

М.М. Мамедов, Н.И. Мамедов, С.Ш.Джафарова Хирургическое лечение посттравматических свищей прямой кишки. реальность и перспективы, 3, s.190

Мамедбейли А.К., Ширалиева Р.К., Садыхова З.М., Зависимость риска смертности населения от температуры воздуха в условиях Шекинского района, 3, s.173

Мамедов А.М.Оптимизация средств и методов лечения воспалительных заболеваний пародонта, 1, s.154

Мамедов М.К., Кадырова А.А., Таги-заде Р.К., Дадашева А.Э. О двух важнейших направлениях реализации Национальной программы борьбы с трансфузионными вирусными гепатитами и ее особенhности в Азербайджahe, 2, s.29

Мамедов М.К., Рагимов А.А., Мамедова Т.Н., Ахмедов Ю.А., Р.К.Тагизаде, А.Э.Дадашева Тенденция к снижению интенсивности циркуляции вируса гепатита В среди онкологических больных и здоровых жителей Азербайджана, 3, s.39

Мамедова М.Н.Влияние неблагоприятных факторов производственной среды на течение и распространенность гинекологических заболеваний среди женщин-работниц авиаремонтного предприятия, 1, s.44

Мамедова М.Н.Характер генеративной функции у работниц авиаремонтного предприятия, 2, s.94

Мамедова С.М.Иммуногенетические факторы неразвивающейся беременности, 3, s.79

Мамедова Т.Н., Рагимзаде С.Э., Мамедов М.К.Патогенетические особенности развития инфекции, вызванной вирусом гепатита С, у больных раком молочной железы, 4, s.3

Мамедова Т.Ш.Острые нейроинфекции с позиций невролога и инфекциониста, 1, s.58

Мамедова Ф.З. Влияние γ-излучения на общее содержание белка яда медоносной пчелы (Apis mellifera caucasica L) , 2, s.193

Мамедова Ф.З., Топчиева Ш.А. Влияние температуры нагрева на Uv-Vis спектры поглощения яда медоносной пчелыApisMelliferaCaucasica L, 3, s.137

Мамедова Ф.М.Особенности клинического течения пневмонии у детей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани, 3, s.133

Мамедова Ш.Р.Поражение костно-суставной системы у больных сахарным диабетом, 1, s.147

Меликова У.Ф., Алиева Э.М., Байрамова Е.В., Аббасова Ф.Ю.Особенности течения раннего неонатального периода у новорожденных родившихся от матерей, применявших препарат Норваск , 2, s.135

Мусаева М.Н.Дооперационная подготовка и гистерорезектоскопия у женщин с субмукозной миомой матки, страдающих бесплодием, 2, s.58

Н.Д.Рагимова Роль полиморфизма гена интерлейкина-10 в развитии перинатальной инфекции у новорожденных детей, 3 s.196

Набиев А.Ф. Влияние лазерной и крайневысокочастотной терапии на микроциркуляцию у больных с гнойными ранами, 3, s.187

Надирли З.О., Гулиев Н.Д., Масталиев Я.К., Мустафаева Н.М. Изменения провоспалительных и противовоспалительных интерлейкинов при респираторном дистресс синдроме у недоношенных новорожденных детей, 4, s.150

Насирова Г.Г.Сочетанная лучевая терапия рака пищевода с применением локального источника высокой мощности дозы Ir 192., 3, s.166

Насирова Х.Б., Ахундов Ю.Г., Ниязов А.Н., Сафаров А.М. Повышение эффективности эндодонтического лечения зубов, 2, s.33

Насирова Х.Б., Сафаров А.М.К вопросу достижения оптимальных результатов при эндодонтическом лечении зубов, 4, s.145

Нетюхайло Л.Г., Бондаренко В.В., Сухомлин Т.А., Басараб Я.А.Синдром «эндогенной» метаболической интоксикации во внутренних органах при экспериментальной ожоговой болезни,1, s.88

Рзаева А.Д.Анализ смертности железнодорожников азербайджана в зависимости от их профессиональных групп, 2, s.91

Саидова Ф.Х., Шахсуваров О.М., Гусейнов Р.Г., Ахмедова Л.М., Шахсуварова Н.О., Гараева С.З.Выраженность аутоиммунных реакций у лиц с тиреоидной патологией, 4, s.202

Самедов В.Х. , Захарычев В.Д., Мосин О.А., Руденко Д.Н. Криодеструкция с локальной СВЧ – гипертермией в комплексном лечении злокачественных эпителиальных опухолей полости рта, 1, s.60

Сафаров А.М., Мамедов А.М. Повышение эффективности лечения воспалительных заболеваний пародонта, 4, s.108

Сеидова Г.М.Изучение влияния условий климатоэкологических зон Азербайджана на токсиногенную активность продуцентов афлатоксинов в зерновых и бобовых культурах, выращенных на территории Азербайджана

Тагиева Ф.А. Острые воспалительные заболевания матки и придатков: современные патогенетические аспекты, 4, s.75

Талыбзаде А.Н., Пиралиева Е.У. Диссертационные исследования, выполненные в учреждениях противочумной службы Азербайджана, 1, s.182

Юдина Н.А., Мельникова Т.Ю.Эпидемиология основных стоматологических заболеваний в Республике Беларусь, 4, s.92

Юсиф-заде К.Р. Миниинвазивные вмешательства при патологиях внепеченочных желчных путей , 4, s.184

Юсиф-заде К.Р. Ультразвуковые аспекты как диагностические критерии заболеваний билиарной системы, 2, s.51

Юсиф-заде К.Р.Профилактика осложнений при лечении заболеваний желчевыводящей системы, 1, s.166

Юсиф-заде К.Р.Эффективность нового метода при лечении заболеваний внепеченочных желчных путей, 3, s.42

Юсифова Д.Ю. Биологичически активные вещества Scabiosa Columbaria l. из флоры Азербайджана, 3, s.184

Amirova A.F., Shahbazova N.A., Tahmazi X.M.The role of the placental pathology at the rate of perinatal hysterectomy, 3, s.157

Babazada H.M.Synthesis and physicochemical characterization of unfractionated heparin nanoparticles for drug delivery, 4, s.87

PRAKTİK HƏKİMƏ KÖMƏK- ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Məmmədov C.C, Davudov M.M., Qurbanov V.A., Əliyev R.R Endodontik müalicə zamanı baş verən neyrosensor pozuntuların cərrahi müalicəsi, 1, s.191

İ.V. Bəhməni. R.M. Cavadova Genetik primordial nanizm, 1, s.195

С.М.Мамедова Особенности генетического анализа при невынашивании беременности, 1, s.197

R.Ismailzade, E.Zhavrid, M.Potapnev, Y.Istomin, M.Belevtcev, A.Mazurenko, N. Petrovskaya Whole body hyperthermia in combined treatment of advanced pediatric solid tumors, 3, s. 49

Qısa məlumatlar- Краткие сведения

Baxşəliyeva N.A., Pirəliyeva Y.U.7 Aprel sağlamliq günü azərbaycan respubblika dövlət elmi tibb kitabxanasında, 2, s.209

Xronika- Хроника

Təbrik (M.Q.Məmmədov), 2, s.211

Поздравление (М.К.Мамедов), 2, s.212

"Учитель! Перед именем твоим позволь смиренно преклонить колени!", 2, s.214

Магеррам Мубатович Мамедов, 3, s.215

MÜNDƏRICAT

İCMALLAR- ОБЗОРЫ

Современные представления о токсическом действии бензола на организме
Р.А.Оруджов.....3
Yeniyetmə-qızlarda reroduktiv sağlamlığın potensialı haqqında müasir təsəvvürlər
N.M.Kamilova, Ş.M.Xəlilova.....9
Polikistoz yumurtalıq sindromu. Reallıq və perspektivlər
H.H.Ахундова.....15
Современные аспекты проблемы потери беременности: причины, структура, профилактика
И.А.Шамхалова, Н.Г.Теймурова.....23
Qasıq yırtıqlarının rastgəlmə tezliyi, əməliyyatdan sonrakı ağirlaşmaları, təsnifatı və müasir hernioplastika üsulları
Z.T.Şirinov, N.H.Xankişiyev, Z.N.Azadova.....29

ORİJİNAL MƏQALƏLƏR-ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Возможности противовирусной терапии некоторых категорий больных хроническим гепатитом С, проводимой с использованием "средних" и "высоких" доз рекомбинантного альфа-интерферона
М.К.Мамедов, А.Э.Дадашева, С.М.Сафарова, Н.М.Нагиева.....35
Формы и варианты течения инфекции, вызванной вирусом гепатита С, среди больных раком молочной железы разных клинических стадий
Т.Н.Мамедова, С.Э.Рагимзаде, М.К.Мамедов.....39
Результаты экспериментально-клинических исследований состояния опорных зубов бюгельного протеза на модифицированном замковом креплении ВКС-СГ у больных различных возрастных групп с частичной вторичной адентией
О.В.Громов.....42
Uşaq və yeniyetmələrdə refraksiya anomaliyalarının profilaktik müayinələrdə aşkarlanması
L.F. Qəhrəmanova.....46
Kişi əhalisi arasında nevroloji profilli əlilliyin səbəbləri və yaşdan asılı dinamikası
N.B. Bахşəliyev, R.Q. Eyvazov.....49
О стоматогенетических дисплазиях
Р.В.Шадлинская.....54
Ağciyərdən kənar üzvlərin vərəmi hadisələrinin aşkar edilməsi, onlar arasında meningit, ensefalit, mielitlərin səviyyəsi və xüsusiyyətləri
C.Q.Əliyev.....57
Ağız boşluğunda əməliyyatdan sonrakı yaraların sağalmasına kliniki və instrumental nəzarət
Ç.R. Rəhimov, T.R.Quliyev.....64
Комплексная оценка состояния здоровья вынужденных переселенцев Азербайджанской Республики
Н.М. Камилова, И.А. Султанова, С.С. Сафарова, К.А.Аббасова.....68
Parodontoloji cərrahiyyədə diş əti qalınlığının kökün örtülməsinə olan təsirinin qiymətləndirilməsi
C.R. Əhmədbəyli…….....72
Характеристика некоторых показателей нутритивного статуса недоношенных новорожденных детей с различным уровнем в крови инсулиноподобного фактора роста–1
А.Г. Ахвердиева, И.В. Майден, К.В. Дашичев.....76
Qalxanabənzər vəzi kiçik düyünlərinin differensial diaqnostikasında angiogenezin əhəmiyyəti: klinik, ultrasəs, morfoloji paralellər
B.A. Ağayev, İ.Ə. Həsənov, R.Z. Mahmudov.....80
Anadangəlmə dodaq-damaq yarıqları olan şəxslərdə çənələrin rentgenoloji görüntülərinin xarakteristikası
N.A.Pənahov, E.Y. Həsənli.....86
Şəkərli diabet və erektil disfunksiya qeyd edilən xəstələrdə kavernoz arteriyaların endotelial funksiyası
R.M. Məmmədhəsənov, T.V.Mehdiyev.....90
Obturasion sarılıqda endogen intoksikasiyanın vəziyyəti
E.Q.Tağıyev.....96
Diş-çənə anomaliyalarının müalicəsi zamanı parodontun vəziyyəti
R.Q. Əliyeva, N.S. Həsənli, F.M.Quliyeva.....99
Особенности цитокинов İL 18 в патогенезе больных детей с бронхиальной астмой
Т.Т.Панахова.....102

Əhalinin dərman təchizatında əsas dərman vasitələri siyahısının rolu
R.M.Abdullayeva, G.A.Hüseynova.....106
Особенности клинического течения и прогноз острого гепатита в у больных с фоновой бактериальной и кандида инфекций
Г.З. Алиева, З.О. Караев.....109
Hamilələrdə fetoplasentar çatışmazlıq və dölün inkişafdanqalma sindromunun patogenezi haqqında əsas təsəvvürlər
N.M.Kamilova R.B.Səfərova.....115
Kompleks terapiya prosesində pəncələrin mikozu ilə xəstələrdə hüceyrə və humoral immunitetin göstəricilərinin dinamikası
K.A.Məmmədov.....120
Tibbi sığorta resepturasının əhəmiyyəti
N.Q. Xəlilov, M.N.Vəliyeva.....124
Preeklampsiyada göbək ciyəsi və cift strukturlarinda akvaporinlərin ekspressiyası
R.A. Aslanova.....126
Клинические аспекты влияние хирургического вмешательства на течение раневого процесса при рецидивных опухолях носа
Р.А. Ахвердиев, Дж.Г. Мамедов, Л.А. Зульфугарова, К.Г.Джафаров.....130
Характеристика заболеваемости населения азербайджанской республики раком прямой кишки и ректосигмоидного отдела толстой кишки в 2012 году
Н.Г. Кулиева, А.А.Абдуллаев.....134
Связь перинатальных поражений центральной нервной системы новорожденных с течением беременности и родов
Т.И. Ибадова.....141
Изучение полисахаридного комплекса видов рода «salvia» из флоры Азербайджана
Т.А. Сулейманов, С.Э.Алиева.....145
Динамика заболеваемости злокачественными новообразованиями в Азербайджанской Республике за период с января по апрель 2014 года
Ф.А.Марданлы, Ф.К.Алиева, Е.Р.Джафарова, Н.З.Керимова, Ф.А.Новрузов.....148
Микробиологическая характеристика грибов рода aspergillus niger и aspergillus flavus, выделенных из заплесневелых зерновых, выращенных на территории Азербайджана
Г.М.Сеидова.....154
Ağ ciyərlərin xronik obstruktiv xəstəliyi ilə yanaşı ürəyin işemik xəstəliyi olan xəstələrdə klinik-fuksional və laborator göstəricilərin xüsusiyyətləri
V.A.Abdullayev.....159
Saçların tökülməsi problemləri və onlara qarşı müalicə vasitələri
M.N.Vəliyeva, A.E.Musayeva.....164
Состояние детской онкологии в различных регионах Азербайджана
Ф.А. Марданлы, И.Г. Исаев, Н.А. Насирли.....170
Применение внутривенного иммуноглобулина в терапии токсикодермий у детей
Э.В.Гурбанова.....172
Müasir əczaçılığın innovativ siyasətinin bəzi aspektləri
S.A. Atakişizadə, V.K.Əbilova, A.H.Əliyeva, M.N.Vəliyeva.....176
Применение калькулятора риска сердечно-сосудистой смерти в клинической практике
Я.З.Курбанов, Н.В.Зейналова, В.А.Мирзазаде.....181
İdmançi qadınlarda dişlərin sərt toxumalarının vəziyyətinin və ağız sularında mikroelementlərin tərkibinin öyrənilməsi
Ş.Ə. Məmmədova, C.Q.Hacıyev.....185
Комплексное лечение больных с невритом лицевого нерва в амбулаторно-поликлинических условиях
Н.Д.Керимов.....189
Hamiləlik zamanı böyrək patologiytalarının kəskinləşməsi
G.İ. Axundova, İ.A.Şamxalova.....192
Коррекция нарушений гемостаза при острых кишечных инфекциях
С.М. Касумова, Г.М. Гасанкулиева, Р.И. Рзаева, У.И.Алиева, Г.А.Джафарова…….....196
Morfoloji müayinələrdə müxtəlif etiologiyali düz bağırsaq fistulu olan xəstələrdə yara prosesinin gedişatına azinvaziv texnologiyaların təsirinin qiymətləndirilməsi
S.Ş,Cəfərova, M.M.Məmmədov, N.İ.Məmmədov.....200
Spontan doğuşların dinamikasında oksigen nəqliyyatinin qanın turşu-qələvi vəziyyətinin və bəzi elektrolitlərin dəyişmə xüsusiyyətləri
L.Q. Ağakişiyeva, E.M. Əliyeva, M.A. Qaraşova, N.V.Abbasova.....205

İmplantüstü protezlər tətbiq olunmuş şəxslərdə stomatoloji stasusun xarakteristikası
H.H.Musayeva.....208
Xəstələrdə istiqamətləndirilmiş toxuma bərpası cərrahi metodundan əvvəl və sonra radikal təmizləyici fermentlərin aktivliyinin dəyişməsi və reaktiv oksigen növlərinin biomaterallara və yara yaxşılaşmasına təsiri
E.Aliyev, U.Sakallıoğlu, Z.Eren.....213
Parodontun iltihabi xəstəliklərinin müxtəlif mərhələlərinin kompleks müalicəsində professional gigiyenanın klinik-immunoloji qiymətləndirilməsi
E.Ə.Rüstəmov.....219
Nəhənghüceyrəli şişlərinin kompleks diaqnostikası
M.R.Yusifov.....227
Dölün bətndaxili ölümünə dair
G.B. Mirzəyeva, E.M. Əliyeva, Z.Ş. Təhməzoğlu……..……233
Funksional müayinə metodlarının nəticələrinə əsasən adenotomiyanın nəticələrinin təhlili
M.D.Quliyev……..…237
Течение беременности и структура акушерских патологий у беременных женщин с поликистозом яичников
Н.М. Сулейманова, И.А.Шамхалова……..……..240
«Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri» jurnalına qəbul olunan əlyazmaların tərtib edilməsi haqqında qaydalar…….247
2014-cü ildə "Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri" jurnalında dərc olunan məqalələrin əlifba-müəllif göstəricisi……..……248

Çapa imzalanıb: 30.03.2015
Sayı:250. Həcmi 20.5 çap vərəqi
Formatı 60X841/8. əla növ kağız