İCMALLAR- ОБЗОРЫ

SƏRBƏST RADİKAL OKSİDLƏŞMƏNİN QARACİYƏRİN DİFFUZ XƏSTƏLİKLƏRİNİN İNKİŞAFINDA ROLU

A.Y.Məhəmmədli, A.E.Dadaşova, N.O.Qüdrətov
N.Tusi adına Klinika, Respublika QİCS-lə mübarizı mərkəzi, Bakı

Açar sözlər: sərbəst oksidləşmə, radikal oksigen, qaraciyər, diffuz xəstəliklər
Ключевые слова: свободное окисление, радикальный кислород, печень, диффузные заболевания
Key words: free oxidation, radical oxygen, liver, diffuse diseases

Sağlam insanın orqanizminə daxil olan oksigenin təxminən 5-6% -i metobolik yollarının zəruri komponentlərindən biri olan və orqanizmin normal həyat fəaliyyətini təmin edən sərbəst radikalların əmələ gəlməsinə sərf olunur. Biomolekulların sərbəst radikallara oksidləşməsi (BSRO)- oksidləşmənin sərbəst radikallara induksiyalaşan oksigenaz tipli reaksiyalarının qarşılıqlı məcmusudur. [1,2,3]. BSRO müxtəlif xəstəliklərin patogenezində universal mexanizmlərindən biri kimi çıxış edir. Eyni zamanda, bu proses biomembranların normal fəaliyyəti üçün vacibdir [4]. Sərbəst radikallar həyati vacib fizioloji və metobolik proseslərdə iştirak etməklə orqanizmin hemeostaz qabiliyyətinin dəstəklənməsində mühüm rol oynayırlar. Xüsusilə də, onlar bir sıra fermentlərin və immunoqlobulinlərin fəallığının modifikasiyasını təmin edə bilirlər.

Müəyyən edilib ki, azad radikallar flavinlərlə elektronların daşınmasında iştirak edir, hüceyrə membranının fosfolipid təbəqəsinin təzələnməsində mühüm rol oynayırlar.

Onlar mitoxondrilərdə gedən fosforlaşma oksidləşmə reaksiyalarının ayrılmaz komponentlərindən biridir, mitogenezdə, lipidlərin peroksidləşmə proseslərində (LP) və hüceyrələrin qarşılıqlı əlaqəsində siqnalların ötürülməsində vacib rol oynayırlar [5].

Onlar təbii sitotoksik reaksiyaların həyata keçməsi üçün çox vacibdir, üstəlik, sərbəst radikalların bəziləri, xüsusilə də superoksid NO bakterisid və şiş əleyhinə təsirə malikdirlər [6].

Orqanizmdə sərbəst radikalların sayı yaşla əlaqədar olaraq, həmçinin fiziki yüklənmə zamanı artır. Xüsusilə də, gənc insanlardan fərqli olaraq ahıl insanlarda fiziki yüklənmə zamanı onların əmələ gəlməsi daha sürətlə baş verir. Sağlam insanların qan zərdabında hiperqlikemiya, hiperinsulinemiya və sərbəst yağ turşularının miqdarının həddən çox artması fonunda sərbəst radikalların səviyyəsinin yüksəlməsi müşahidə olunur [7,8].

Eyni zamanda, sərbəst radikalların yeni nəsillərinin ifrat dərəcədə artması bir çox patoloji vəziyyətlərin yaranmasının inkişafı ilə assosasiya olunur.

Sübuta yetirilib ki, sərbəst radikal proseslərin intensivləşməsi müxtəlif etiologiyalı xəstəliklər üçün xarakterikdir. Bu, hüceyrələrin sərbəst radikal zədələnməsinin ümumbioloji xarakterli olduğunu göstərir [9].

Göstərilmişdir ki, şəkərli diabet, astma, artritlər, ürək-damar və neyrodegenerativ xəstəliklər, bədxassəli törəmələr və digər patoloji vəziyyətlər biomolekulların sərbəst radikallara oksidləşməsinin (BSRO) aktivləşməsi ilə bağlıdır [10,11]. BSRO-nun inisiator təsiri müxtəlif səbəblərlə bağlı ola bilər, amma bu prosesdə birinci dərəcəli rol oyanayan oksigenin bərpasının aralıq məhsullarıdır. Öz növbəsində oksigenin aktiv formaları (OFF) intrasellyulyar (hüceyrədaxili)- oksidaz fermentlərin təsiri sayəsində və eyni zamanda ekstrasellyulyar- leykositlərin iştirakı ilə yarana bilərlər [12].

İnsanın qocalması prosesində OFF-nun daima artıq miqdarda əmələ gəlməsi qismən də olsa, orqanların funksional aktivliyinin azalması, toxumalarda isə triqliseridlərin həcminin artması kimi proseslərin sürətlənməsinə səbəb olur.

Oksidativ stressin yaranması nəticəsində ən çox patoloji dəyişiliklərə toxumalarda hüceyrələrin strukturları məruz qalırlar. Damar divarının endotel hüceyrələri və saya əzələlərinin, aşağı sıxlıqlı lipoproteinlərin subendotelial oksidləşməsi endotelin funksiyasının pozulmasına, retinopatiya və mikroalbuminuriya kimi müxtəlif ağır fəsadlara gətirib çıxarır [13, 14].

OFF-un hədsiz miqdarda toplanması lipoproteidlərin membranının mayekristal quruluşunun pozulmasına, bioloji membranların davamlılığının azalmasına, mitoxondirilərin şişməsinə və dağılmasına, tənəffüsün ferment sisteminin quruluş fəaliyyətinin dağıdılması, sulfihidril qrup fermentlərin oksidləşməsi, ATP-nin biosintezinin zəifləməsi, ionların (Na^+, K^+, Ca^{2+}) daşınmasının nəqliyyat mexanizmlərinin pozulması, sitoliz, mitoxondrilər və ribosomlar arasında müxtəlif metobolitlər, zülalların, nuklein turşularının biosintezinin zəifləməsi, hidrolitik fermentlərin çıxması ilə nəticələnən lizosom zədələnməsi ,eritrositlərin membranının dağılması, tənəffüs prosesinin zəifləməsi, süd turşusunun, oksi və ketoturşuların toplanması və asidozun artması, antioksidant sistemin (AOS) komponentlərinin inaktivasiyası kimi pozulmalarla müşayiət olunur [15].

OFF üçün hədəf amin turşular, zülallar, lipidlər, nuklein turşuları ola bilərlər. Sərbəst radikallar DNT və RNT –yə təsir edərək irsi məlumatların dəyişilməsinə səbəb ola bilərlər, onlar hətta mutagen kimi də çıxış edə bilərlər. OFF-in əmələ gəlməsi zülalların qlikozidləşməsi prosesində onların zülallarla qarşılıqlı təsiri ilə əlaqədardır və ən çox da peroksidləşmə reaksiyalarında lipidlərin artıq dərəcədə transformasiyası ilə bağlıdır [16]. Beləliklə, lipidlərin sərbəst radikallara oksidləşməsi insan orqanizmində mühüm rol oynayır. Aydındır ki, oksigenin fəal formalarının membranın fosfolipid quruluşunun əsas komponentləri olan doymamış yağ turşularıyla qarşılıqlı təsiri üçün yüksək qatılıq xarakterikdir. Həmçinin, membran lipidləri struktur və baryer funksiyaları ilə bərabər hüceyrələrdə metobolik proseslərin tənzimlənməsində də iştirak edə bilərlər. Lipidlərin peroksidləşmə prosesində oksigenin bilavasitə substrata köçürülməsi baş verir ki, bu da peroksidlərin, keton və aldehidlərin yaranması ilə müşayiət olunur [17].

LPO məhsulları hüceyrələrin membranında keçiriciliyin, lipoprotein komplekslərinin sabitliyinin tənzimləyiciləri kimi də çıxış edə bilərlər. LPO-nun ən əhəmiyyətli fizioloji funksiyalarına hüceyrə membranlarının fosfolipid tərkibinin yenilənməsi, bir sıra fermentlərin requlyasiyası, bioenergetik proseslərin induksiyası, oksidləşdirici fosforlaşmanın vəziyyətinə təsiri aiddir.

Lipidlərin peroksidləşmə prosesi zəncirvari reaksiya prinsipi əsasında həyata keçir və bir neçə mərhələdən ibarətdir: “inisiasiya”, ”davamı”, ”şaxələnmə” və “zəncirin”qırılması [18, 19].

Hazırda, orqanizmdə elektronların köçürülməsi prosesində iştirak edən 8000-dən çox reaktiv birləşmələr məlumdur. Onların reaktivliyi molekulanın xarici orbitində cütləşməyən elektronun olmasından irəli gəlir, halbuki molekula xarici səthində yalnız cüt sayda elektron olduqda sabit qala bilır. Radikal reaktiv və qeyri-radikal reaktiv birləşmələr olmaqla iki yerə ayrılır, bunların arasında isə daha fəal olanları oksigenin, azotun və xlorun birləşmələridir. Qeyd etmək lazımdır ki, O_2 özü orqanizmdə nəzarətsiz reaksiyalara girmir. Neqativ effektlər oksigenin təsiri ilə deyil, hüceyrələrdə yaranan müxtəlif oksigen radikallarının təsiri ilə bağlıdır. Oksigenin müxtəlif fəal formalarının yaranmasının intensivləşməsi metabolizmin pozulmasına və hüceyrələrin ölümünə gətirib çıxarır. OFF-un və BSRO–nun həddindən artıq yaranmasına cavab orqanizmin AOS-unun fəallaşmasıdır [20,21].

Eyni zamanda, toplanan bir sıra məlumatlara əsasən, qaraciyərdə iltihabi proseslərin yaranması və müxtəlif mənşəli hepatitlərin qaraciyər hüceyrələrini zədələməsinin arxasında ifrat dərəcədə reaktiv metabolitlər və sərbəst radikallar əmələ gətirən universal mexanizmlər dayanır. Hepatositlərin zədələnməsi üçün superoksid anionradikal, hidrogen-peroksid, hidroksil radilkal, sinqlet oksigen, hipoxlorit və digər oksigenin fəal formaları (OFF) cəlb oluna bilərlər. Bu baxımdan, xüsusilə qeyd etmək lazımdır ki, DNT-ni zədələmək qabiliyyətinə malik olan hidroksil radikalı hepatokanserogenezin yaranmasına səbəb ola bilər. OFF-un əmələ gəlməsi Kupfer hüceyrələrinin stimulyasiyasında və polimorfnüvəli neytrofillərin sekvestrasiyasında baş verir [22, 23, 24 25].

ATP ehtiyatının tükənməsində və ya oksidləşdirici stressdə sitozolun ksantin oksidazası O_2 istehsal etmək qabiliyyətinə malikdir. Sübut olunub ki, leykotrienlərin biosintezi və lipoksigenezin və tsiklooksigenezin prostanoidləri sinqlet oksigen və O_2 generasiya etmək iqtidarındadırlar. Sərbəst yağ turşuları yüksək reaksiya qabiliyyətinə malik olan birləşmələrə aid olub, LPO substratlarına daxildir. LPO-nun nəticəsində hüceyrə membranının bütövlüyünün pozulması, mitoxondrilərin qabarması, lizosomların kövrəkliyi, kollagen əmələgəlmənin stimulyasiyası, Mellori cisimciklərinin əmələ gəlməsi (sitokeratinin çarpaz birləşmələrinin monomerlərinin qalıqları) baş verir [26].

Həmçinin qeyd etmək lazımdır ki, oksidləşdirici stress ilə bağlı proseslərdə və qaraciyər patologiyası zamanı reaktiv metobolitlərdən qorunma mexanizimlərində hepatositlərdə, Kupfer hüceyrələrində, endotel hüceyrələrdə əmələ gələn NO iştirak edə bilər [27]. Azot oksidi OFF-u "tutmaq " kimi də, fəaliyyət göstərməyə qadirdir, lakin eyni zamanda superoksidanionradikalın neqativ təsirlərini də gücləndirə bilər, bu da peroksinitritlərin formalaşmasına sonrakı hidroksil radiakallarına əmələ gəlməsinə gətirib çıxarır.

Bu mexanizmin reallaşması zamanı NO və H_2O_2 özlərinin sitotoksiki təsirini göstərirlər [28].

Bəzi məlumatlara əsasən, dərman preparatları və spirtli içkilərlə xroniki zəhərlənmələrdə CO aktivləşməsinin yeri var. Qaraciyərin toksiki zədələnməsinin patogenezində neqativ faktorların təsiri altında induksiya olunan sitoxrom P450 2E1 xüsusi əhəmiyyət kəsb edir. Sitoxrom P450 2E1 sintezinin sürəti LPO-nun intensivliyindən asılıdır. Etanol istifadəsi zamanı, Kupfera hüceyrələrində, P450 2E1 sitoxromunun həcmi 7 dəfə artır, bu da əlavə sitokinlərin buraxılmasını fəallaşdırır və proqressiv hepatitin yaranmasına gətirib çıxarır.

Hepatositlərin O_2 tələbatının artması OFF-nin həddindən çox yeni nəsillərinin yaranması və LPO-nun intensivləşməsi ilə bağlıdır. Bu zaman qaraciyər hüceyrələrində ASK –ın bir çox komponentlərinin bitməsi baş verir və DNT-nin reparasiya dərəcəsi azalır DNT [29] .

Hepatositlərin zədələnməsi həmçinin yüksək qatılıqlı dərman preparatlarının təsiri altında baş verə bilir, nativ şəkildə və ya biotransformasiya nəticəsində toksik olurlar.

Çox vaxt dərman preparatları hepatositlərə birbaşa zəhərli təsir göstərərək, detoksikasiya sisteminin və oksidləşdirici-reduksiyaedici reaksiyaları kataliz edən fermentlərin işini pozurlar.

Ksenobiotiklərin detoksikasiyası zamanı qütb qruplarının tətbiqi ilə əlaqədar olan hidroksilaza sisteminin sitoxromu P450 və suda həll olan metobolitlərin molekulların konyuqasiyasının iştirakı ilə reaksiyalar baş verir. Dərman preparatlarının biotransformasiyası zamanı P-450 mikrosomal sitoxrom sisteminin aktivasiyası baş verir, bu da çox hallarda aktiv metobolitlərlə və həmçinin OFF-un formalaşması ilə əlaqədar olur. Beləliklə, mitoxondrilərdə OFF-un yaranma inisiasiyası mühüm prosesdir,cünki nekrotik proseslərə gətirib çıxarır.

Oksigenin aktiv metabolilәri qaraciyər hüceyrələrinin zədələnməsini və onun fəaliyyətinin pozulması riskini xeyli artırır. Onlar mitoxondrinin hüceyrə membranına mənfi təsir göstərir və sonda hepatositlərin ölümünə gətirib çıxarır [30, 31].

Heyvanlar üzərində aparılan tədqiqatlar zamanı əldə edilmiş məlumatlara görə, eksperimental şəkildə yaradılan toksiki hepatitlərdə CO intensivləşməsi baş verir. Bu zaman aminotransferazanın fəallığının artması ilə yanaşı NADF-izositratdehidrogenaza və qlükoza-6-fosfatdehidrogenazanın da fəallığının artması baş verir.Bu fəallığın artması fonunda qlütationperoksidaza (QP), qlütationreduktaza (QR), katalaza və superoksiddismutaza da fəallığının artmasını OFF-rn həddindən artıq əmələ gəlməsinə AOS-un adaptiv reaksiyası kimi qiymətləndirmək olar [32, 33, 34].

Qaraciyərin eksperiment şəraitində sulfat hidrazinlə zədələnməsi də sərbəstradikal proseslərin güclənməsi ilə müşayət olunub, zülalların oksidləşdirici modifikasiyası ilə bağlı həmçinin qlükoza-6-fosfatdehidrogenazanın aktivliyinin artması, QP və QR sistem üçün nikotinamid-adenindinukleotidfosfat bərpası müşahidə olunub [35, 36].

Beləliklə, ədəbiyyat məlumatlarının təhlili əsasında ehtimal etmək olar ki, qaraciyərin toksik zədələnməsi orqanizmin AOS-un funksiyasının dəyişməsi ilə, həmçinin, sərbəst radikalların

həddindən artıq generasiyasının təsiri altında bir sıra metobolik yolların bəzi fermentlərinin iştirakı ilə müşayiət olunur.

ƏDƏBİYYAT

1. Gutteridge J.M.C. Lipid peroxidation and antioxidants as biomarkers of tissue damage // Clin. Chem, 1995, v.41, N.12, p.819–1828.

2. Takenaka Y. The effect of α-tocoferol as an antioxidant on the oxidation of membrane protein hiols induced by free radicfls generated in different sites // Arch. Biochem. and Biophys., 1991, v.285, N.2, p.344–350.

3.Kato Y. The hydrogen peroxide/copper ion system, but not other metal-catalyzed oxidation systems, produces protein-bound dityrosine // Free Radic. Biol. Med., 2001, v.31, N.5, p.624-32.

4.Владимиров Ю.А. Перекисное окисление липидов в биологических мембранах // Москва: Наука, 1972, 252 с.

5.Droge W. Free Radicals in the Physiological Control of Cell Function // Physiol. Rev., 2002, v.82, p.47–95.

6. Anisimov V.N. Carcinogenesis and aging //Adv. Cancer Res., 1983, v.40, p.265-324.

7. Kelly G.S. Insulin resistance: lifestyle and nutritional interventions // Altern Med Rev., 2000, v.5, N.2, p.109-132.

8.Lopaschuk G.D. Regulation of fatty acid oxidation in the mammalian heart and disease // Biochim. Biophys. Acta, 1994, v.12, N.13, p.263-276.

9.Levine S.A. Biochemical pathology initiated by free radicals, oxidant chemicals and therapeutic drugs in the etiology of chemical hypersensitivity disease // J. Orthomol. Psychiatry, 1983, v.12, p.166-183.

10.Дубинина Е.Е. Продукты метаболизма кислорода в функциональной активности клеток (жизнь и смерть, созидание и разрушение). Физиологические и клинико-биохимические аспекты. СПб: Медицинская Пресса, 2006, 400 с.

11.Пальцев М.А., Кветной И.М. Руководство по нейроиммуноэндокринологии М.: Медицина, 2006, 384 с.

12.Kitagawa S. A comparison of superoxide releasing response in human polymorphonuclear leukocytes and monocytes // Immunology, 1980, v.125, p.359-364.

13.Bakker S.J. Cytosolic triglycerides and oxidative stress in central obesity: the missing link between excessive atherosclerosis, endothelial dysfunction, and beta-cell failure // Atherosclerosis, 2000, v.148, p.17-21.

14.Miranda M. Oxidative stress in a model of experimental diabetic retinopathy: the utility of peroxinytrite scavengers // Arch. Soc. Esp. Oftalmol, 2006, v.81, p.27-32.

15.Владимиров Ю.А. Свободные радикалы в биологических системах // Сорос. образовательный журнал, 2000, N.12, с.13-19.

16.Синицкая Н.С. Роль пептидов в свободнорадикальном окислении и старении организма // Успехи совр. Биологии, 2002, Т.122, N.6, с.557-568.

17.Skulachev V.P. Membrane-linked systems preventing superoxide formation // Biosci. Rep., 1997, v.17, N.3, p.347-366.

18.Afanas'ev I.B. Chelating and Free Radical Scavenging Mechanisms of Inhibitory Action of Rutin and Quercetin in Lipid Peroxidation // Biochem Pharmacol., 1989, v.38, p.1763-1769.

19.Барабой В.А. Механизмы стресса и перекисное окисление липидов / Успехи современной биологии // Москва: Наука, 1991, Т.111, Вып.6, с.923-931.

20.Барабой В.А. Окислительно-антиоксидантный гомеостаз в норме и патологии // Киев: Чернобыльинтеринформ, 1997, 219 с.

21.Levin G., Popov I. The antioxidant system of the organism. Theoretical basis and practical consequences // Med. Hypotheses, 1994, v.42, N.4, p.269-279.

22.Шепелев А.П. Роль процессов свободнорадикального окисления в патогенезе инфекционных болезней // Вопросы медицинской химии, 2000, N.2, с.54-59.

23.Dey A. Cederbaum A. I. Alcohol and oxidative liver injury // Hepatology, 2006, v.43, N.2, p.63-74.

24. Kaplowitz N. Drug induced hepatitis // Chronic hepatitis: metabolic, cholestatic, viral and autoimmune, Dordrecht: Springer, 2007, p.32–42.

25.Блюгер А.Ф., Новицкий И.Н. Практическая гепатология. Рига: Звайгзне, 1984, с.223-229.

26.Feldstein A.E. Cytokeratin-18 fragment levels as noninvasive biomarkers for nonalcoholic steatohepatitis: a multicenter validation study // Hepatology, 2009, v.50, p.1072-1078.

27.Deng W.G. Melatonin suppresses macrophage cyclooxygenase-2 and inducible nitric oxide synthase expression by inhibiting p52 acetylation and binding // Blood, 2006, v.108, p.518–524.

28.Kitagawa S. A comparison of superoxide releasing response in human polymorphonuclear leukocytes and monocytes // Immunology, 1980, v.125, p.359-364.

29.Choi D.W. Cytochrom P-450-mediated differential oxidative modification of proteins: albumin, apolipoprotein E, and CYP2E1 as targets // J. Toxicol. Environ. Health., 2004, v.67, p.2061-2071.

30.Watkins P.B. Role of cytochrome P450 in drug metabolism and hepato-toxicity // Semin Liver Dis., 1990, v.10, p.235-250.

31.Gonzalez F.J. Role of cytochromes P450 in chemical toxicity and oxidative stress: studies with CYP2E1 // Mutat Res., 2005, v.569, N.1-2, p.101-110.

32. Biburger M. Tiegs G. a-Galactosylceramide – induced liver injury in mice is mediated by TNF-a but independent of Kuppfer cells // J. Immunol., 2005, v.175, p.1540–1550.

33.İmai T., Nishimaki T., Shiga T. et al. Lipid peroxidation and antioxidant activities in regeneration liver after partil hepatectomy in splenectomizt rats // Res. Exp.Med. (Bezl)., 1996, v.196, N.1, p.1-7.

34.Liu J., Yeo H., Overvik-Douki E. Chronically and acutely exercised rats: biomarkers of oxidative stress and endogenous antioxidants. // J. Appl. Physiol., 2000, v.89, p.21–29.

35.Levy R.H. Rainner R.R, Nevaldine B.H. On the Strukture and Catalytic function of mammary glucose-6-phosphate dehydrogenase // J. Biological Chem., 1966, v.241, N.10, p.2181-2187.

36.Chen X., Zhang Q., Zhao R. Superoxide, H_2O_2, and iron are required for TNF-alpha-induced MCP-1 gene expression in endothelial cells: role ofRac1 and NADPH oxidase // Am. J. Physiol. Heart Circ. Physiol., 2004, v.286, N.3, p.1001-1007.

Резюме

Роль свободнорадикального окисления в развитии диффузных заболеваний печени

А.Магомедлы, А.Дадашева, Н.Гудратов

В представленном обзоре авторы показывают современный взгляд на роль антиоксидантной системы в развитии диффузных заболеваний печени.

Summary

Role of free radical oxidation in development diffuse liver diseases

A.Mehemmedly, A.Dadasheva, N.Gudratov

In the presented review authors show modern view to the role of anti-oxidant system in development of diffuse liver diseases.

Daxil olub: 12.10.2016

ПРИНЦИПЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СОСУДОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

Я.З.Курбанов, Р.А.Рзаева, М.Р.Аббасова, Н.В.Зейналова
Азербайджанский медицинский университет,
кафедра терапевтической и педиатрической пропедевтики, г.Баку

Açar sözlər: qan damarlarının remodelləşməsi şəkərli diabet, metabolik sindrom, ateroskleroz
Ключевые слова: ремоделирования сосудов, сахарный диабет, метаболический синдром, атеросклероз
***Key words*:** vascularremodelin, diabetes mellitus, metabolic syndrome, atherosclerosis

В то время как факторы, способствующие росту атеросклеротической бляшки достаточно хорошо изучены, механизмы ремоделирования сосудов окончательно не ясны [1]. Известно, что вариант ремоделирования зависит от локализации пораженного сосуда: для сонных и коронарных артерий характерно компенсаторное ремоделирование, для артерий илиофеморального сегмента - неадекватное наружное или внутреннее ремоделирование, для почечных артерий феномен ремоделирования вообще не характерен [2].

Имелись предположения о том, что описанные различия в эндотелиальном ответе при изменениях внутрисосудистой гемодинамики зависят от типа структуры артериальной стенки (мышечный или эластический) [3,4], наличия кальциноза артериолярной стенки [5], исходно измененной локальной гемодинамики [6,7]. Не исключается влияние других мощных факторов риска, таких как СД 2 типа, курения и других, поскольку при ремоделировании одной и той же артерии могут наблюдаться различные варианты [8,9].

Кроме того, для эндотелийзависимого наружного ремоделирования в артерии должна иметься интактная область, свободная от атеросклеротических изменений, хотя в литературе имелись указания на отсутствие зависимости ремоделирования от геометрии атеросклеротической бляшки или наличия интактного участка стенки артерии [10].

Процесс артериального ремоделирования включает комплексное изменение структурных характеристик артерии, проявляющееся утолщением артериальной стенки, увеличением толщины комплекса интима-медиа, расширением диаметра просвета артерии и увеличением интер-адвентициального диаметра [2,3]. Процесс ремоделирования носит адаптивный характер, направленный на сохранение достаточного просвета артерии при прогрессировании атеросклероза и изменении локальной сосудистой гемодинамики [11,12] и подобное компенсаторное постстенотическое расширение участка артерии встречается примерно у половины больных с внутрисосудистыми атеросклеротическими бляшками. Ремоделирование является ответом на изменение гемодинамики, направленным на нормализацию тонуса артериальной стенки [13].

Ремоделирование может быть внутренним (уменьшение внутреннего диаметра в основном за счет увеличения толщина интима-медиального слоя), наружным (в основном за счет увеличения интер-адвентициального диаметра) и компенсаторным (с сохранением нормального просвета артерии, несмотря на изменения как толщины интима-медиального слоя, так и интер-адвентициального диаметра) [14,4].

На клеточном уровне сосудистое ремоделирование развивается вследствие комплексного взаимодействия между вазоактивными молекулами, тканевыми металлопротеиназами и активировавшимися провоспалительными клетками (моноцитами и макрофагами), которые также дополнительно продуцируют металлопротеиназы [15,4].

При локальном повреждении интимы в пораженном участке начинают накапливаться макрофаги и Т-клетки [16,17], и чаще всего развивается наружное ремоделирование после пораженного участка артерии [14]. Дополнительную роль в этом процессе играет гиперлипидемия, также усиливающая инфильтрацию провоспалительных клеток в атеросклеротическую бляшку и инициирующая продукцию металлопротеиназ, высвобождающихся из пенистых тучных клеток [18,19].

Наружное ремоделирование, происходящее в ответ на увеличение кровотока, в значительной степени зависит от продукции оксида азота (NO) [20], индуцирующего металлопротеиназы [21,22,23], которые- в свою очередь- подавляют пролиферацию и вызывают апоптоз гладкомышечных клеток, становясь причиной расширения артерий [24,25]. Следует подчеркнуть, что ультраструктурные изменения в эластическом компоненте артериальной стенки, наблюдающиеся при повышенном кровотоке [26], аналогичны таковым, вызываемым гиперхолестеринемией [27], что

позволяет сделать вывод о том, что в основе возникающего наружного ремоделирования, лежит один и тот же металлопротеиназ-зависимый механизм [28].

При избыточном осаждении коллагена в зоне поражения, например при отрыве атеросклеротической бляшки, наружное ремоделирование может переформироваться во внутреннее ремоделирование.

Внутреннее ремоделирование- наоборот- развивается в ответ на уменьшение кровотока за счет усиления продукции митогенных и фиброгенных факторов роста (тромбоцитарного и трансформирующего фактора роста Р), которые индуцируют усиление пролиферации гладкомышечных клеток и депозиции коллагена [29,30].

В значительной мере на тип ремоделирования влияют как уровень артериального давления, так и форма самой атеросклеротической бляшки [31,32,33]. При стабильных бляшках чаще развивается внутреннее, при нестабильных- наружное ремоделирование [14]. Считается, что любой тип ремоделирования сосуда является маркером риска прогрессирования сердечно-сосудистых осложнений атеросклероза [34,35]. Пока до конца не ясно, связаны ли друг с другом процессы увеличения толщины интима-медиального слоя и интер-адвентициального диаметра.

В многочисленных исследованиях было продемонстрировано, что внутреннее ремоделирование является одной из основных причин рестенозов после хирургических вмешательств- ангиопластики или эндартерэктомии, как на больных [36,37], так и в экспериментах на животных [38,39], которые возникают уже в первые 6 месяцев после вмешательства [36]. Происходит это, во-первых, из-за избыточного разрастания интимы [37,39], во-вторых, из-за рубцевания адвентиции, который можно предотвратить с помощью лучевой терапии [40].

Важную роль в этом аспекте играет эндотелиальная дисфункция, которая в ряде случаев развивается в расширенном сегменте артерии вследствие инактивации оксида азота продуктами, вырабатываемыми после повреждения интимы [41,42].

С помощью внутрисосудистого ультразвукового исследования был доказан благоприятный эффект терапии антиоксидантами на процессы ремоделирования, опосредующийся восстановлением эндотелиальной функции и усилением процессов наружного ремоделирования [43].

По данным экспериментальных исследований показано, что снижение кровотока создает условия для развития внутреннего ремоделирования и повторных стенозов [6] за счет стимуляции тромбоцитарного фактора роста и трансформации экспрессии фактора роста-3 [30], поскольку ингибирование этих факторов с помощью тирозинкиназы и антагониста тромбоцитарного фактора роста трапидила замедляет внутреннее ремоделирование после ангиопластики [44,45].

Следует отметить, что по данным гистологических исследований у больных, умерших от инфаркта миокарда, в коронарных артериях наблюдались протяженные крупные атеросклеротические бляшки, которые должны были значительно сужать просвет артерии, однако вследствие наружного ремоделирования, гемодинамически значимых стенозов у них не было обнаружено [46,47].

Однако, предотвращая развитие стенозов, наружное ремоделирование артерий препятствует развитию коллатералей, которые могли бы компенсировать нарушение кровоснабжения.

Для мягких атеросклеротических бляшек характерно развитие компенсаторного расширения или внутреннего ремоделирования, тогда как нестабильные атеросклеротические бляшки сопровождаются наружным ремоделированием [48,8,34,35].

В ряде исследований, посвященных этому вопросу, было показано, что как толщина интима-медиального слоя, так и интер-адвентициальный диаметр увеличиваются при снижении толерантности к глюкозе [49,50,51,52,53,54]. Нарушение толерантности к глюкозе ассоциировано с повышенным риском развития и прогрессирования сердечно-сосудистых осложнений атеросклероза. Однако механизмы этого явления остаются неясными [50,55]. В одной из первых подобных работ Henry N. [50] рассмотрена зависимость артериального ремоделирования от нарушения толерантности к глюкозе. Сравнивались три группы пациентов: с нормальным углеводным обменом, нарушением толерантности к глюкозе и с сахарным диабетом 2 типа. Оказалось, что у пациентов с СД 2 типа артериальное ремоделирование не обеспечивает достаточной адаптивности, чем и объясняется повышенный риск развития инсульта у пациентов с СД 2 типа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Hennerici M., Baezner H., Daffertshofer M. Ultrasound and arterial wall disease / Cerebrovasc. Dis, 2004, v. 17 (Suppl 1), p.19-33.

2. Pasterkamp G., Schoneveld A.H., Van Wolferen W. et al. The impact of atherosclerotic arterial remodeling on percentage of luminal stenosis varies widely within the arterial system. A postmortem study / Arterioscler. Thromb. Vase. Biol,1997, v. 17, p.3057-3063.

3. Pasterkamp G., Borst C., Post M.J. et al. Atherosclerotic arterial remodeling in the superficial femoral artery: individual variation in local compensatory enlargement response / Circ,1996, v.93, p. 1818-1825.

4. Ward M.R., Pasterkamp G., Yeung A.C. et al. Arterial remodeling: mechanisms and clinical implications // Circ, 2000, v. 102, p.1186-1191.

5. Lerman A., Cannan C.R., Higano S.H. et al. Coronary vascular remodeling in association with endothelial dysfunction // Am. J. Cardiol,1998, v.81, p.1105-1109.

6. Krams R., Wentzel J.J., Oomen J.A. et al. Shear stress in atherosclerosis and vascular remodeling / Semin. Interv.Cardiol, 1998, v. 3 (39), p. 44.

7. Wensing P.J., Meiss L., Mali W.P. et al. Early atherosclerotic lesions spiraling through the femoral artery // Arterioscler. Thromb. Vase. Biol, 1998, v. 18, p.1554-1558.

8. Mintz G.S., Kent K.M., Pichard A.D. et al. Contribution of inadequate arterial remodeling to the development of focal coronary artery stenoses: an intravascular ultrasound study // Circ,1997, v.95, p. 1791-1798.

9. Pasterkamp G., Borst C., Post M.J. et al. Atherosclerotic arterial remodeling in the superficial femoral artery: individual variation in local compensatory enlargement response / Circ,1996,V. 93,pp. 1818-1825.

10.Clarijs J.A., Pasterkamp G., Schoneveld A.H. et al. Compensatory enlargement in coronary and femoral arteries is related to neither the extent of plaque-free vessel wall nor lesion eccentricity: a postmortem study // Arterioscler. Thromb.Vase.Biol,1997, v. 17, p.2617-2621.

11.Gibbons G.H., Dzau V.J. The emerging concept of vascular remodeling //// N. Engl. J. Med,1994, v. 330, p. 1431-1438.

12.Safar M.E., London G.M., Asmar R. et al. Recent advances on large arteries in hypertension // Hypertens,1998, v.32 ,p. 156-161.

13.Langille B.L. Arterial remodeling: relation to hemodynamics // Can. J. Physiol. Pharmacol, 1996, v.74, p. 834-841.

14.Pasterkamp G., Schoneveld A.H., Van der Wal A.C. et al. Relation of arterial geometry to luminal narrowing and histologic markers for plaque vulnerability: the remodeling paradox // J. Am. Coll. Cardiol,1998, v.32, p. 655-662.

15.Galis Z.S., Khatri J.J. Matrix metalloproteinases in vascular remodeling and atherogenesis: the good, the bad, and the ugly // Circ. Res., 2002, v.90, p.251-262.

16.Dirksen M.T., Van der Wal A.C., Van den Berg F.M. et al. Distribution of inflammatory cells in atherosclerotic plaques relates to the direction of flow // Circ, 1998, v.98, p.2000-2003.

17.Walpola P.L., Gotlieb A.I., Cybulsky M.I. et al. Expression of ICAM-1 and VCAM-1 and monocyte adherence in arteries exposed to altered shear stress // Arterioscler, Thromb. Vase. Biol,1995, v.15, p. 2-10.

18.Aikawa M., Rabkin E., Okada Y. et al. Lipid lowering by diet reduces matrix metalloproteinase activity and increases collagen content of rabbit atheroma: a potential mechanism of lesion stabilization // Circ, 1998, v. 97, p. 2433-2444.

19.Galis Z.S., Asanuma K., Godin D. et al. N-acetyl-cysteine decreases the matrix-degrading capacity of macrophage-derived foam cells: new target for antioxidant therapy? // Circ., 1998, v. 97, p. 2445-2453.

20.Tronc F., Wassef M., Esposito B. et al. Role of NO in flow-induced remodeling of the rabbit common carotid artery // Arterioscler. Thromb. Vase. Biol, 1996, v.16, p. 1256-1262.

21.Abbruzzese T.A., Guzman R.J., Martin R.L. et al. Matrix metalloproteinase inhibition limits arterial enlargements in a rodent arteriovenous fistula model // Surgery, 1998, v. 124, p.328-334.

22.Sasaki K., Hattori T., Fujisawa T. et al. Nitric oxide mediates interleukin-1-induced gene expression of matrix metalloproteinases and basic fibroblast growth factor in cultured rabbit articular chondrocytes // J. Biochem. (Tokyo),1998, v.123, p.431-439.

23.Tauth J., Pinnow E., Sullebarger J.T. et al. Predictors of coronary arterial remodeling patterns in patients with myocardial ischemia // Am. J. Cardiol, 1997, v.80, p.1352-1355.

24.Cooke J.P., Dzau V.J. Derangements of the nitric oxide synthase pathway, L-arginine, and cardiovascular diseases // Circ,1997, v. 96, p. 379-382.

25.Sudhir K., Ports T.A., Amidon T.M. et al. Increased prevalence of coronary ectasia in heterozygous familial hypercholesterolemia // Circ,1995, v. 91, p.1375-1380.

26.Wong L.C., Langille B.L. Developmental remodeling of the internal elastic lamina of rabbit arteries: effect of blood flow // Circ. Res, 1996, v.78, p.799-805.

27.Kwon H.M., Sangiorgi G., Spagnoli L.G. et al. Experimental hypercholesterolemia induces ultrastructural changes in the internal elastic lamina of porcine coronary arteries // Atherosclerosis, 1998, v.139, p. 283-289.

28.Berglund H., Luo H., Nishioka T. et al. Highly localized arterial remodeling in patients with coronary atherosclerosis: an intravascular ultrasound study // Circ, 1997, v.96, p.1470-1476.

29.Bassiouny H.S., Davis H., Massawa N. et al. Critical carotid stenosis: morphologic and chemical similarity between symptomatic and asymptomatic plaques // J. Vase. Surg, 1998, v.9, p.202-212.

30.Mondy J.S., Lindner V., Miyashiro J.K. et al. Platelet-derived growth factor ligand and receptor expression in response to altered blood flow in vivo // Circ. Res, 1997, v.81, p.320-327.

31. Bots M.L., Hoes A.W., Koudstaal P.J. et al. Common carotid intima-media thickness and risk of stroke and myocardial infarction: the Rotterdam Study // Circ, 1997, v. 96, p.1436-1437.

32.Boutouyrie P., Bussy C., Lacolley P. et al. Association between local pulse pressure, mean blood pressure, and large-artery remodeling // Circ, 1999, v. 100, p.1387-1393.

33.Mondy J.S., Lindner V., Miyashiro J.K. et al. Platelet-derived growth factor ligand and receptor expression in response to altered blood flow in vivo // Circ. Res,1997, v.81, p. 320-327.

34.Smits P.C., Pasterkamp G., de Jaegere P.P.T. et al. Angioscopic complex lesions are predominantly compensatory enlarged: an angioscopy and intracoronary ultrasound study // Cardiovasc. Res, 1999, v.41, p.458-464.

35.44. Smits P.C., Pasterkamp G., Quarles van Ufford M.A. et al. Coronary artery disease: arterial remodeling and clinical presentation // Heart,1999,V. 82,p. 461-464.

36.Kimura T., Kaburagi S., Tamura T. et al. Remodeling of human coronary arteries undergoing coronary angioplasty or atherectomy // Circ,1997, v. 96, p. 475-483.

37.Mintz G.S., Popma J.J., Hong M.K. et al. Intravascular ultrasound to discern device-specific effects and mechanisms of restenosis // Am. J. Cardiol,1996, v.78, p. 18-22.

38.Kakuta T., Currier J.W., Haudenschild C.C. et al. Differences in compensatory vessel enlargement, not intimal formation, account for restenosis after angioplasty in the hypercholesterolemic rabbit model // Circ,1994, v.89, p.2809-2815.

39.Post M.J., Borst C., Kuntz R.E. The relative importance of arterial remodeling compared with intimal hyperplasia in lumen renarrowing after balloon angioplasty: a study in the normal rabbit and the hypercholesterolemic Yucatan micropig // Circ,1994, v.89,p. 2816-1821.

40.Zalewski A., Shi Y. Vascular myofibroblasts: lessons from coronary repair and remodeling // Arterioscler. Thromb. Vase. Biol,1997, v.17, p. 417-422.

41.Janiszewski M., Pasqualucci C.A., Souza L.C. et al. Oxidized thiols markedly amplify the vascular response to balloon injury in rabbits through a redox active metal-dependent pathway // Cardiovasc. Res,1998, v.39, p. 327-338.

42.Ormiston J.A., Stewart F.M., Roche A.H. et al. Late regression of the dilated site after coronary angioplasty: a 5-year quantitative angiographic study // Circ, 1997, v.96, p. 468-474.

43.Cote G., Tardif J.C., Lesperance J. et al. Effects of probucol on vascular remodeling after coronary angioplasty // Circ, 1999, v.99, p. 30-35.

44.Fukumoto H., Naito Z., Asano G. et al. Immunohistochemical and morphometric evaluations of coronary atherosclerotic plaques associated with myocardial infarction and diabetes mellitus // J. Atheroscler // Thromb, 1998, v.5, p. 29-35.

45.Maresta A., Balducelli M., Cantini L. et al. Trapidil (triazolopyrimidine), a platelet-derived growth factor antagonist, reduces restenosis after percutaneous transluminal coronary angioplasty: results of the randomized, double-blind STARC study: Studio trapidil versus aspirin nellarestenosi C // Circ, 1994, v. 90, p.2710-2715.

46.Fuster V., Badimon J., Chesebro J.H. et al. Plaque rupture, thrombosis and therapeutic implications // Haemostasis,1996, v.26 (supl 4), p. 269-284.

47.Qiao J.H., Fishbein M.C. The severity of coronary atherosclerosis at sites of plaque rupture with occlusive thrombosis // J. Am. Coll. Cardiol,1991, v.17, p.1138-1142.

48.Kearney P., Erbel R., Ruprecht H.J. et al. Differences in the morphology of unstable and stable coronary lesions and their impact on the mechanisms of angioplasty: an in vivo study with intravascular ultrasound // Eur. Heart. J,1996, v.17, p. 721-730.

49.Carallo C., Irace C., Pujia A. et al. Evaluation of common carotid hemodynamic forces: relations with wall thickening // Hypertens,1999, v.34, p. 217-221.

50.Henry N.M., Kontense P.J., Spijkerman A.M. et al. Arterial stiffness increases with deteriorating glucose tolerance status. The Hoorn study. // Circ., 2003, v. 107, p. 2089-2095.

51.Niskanen L., Rauramaa R., Miettinen H. et al. Carotid artery intima-media thickness in elderly patients with NIDDM and in nondiabetic subjects // Stroke,1996, v. 27, p. 1986-1992.

52.Temelkova-Kurktschiev T.S., Koehler C., Leonhardt W. et al. Increased intimal-medial thickness in newly detected type 2 diabetes // Diabetes Care, 1999, v. 22, p. 333-338.

53.Wagenknecht L.E., Zaccaro D., Espeland M.A. et al. Diabetes and progression of carotid atherosclerosis: the insulin resistance atherosclerosis study // Arterioscler.Thromb.Vase.Biol, 2003,v.23,p.1035-1041.

54.Yamasaki Y., Kodama M., Nishizawa H. et al. Carotid intima-media thickness in Japanese type 2 diabetic subjects: predictors of progression and relationship with incident coronary heart disease // Diabetes. Care, 2000, v.23 (1310), p. 1315.

55.Terry J.G., Tang R., Espeland M.A. et al. Carotid structure in patients with documented coronary artery disease and disease-free control subjects // Circ,2003, v.107, p.1146-1151.

Xülasə

Müxtəlif patoloji hallar zamanı damarların remodelləşdirmə prinsipləri

Y.Z.Qurbanov, R.Ə.Rzayeva, M.R.Abbasova, N.V.Zeynalova

Arterial hipertenziya, şəkərli diabet, metabolik sindrom kimi patoloji şəraitdə qan damarlarının remodelləşməsinə həsr olunan dünya maştabında toplanmış müasir konsepsiya və onların nəticələri müzakirə olunur. Bundan əlavə şəkərli diabet xəstələrində insulinərezistentliyin və digər molekulyar dəyişikliklərin göstəriciləri ilə aterosklerozun proqressivləşməsi, aterosklerotik düyünlərin formalaşması arasında mümkün əlaqələrin olması müzakirə olunmuşdur.

Summary

The principes of vascular remodeling during pathology

Y.Z.Gurbanov, R.A.Rzayeva, M.R.Abbasova, N.V.Zeynalova

Modern concepts and results of over world experience concerning vascularremodeling during pathological conditions such as arterial hipertony, diabetes mellitus, metabolic syndrome were reviewed. Possible links with atherosclerosis progression, atheromas formation, insulinresistance among the patients with diabetes mellitusand other molecular issues were discussed.

Daxil olub: 14.09.2016

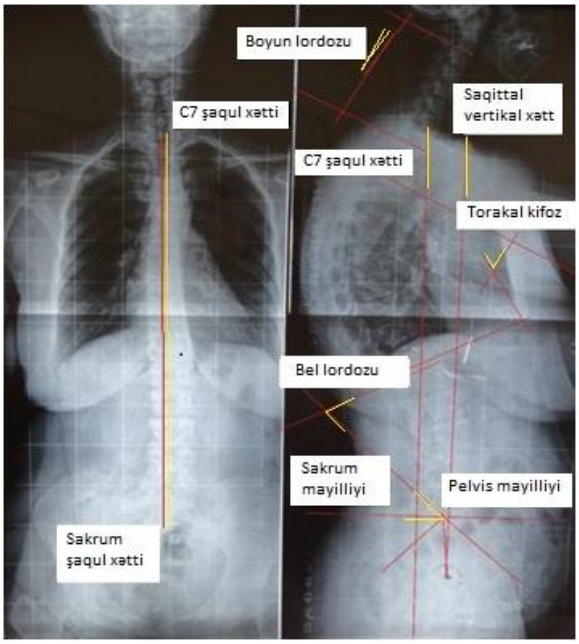
ONURĞA-ÇANAQ BİRLƏŞMƏSİNİN FİZİOLOGİYASI, KLİNİK ƏHƏMIYYƏTI VƏ ONA TƏSIR EDƏN AMİLLƏR

K.E.Eyvazov [1], R.R.Əliyev [2], F.E.Eyvazov [3]

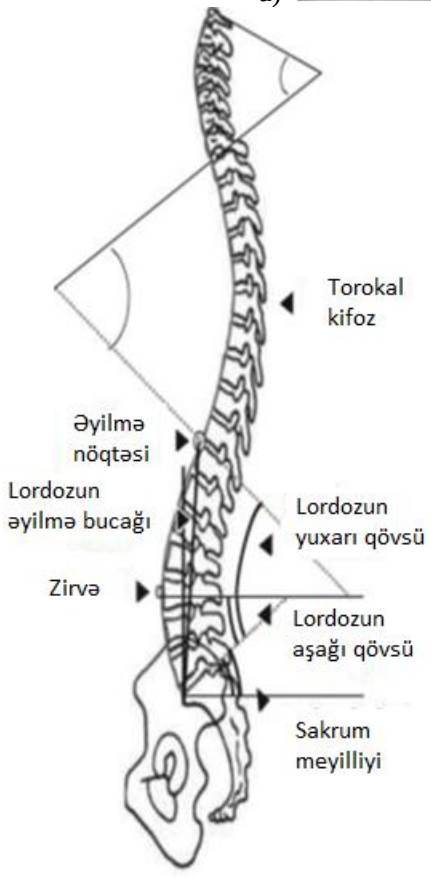
[1]Azərbaycan Elmi Tədqiqat Travmatologiya və Ortopediya İnstitutu, Ortopediya şöbəsi, Bakı;
[2]Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Sinir xəstəlikləri kafedrası, Bakı;
[3]Akad. M.Mirqasımov adına Respublika Klinik Xəstəxanası,
Anesteziologiya və reanimatologiya şöbəsi, Bakı

Açar sözlər: onurğa-çanaq birləşməsi, onurğanın saqittal forması, onurğa biomexanikası
Ключевые слова: крестцово-подвздошное сочленение, сагиттальный срез позвоночника, спинальная биомеханика
Keywords: spino-pelvic junction, sagittal spinal alignment, spinal biomechanics

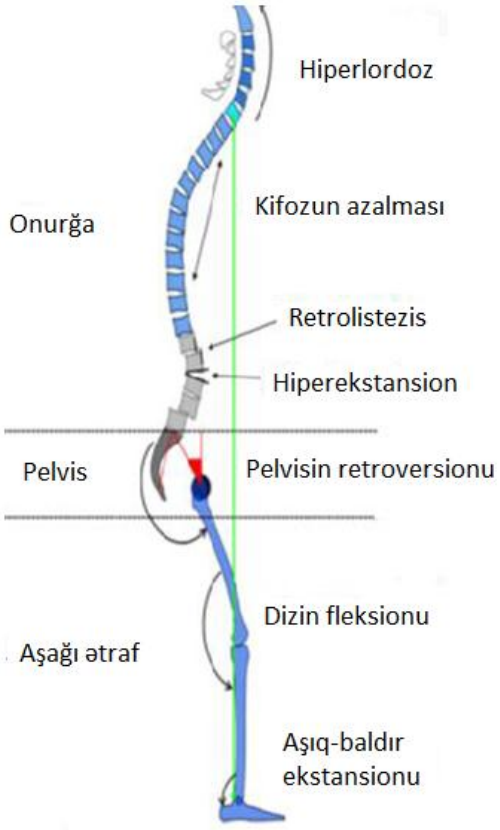
Onurğa sütunu dayaq hərəkət sisteminin və gövdənin əsasını təşkil edir. Onurğa sütununun koronal müstəvidə forması normalda düz şəkildə olur və koronal müstəvidə əyriliklərin olması patoloji hal olaraq qəbul edilir. Onurğanın koronal müstəvidəki əyrilikləri və onların təsnifatı, müalicəsi, nəticələri haqqında geniş məlumatlar vardır [1]. Onurğanın koronal müstəvidəki formasından fərqli olaraq saqittal müstəvidəki normal və patoloji formaları arasındakı sərhəd haqqında hər kəs tərəfindən qəbul edilən ortaq fikir yoxdur. Saqittal müstəvidə onurğanın T1-T12 səviyyələrində fizioloji kifoz, L1-S1 səviyyələrində fizioloji lordoz əyriliyi mövcuddur. Saqittal müstəvidə dəyərləndirilmə zamanı onurğa-çanaq birləşməsinin formasının ümumi onurğa formasına ciddi şəkildə təsir etdiyi bilinir [2,3].



a)



b)



c)

Şək.1. a) Onurğa sütununun radioloji dəyərləndirilməsi. b) Onurğa sütununun fizioloji seqmentasiyası. c) Onurğanın saqittal balans pozulmalarında ikincili dəyişikliklər.

Bipedal poza və şaquli vəziyyətdə durma onurğanın təsvirinə təsir edən əsas amillərdir. Yeni doğulmuşlarda onurğa sütununun forması ilə yaşlıların onurğa şəkli arsındakı fərq bununla izah edilir. Onurğanın saqittal müstəvisindəki əyrilikləri böyümə, ayaq üstə durma və yerimə ilə formalaşır, biomexanikası uyğunlaşır. Skelet sisteminin sümükləşməsinin tamamlanması ilə onurğanın spino-pelvik birləşməsi sabit son halını almış olur [4,5]. Onurğa-çanaq birləşməsi dəyərləndirilirkən *pelvic tilt* (çanaq sümüklərinin əyilməsi), *sacral slop* (sakrum sümüyü enişi) və *pelvic incidence* kimi radioloji parametrlər ölçülür. Pelvic tilt (PT) bucağı bud sümüyü başının mərkəzindən keçən şaquli xətt ilə bud sümüyü başının

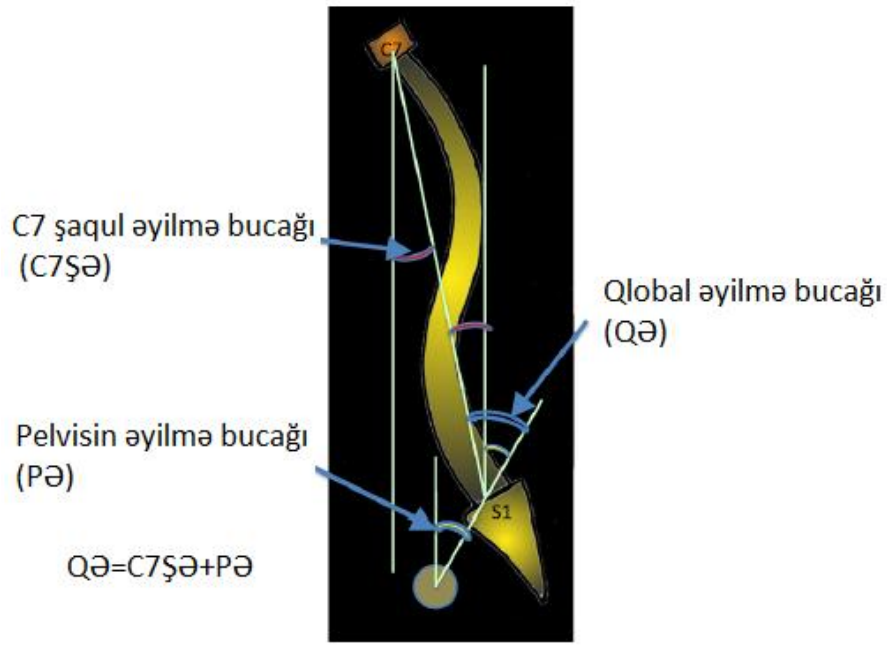
mərkəzləri ilə oma sümüyünün yuxarı səthinin mərkəzini birləşdirən xətt arasındakı bucağa deyilir. PT bucağı çanaq qurşağının saqittal müstəvidə önə və ya arxaya doğru əyirilik dərəcəsini göstərir. *Sacral slop* (SS) bucağı oma sümüyünün yuxarı disk səthi ilə üfüqi xətti birləşdirən xətt arasındakı bucağa deyilir. SS bucağı oma sümüyünün saqittal müstəvidə önə əyilmə dərəcəsini göstərir.

Pelvic incidence (Pİ) bucağı bud sümüyü başının mərkəzi ilə oma sümüyünün yuxarı disk səthinin mərkəzini birləşdirən xətt ilə oma sümüyünün yuxarı disk səthinə perpendikulyar xətt arasında qalan bucağa deyilir (Şək. 1).

Pİ çanağın quruluşu haqqında və çanağın fəzadakı vəziyyəti kimi konpensator mexanizmlərin mövcudluğu haqqında fikrə sahib olmağa kömək edir. Pİ dəyəri təxmini olaraq 35 və 85º arasında dəyişir. Statistik araşdırmalara görə orta Pİ dəyəri 51,9º olaraq qəbul edilmişdir [6]. Pİ bucağının dəyəri ikincili olaraq dəyişə bilər: Şauerman xəstəliyi olan xəstələrdə 35º-dən kiçik, spondilolistezis olan xəstələrdə isə 85º-dən böyük olur [7]. Çanağın anatomik ölçüləri və bud sümüyü başının anatomik pozası Pİ qiymətinə təsir edir [8]. Çanaq halqasının bud sümüyü başı ətrafında yer dəyişməsi Pİ dəyərinə təsir etməsə də PT dəyərini dəyişir. Çanağın önə doğru (*anteversion*) əyilməsi PT dəyərini azaldır, arxaya doğru (*retroversion*) əyilməsi PT dəyərini artırır. Çanağın PT dəyəri Pİ-dən fərqli olaraq çanağın SS dəyəri kimi poza ilə əlaqəli dəyişən radioloji dəyərdir. Çanağın sabit dəyəri olan Pİ dəyəri morfoloji dəyər, poza ilə əlaqədar dəyişən funksional PT və SS dəyərlərinin cəminə bərabərdir [9]. Mac-Thiong və həmkarlarının araşdırmalarına görə PT dəyərinin SS dəyərindən 50% az olduğu hallarda bu ideal dəyər olaraq qəbul edilir [3].

Onurğanın qlobal saqittal formasının dəyərləndirilməsi. Qlobal onurğa dəyərləndirməsində fərqli üsullar və istinad nöqtələri vardır. Başın pozasının da nəzərə alınması üçün xarici qulaq keçəcəyinin arxa-yuxarı nöqtəsi istinad nöqtəsi olaraq götürülür [10,11]. Duval-Beaupe're və həmkarları Th 9 fəqərə cisminin əyriliyini göstərici olaraq qəbul etməyi tövsiyə edirlər. Qlobal onurğa dəyərləndirməsində istifadə olunan digər metod isə C7 boyun fəqərəsi cisminin mərkəzindən endirilən şaquli xəttə görə dəyərləndirmə metodudur. Bu dəyərləndirmə zamanı şaquli xətt S1 fəqərə cisminin arxa yuxarı kənarının ön tərəfindən keçirsə onurğa balansı "müsbət" balans, şaquli xətt qeyd edilən nöqtənin arxasından keçirsə "neqativ" balans olaraq qəbul edilir [2,12,13]. Kuntz və həmkarlarının araşdırmasına görə C7 fəqərə cisminin mərkəzindən endirilən şaquli xətt onurğanın qlobal əyriliyinin dəyərləndirilməsində etibarlı, dəqiq və klinik əhəmiyyətli xətt olduğu görülmüşdür [14]. Onurğa sıralaması dəyərləndirilməsində son zamanlarda müəyyənləşdirilən və etibarlı bir parametr olduğu göstərilən digər radioloji parametr isə qlobal əyilmə bucağı (QƏ) dəyəridir. Onurğanın QƏ dəyəri C7 fəqərə cismindən endirilən şaquli xətt ilə bu nöqtəni S1 fəqərə cisminin yuxarı oynaq səthinin mərkəzi ilə birləşdirən xətt arasında qalan bucağa deyilir. Dəyərləndirmə zamanı QƏ-in insan bədəninin fəzadakı poza dəyişməsindən sonra digər dəyərlərə görə daha az dəyişdiyi, nisbi sabit bucaq olduğu görülmüşdür [11] (Şək. 2). Onurğanın qlobal saqittal dəyərləndirilməsində müasir texnologiyaların tətbiqi dəyərləndirmənin daha düzgün aparılmasına imkan verir. Üçölçülü hərəkət analizi sisteminin köməyi ilə aparılan dəyərləndirmə statik vəziyyətdə istifadə olunan radioloji dəyərləndirmədən fərqli olaraq dinamik halda onurğanın funksional şəklinin dəyərləndirilməsinə imkan verir [10].

Onurğanın qlobal saqittal müstəvidəki dəyişiklikləri. Onurğanın bir və ya bir neçə seqmentindəki patalogiyaları, çanaq və aşağı ətrafdakı anadangəlmə və qazanılmış deformasiyaları, onurğadakı degenerativ dəyişiklikləri, bədən çəkisi onurğanın qlobal sıralanmasına ciddi şəkildə təsir edir [15-18]. Yaşlı insanlarda görülən onurğanın əhəmiyyətli dərəcəli degenerativ stenozlarında onurğanın döş və bel bölgəsində bəzi konpensator dəyişikliklər olur. Bu dəyişikliklər onurğa kanalının diametrinin artırılması və sinir elementlərinə olan təziqin azaldılmasına xidmət edir [19-21]. Ankilozlaşdırıcı spondilit və onurğanın döş-bel şöbəsinin sınıqları olan xəstələrin qlobal onurğa və onurğa-çanaq birləşməsinin dəyərləndirilməsi sırasında bu xəstələrin onurğasında bənzər onurğa dəyişikliyi olduğu görülmüşdür [22]. Onurğanın bir seqmentindəki dəyişikliklərlə əlaqəli kompensator mezanizmlər vasitəsi ilə onurğanın digər şöbələrində normal fizioloji bucaqlarda dəyişmələr olur və onurğa balanslaşmış bir struktur halına gəlmiş olur [23]. Degenerativ spondilolistezi olan onurğada sıralama dəyişikliyi olduğu məlumdur. Bir və bir neçə səviyyədə listezisi olan xəstələrin onurğanın sıralama dəyişiklərinin araşdırıldığı digər bir tədqiqatda bir neçə səviyyədə listezisi olan xəstələrdə yüksək Pİ və PT olduğu, L4-S1 səviyyələrindəki bel lordozu dərəcəsində azalma olduğu görülmüşdür. Tədqiqatın digər nəticəsinə görə bir neçə səviyyədə listezisi olan xəstələrin daha çox cərrahi müalicəyə ehtiyacı olduğu və onurğa sıralamasındakı patologiyalar aradan qalxdıqdan sonra klinik dəyərlərin yaxşılaşdığı görülmüşdür [24].



Şək. 2. Qlobal onurğa balansının dəyərləndirilməsində istifadə olunan radioloji qlobal əyilmə bucağı [7].

Pİ-nin bel lordozuna təsiri. Onurğanın bel şöbəsinin funksional şəkli və oma sümüyünün horizontal müstəvidəki yerləşməsi haqqında ilk dəfə Stagnara və həmkarlarının etdikləri araşdırmada bəhs edilmişdir [25]. SS dəyərində olan artma bel bölgəsində lordoz dərəcəsinin artmasına, SS dəyərində olan azalma bel lordozu dərəcəsinin azalmasına səbəb olur. Son zamanlarda aparılan bir çox araşdırmalar bel lordozu və SS arasında təsadüfi olmayan, statistik baxımdan əhəmiyyət kəsb edən əlaqə olduğu fikri ortaya qoyulmuşdur [26,27]. Aparılan digər araşdırmada isə bel lordozunun tək bir qövs olaraq deyil yuxarı və aşağı bel lordozu qövsü olaraq dəyərləndirilməsinin daha doğru olduğunu göstərmişdir. Yuxarı və aşağı bel lordozu qövsünə ayrılması onurğanın bel hissəsinin daha asan anlaşılmasına və cərrahi müalicə zamanı səviyyənin seçilməsində köməkçi olduğu müşahidə edilmişdir [27]. Yuxarı bel lordozu qövsünün dərəcəsi onurğanın aşağı döş hissəsinin kifozundan asılı olaraq deyişir. Degenerativ onurğada döş şöbəsindəki kifozun artması yuxarı bel lordozu qövsünün dərəcəsində artmaya səbəb olur. Aşağı bel lordozu qövsünün dərəcəsi sakral əyilmə ilə bir başa əlaqəli olub asimptomatik insanlarda sakral əyilmə dərəcəsinə bağlı olaraq onurğanın dörd tipi müəyyən edilmişdir:

-Tip1 əyrilikdə SS dərəcəsi 35º-dən kiçik olur, bu tipdə qısa və zirvəsi L5 səviyyəsində olan artmış bel lordozu görülür. Bu tipdə onurğanın ümumi balansına harmonik olmayan bel, kifotik torokolyubar bölgələri xarakterikdir.

-Tip 2 əyrilikdə SS dərəcəsi 35-45º arasında olur, bu tipdə uzun, amma yastı bel lordozu olur. Bu tipdə onurğanın umumi balansı harmonik şəkildə olur.

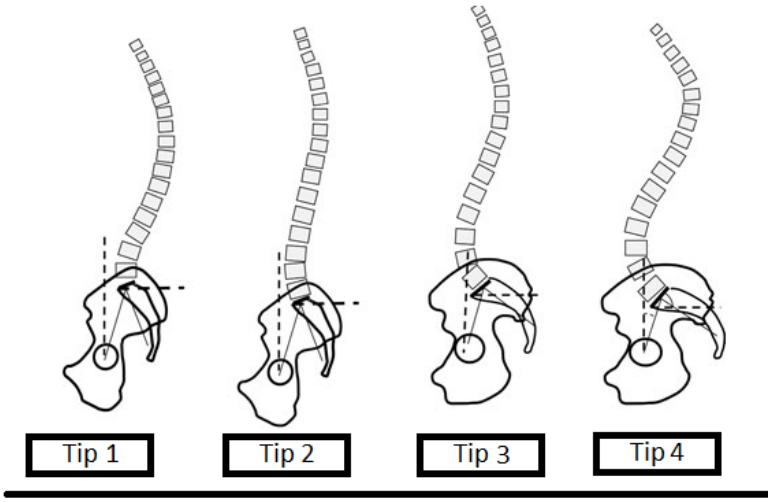
-Tip 3 əyrilikdə SS dərəcəsi 45º-dən çox olur, onurğanın bel hissəsində yuxarı və aşağı əyrilikləri bir-birinə uyğundur. Onurğanın ümumi sıralaması harmonik şəkildə olur.

-Tip 4 əyriliklərdə onurğanın SS dərəcəsi artmış və bel bölgəsinin aşağı əyriliyində əyilmə dərəcəsi və əyriliyə daxil olan fərqərə sayında artma müşahidə olunur [8]. Onurğanın Pİ və SS dərəcələri arasında əlaqə olduğundan tip 1 və tip 2 onurğa tiplərində aşağı dərəcəli Pİ, tip 3 və tip 4 onurğa tiplərində yuxarı dərəcəli Pİ müşahidə edilir (Şək. 3).

Onurğa-çanaq birləşməsinin klinik əhəmiyyəti

Onurğa-çanaq birləşməsinin dəyərləndirməsinin bir çox klinik əhəmiyyəti vardır. Bu bölgədəki patalogiya yuxarı seqmentlərdə və qlobal balansda pozulmalara səbəb olduğundan gündəlik praktika zamanı bu göstəricilərin dəyərləndirilməsi zərurət yaranır.

Onurğanın sakral əyilməsindəki azalma zamanı bədən ağırlığının onurğanın ön sütununa ötürüldüyü, disklərin daha çox ağırlığa məruz qaldığı görülmüşdür. Tam əksi olaraq sakral əyilmədəki yüksəlmə zamanı bel əyriliyi artırmaqla bərabər ağırlığın onurğanın arxa sütununa, faset oynaqlara ötürüldüyü görülmüşdür. Uyğun olaraq sakral əyilmə dəyişmələri olan şəxslərdə müvafiq olaraq disk və faset oynaq patologiyaları görülür [28].



Şək. 3 Onurğanın SS dərəcələrinə görə tiplərə ayrılması

Onurğa deformasiyalarının cərrahi müalicəsi zamanı onurğa-çanaq birləşməsi parametrlərinin normal göstəricilərə uyğun şəkildə korreksiyasının klinik nəticələri yaxşılaşdırdığı göstərilmişdir. Deformasiyalarda cərrahiyyə zamanı qeyd edilən sıralamanın düzəldildiyi halda ağırlığın paylanılmasını adekvat şəkildə etdiyi üçün enerji sərfiyyatı azalır və əzələ yüklənməsi azalmış olur. Bütün bunlar ağrı və yorğunluğu azaldaraq klinik nəticələri yaxşılaşdırır, xəstə məmnuniyyətinin artmasına səbəb olur [29-33].

Onurğa-çanaq birləşməsindəki sıralanma pozulmaları bud-çanaq oynağı, diz oynağı kimi qonşu oynaqların funksialarına da təsir edir. Bu oynaqlarda bədən müvazinətini tarazlamaq üçün bəzi deyişikliklər olur. Belə ki, bud-çanaq oynağında hiperekstenziya və diz oynağında fleksion kontraktura əmələ gəlir. Xüsusilə bu oynaqların degenerativ artrit səbəbi ilə endoprotezləşdirmə əməliyyatı planlaşdırılan zaman implant yerləşdirmə xətası baxımından qonşu seqmentlərin qiymətləndirilməsi gərəklidir [12,16,18,34-36].

ƏDƏBİYYAT

1.Wajchenberg M., Astur N., Kanas M., Martins D.E. (2016) Adolescent idiopathic scoliosis: current concepts on neurological and muscular etiologies // Scoliosis Spinal Disord, 2016,v. 11, p.4.

2.Gelb D.E., Lenke L.G., Bridwell K.H.et al. An analysis of sagittal spinal alignment in 100 asymptomatic middle and older aged volunteers // Spine, 1995, v.20 (12), p.1351-1358.

3.Mac-Thiong J.M., Roussouly P., Berthonnaud E.,Guigui P. Sagittal parameters of global spinal balance: normative values from a prospective cohort of seven hundred nine Caucasian asymptomatic adults //Spine, 2010, v.35 (22), p.E1193-1198.

4.Gutman G., Labelle H., Barchi S. et al. Normal sagittal parameters of global spinal balance in children and adolescents: a prospective study of 646 asymptomatic subjects // Eur Spine J., 2016

5.Mac-Thiong J.M., Labelle H., Roussouly P. Pediatric sagittal alignment // Eur Spine J., 2011, v.20 Suppl 5, p.586-590.

6.Roussouly P., Gollogly S., Berthonnaud E., Dimnet J. Classification of the normal variation in the sagittal alignment of the human lumbar spine and pelvis in the standing position // Spine, 2005, v.30 (3), p.346-353.

7.Labelle H., Roussouly P., Berthonnaud E. et al. Spondylolisthesis, pelvic incidence, and spinopelvic balance: a correlation study // Spine, 2004, v.29 (18), p.2049-2054.

8.Roussouly P., Pinheiro-Franco J.L. Biomechanical analysis of the spino-pelvic organization and adaptation in pathology // Eur Spine J., 2011, v. 20 Suppl 5, p.609-618.

9.Roussouly P., Berthonnaud E., Dimnet J. Geometrical and mechanical analysis of lumbar lordosis in an asymptomatic population: proposed classification // Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot, 2003, v.89 (7), p.632-639.

10.Shiba Y., Taneichi H., Inami S. Dynamic global sagittal alignment evaluated by three-dimensional gait analysis in patients with degenerative lumbar kyphoscoliosis // Eur Spine J, 2016, v.25 (8), p.2572-2579.

11.Obeid I., Boissiere L., Yilgor C. Global tilt: a single parameter incorporating spinal and pelvic sagittal parameters and least affected by patient positioning // Eur Spine J. 2016,

12.Van Royen B.J., Toussaint H.M., Kingma I. Accuracy of the sagittal vertical axis in a standing lateral radiograph as a measurement of balance in spinal deformities // Eur Spine J, 1998, v.7 (5), p.408-412.

13.Vedantam R., Lenke L.G., Bridwell K.H. The effect of variation in arm position on sagittal spinal alignment // Spine, 2000, v.25 (17), p.2204-2209.

14.Kuntz C.T., Levin L.S., Ondra S.L. et al. Neutral upright sagittal spinal alignment from the occiput to the pelvis in asymptomatic adults: a review and resynthesis of the literature // J Neurosurg Spine, 2007, v.6 (2), p.104-112.

15.Aksahin E., Aktekin C.N., Kocadal O. Sagittal plane tilting deformity of the patellofemoral joint: a new concept in patients with chondromalacia patella. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2016,

16.Wang W.J., Liu F., Zhu Y.W. , Sagittal alignment of the spine-pelvis-lower extremity axis in patients with severe knee osteoarthritis: A radiographic study // Bone Joint Res, 2016, v.5 (5), p.198-205.

17.Eyvazov K., Eyvazov B., Basar S. et al. Effects of total hip arthroplasty on spinal sagittal alignment and static balance: a prospective study on 28 patients // Eur Spine J. 2016

18.Hasegawa K., Okamoto M,. Hatsushikano S. et. al Normative values of spino-pelvic sagittal alignment, balance, age, and health-related quality of life in a cohort of healthy adult subjects // Eur Spine J., 2016

19.Buckland A.J., Vira S., Oren J.H. When is compensation for lumbar spinal stenosis a clinical sagittal plane deformity? // Spine J, 2016, v.16 (8), p.971-981.

20.Neuman B.J., Baldus C., Zebala L.P. Patient Factors That Influence Decision Making: Randomization Versus Observational Nonoperative Versus Observational Operative Treatment for Adult Symptomatic Lumbar Scoliosis // Spine, 2016, v.41 (6), p.E349-358.

21.Fu K.M., Rhagavan P., Shaffrey C.I. et al. Prevalence, severity, and impact of foraminal and canal stenosis among adults with degenerative scoliosis // Neurosurgery, 2011, v.69 (6), p.1181-1187.

22.Pan T, Qian B.P, Qiu Y. Comparison of Sagittal Spinopelvic Alignment in Patients With Ankylosing Spondylitis and Thoracolumbar Fracture // Medicine, 2016, v. 95 (4), p.e2585.

23.Pan A., Hai Y., Yang J. Adjacent segment degeneration after lumbar spinal fusion compared with motion-preservation procedures: a meta-analysis // Eur Spine J. 2016

24.Ferrero E., Simon A.L., Magrino B. et al. Double-level degenerative spondylolisthesis: what is different in the sagittal plane? // Eur Spine J, 2016, v.25 (8), p.2546-2552.

25.Stagnara P., De Mauroy J.C., Dran G. Reciprocal angulation of vertebral bodies in a sagittal plane: approach to references for the evaluation of kyphosis and lordosis // Spine, 1982, v.7 (4), p.335-342.

26.Barrey C., Roussouly P., Le Huec J.C. et al. Compensatory mechanisms contributing to keep the sagittal balance of the spine // Eur Spine J, 2013,v.22 Suppl 6, p.834-841.

27.Jang J.S., Lee S.H., Min J.H., Maeng D.H. Changes in sagittal alignment after restoration of lower lumbar lordosis in patients with degenerative flat back syndrome //J Neurosurg Spine, 2007, v. 7, p.387-392.

28.Oh Y.M., Eun J.P. Clinical Impact of Sagittal Spinopelvic Parameters on Disc Degeneration in Young Adults // Medicine, 2015, v.94 (42).

29.Diebo B.G., Henry J., Lafage V., Berjano P. Sagittal deformities of the spine: factors influencing the outcomes and complications // Eur Spine J, 2015, v.24 Suppl 1, S3-15.

30.Ames C.P., Smith J.S., Scheer J.K. Impact of spinopelvic alignment on decision making in deformity surgery in adults // J Neurosurg Spine, 2012, v.16 (6), p.547-564.

31.Smith J.S., Shaffrey C.I., Berven S. et al. Improvement of back pain with operative and nonoperative treatment in adults with scoliosis // Neurosurgery, 2009, v.65 (1), p.86-93

32.Smith J.S., Shaffrey C.I., Glassman S.D. et al. Risk-benefit assessment of surgery for adult scoliosis: an analysis based on patient age // Spine, 2011, v. 36 (10), p.817-824.

33.Klineberg E., Schwab F., Smith J.S. Sagittal spinal pelvic alignment // Neurosurg Clin N Am, 2013, v.24 (2), p.157-162.

34.Raphael I.J., Rasouli M.R., Kepler C.K. et al. Pelvic Incidence in Patients with Hip Osteoarthritis // Arch Bone Jt Surg, 2016, v.4 (2), p,132-136.

35.Lee S.M., Yoon M.G., Moon M.S. Effect of correction of the contractured flexed osteoarthritic knee on the sagittal alignment by total replacement // Asian Spine J, 2013, v.7 (3), p.204-211.

36.Barrey C., Roussouly P., Perrin G., Le Huec J.C. Sagittal balance disorders in severe degenerative spine. Can we identify the compensatory mechanisms? // Eur Spine J, 2011, v.20 (Suppl 5), p.626-633.

Резюме

Физиология, клиничекая значимость позвоночно-тазового сочленения и факторы влияющие на него

К.Э.Эйвазов, Р.Р.Алиев Ф.Э.Эйвазов

Оценка состояния позвоночно-тазового сочленения является необходимым вопросом при хирургическом лечении деформаций позвоночника и патологий тазобедренного и коленного суставов. Правельное лечение нарушений функциональной анатомии этого сочленения улучшает клинические результаты. Этот вопрос является незаменимым при реконструктивных хирургических вмешательствах, исход которых влияет на биомеханику позвоночника и нижнех конечностей. Последние исследования тоже поддерживают важность позвоночно-тазового сочленения. Обзор литературы о функциональной анатомии, физиологии и клинической значимости позвоночно-тазового сочленения может изменить подход хирургов при этих патологиях и помочь им в ходе ежедневной практики

Summary

The spinopelvic junction physiology, clinical significance and the factors that affected it

K.E. Eyvazov, R.R. Aliyev, F.E.Eyvazov

The spinopelvic junction assessment is a necessary issue during treatment of spinal deformities, hip and knee pathologies. The fixing of this junction anatomy disability improves clinical results. This issue is indispensable while spinal and low extremity deformity reconstructive surgery. The latest researches support spinopelvic junction importance. The literature review about the functional anatomy, physiology and clinical significance of spine-pelvis junction may change surgeons' point of view about these pathologies and help them during daily practice.

Daxil olub: 18.10.2016

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Н.А.Меликкасумова

Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева

***Açar sözlər**:* uşaqlıq boynu ektopiyası, diaqnostika, müalicə
Ключевые слова: эктопия шейки матки, диагностика, лечение
Key words: cervical ectopia, diagnosis, treatment

Эктопия (эндоцервикоз, псевдоэрозия, эрозия) является одним из распространенных гинекологических заболеваний и, по одним данным она встречается у 10-15% пациенток, обратившихся к врачу, по другим- отмечается у 38,8% женщин репродуктивного возраста [1]. В том случае, если у женщин имеются различные гинекологические заболевания, эктопия может быть у 49,2%, среди нерожавших женщин в возрасте до 25 лет- у 52,2-90%, у девушек до 18 лет эта патология встречается у 12,3% и у женщин от 18 до 35 лет- в 69,3% случаев. Максимальная частота ЭШМ, достигающая 50% и более, регистрируется у нерожавших женщин в возрасте до 25 лет [2].

Ряд авторов [3-5] столь высокую частоту заболеваний шейки матки у девушек подросткового периода и юных женщин связывает с фактом биологической незрелости шейки матки, коротким временным периодом между менархе и началом активной ранней половой жизни, большим числом половых партнеров. Эти параметры являются факторами риска, приводящими к развитию цервикальной интраэпителиальной неоплазии.

Как известно, эктопия является патологическим процессом, протекающим на влагалищной части шейки матки. В начальной стадии она характеризуется дистрофией и слущиванием плоского многослойного эпителия (изъязвления, эрозия) с последующим развитием цилиндрического эпителия на эрозированной поверхности [6]. Часто эктопия обнаруживается у женщин при диспансеризации.

Возникновение и развитие ЭШМ как заболевания представляет собой сложный процесс, причем недостаточно изученный. Результаты научных исследований, приводимых в литературе, свидетельствуют о полиэтиологичной природе данного состояния. При исследовании источников выявлено,

что у авторов нет единого мнения на патогенез ЭШМ. Этиология и патогенез эрозий обсуждаются уже довольно длительное время, однако этиопатогенез данной патологии до конца не выяснен.

Существует мнение, что ЭШМ у женщин репродуктивного возраста в ряде случаев является нормальным физиологическим состоянием организма, в других- свидетельствует о возникновении патологического процесса [7]. Часто рецидивируя, эта патология шейки матки, при определенных неблагоприятных условиях негативно воздействует на репродуктивную, менструальную функцию женщин и благоприятствует возникновению рака в органе – от 3,6% до 9,0% случаев [8].

К основным причинам, вызывающими ЭШМ, относят: раннее начало половой жизни, частую смену половых партнеров, травму шейки матки при абортах или родах, воспалительные патологии цервикального канала и влагалища, наличие ВПЧ, особенно 16 и 18 серотипов, вируса герпеса, особенно ВПГ-2, гормональное расстройство менструального цикла, расстройство баланса гормонов в организме, пониженный иммунитет, не способный противостоять процессам физиологической регенерации тканей или развитию опухолевого процесса [9].

Известно, что секреторному эпителию не присуща защитная функция, что возможно и объясняет то, что эктопия шейки матки играет роль так называемых "входных ворот" для инфекций, которые передаются половым путем (ИППП), таких как хламидии, гонококки, вирус простого герпеса [10].

Многие авторы считают, что лечение эктопии должно проводиться для профилактики восходящих воспалительных заболеваний матки и придатков, нарушений репродуктивной функции женщин и развития предраковых процессов и рака шейки матки. Поэтому учитывая тот факт, что ЭШМ является риском для вируса папилломы и других вирусов гениталий, лечение подбирается комплексное, но обязательным компонентом лечения выступает коагуляция эрозии [11].

Цели лечения при ЭШМ: ликвидация сопутствующего воспаления; коррекция гормональных и иммунных нарушений; коррекция микробиоценоза влагалища; деструкция патологически изменённой ткани шейки матки [12-15]. Выбор метода лечения ЭШМ основывается на величине и структуре поражения, тяжести протекания заболевания, развития сопутствующих болезней.

Обычно все методы лечения патологии ШМ делят на консервативные и хирургические. В свою очередь консервативные методы лечения делят на фармакотерапевтические и немедикаментозные (физиотерапевтические и нетрадиционные) [16].

Медикаментозное лечение ЭШМ включает местное применение противовоспалительных средств, а также средств, влияющих на причину появления ЭШМ и способствующих восстановлению поврежденных тканей. Если причиной ЭШМ являются инфекционные заболевания влагалища (хламидиоз, микоплазмоз, трихомониаз и др.), то эффект лечения имеет место только после устранения этих заболеваний. С целью ускорения восстановления поврежденных клеток назначают различные препараты в виде вагинальных свечей, мазей, растворов и т.д. Представителем этого ряда препаратов является депантол, оказывающий противомикробное действие, а также способствующий восстановлению поврежденных клеток слизистой оболочки шейки матки. Депантол выпускается в виде вагинальных свечей, которые рекомендуется вводить во влагалище 2 раза в день в течение 7-10 дней [17].

У молодых нерожавших женщин с эктопией в комплексном лечении была оценена эффективность препарата редецил, в состав которого входит 0,5% ретинол пальмитат и 3% метилурацил. В группе женщин, которым в схему лечения был введен редецил, эпителизация раневого дефекта завершилась на 15,06±0,5 сутки, а в группе без этого препарата заживление было на 26,3±0,4 сутки. Авторы считают, что комплексный метод лечения (электрорадиоволновая хирургия и редецил) ЭШМ, ассоциированной с ВПЧ высокоонкогенного риска, у молодых нерожавших женщин вызывает раннюю эпителизацию и клинически эффективен [18].

Определено, что лечение ЭШМ должно начинаться с ликвидации сопутствующего воспалительного процесса шейки матки и влагалища, нарушений менструального цикла. Затем производят удаление патологически измененной ткани путем коагуляции, лазеркоагуляции. По результатам ряда исследований, применение препарата генферон в сочетании с деструктивными методами позволяет значительно ускорить процесс заживления и избежать осложнений [19].

У больных с ЭШМ была изучена эффективность индуктора эндогенного интерферона арбидола, относящегося к группе противовирусных препаратов, обладающих иммуномодулирующим действием. Препарат назначался per os в дозовом режиме 0,2 г 4 раза в сутки в течение первой недели и в дальнейшем 1 раз в неделю на протяжении 3 недель. Уже на второй неделе после окончания курса лечения была отмечена полная эпителизация пораженных участков у каждой третьей пациентки,

через 1 месяц – более 80%; полное выздоровление было констатировано и клинически подтверждено у 32 пациенток (96,9%). Проводя контрольные обследования, цитологически было подтверждено отсутствие нарушений процессов дифференцировки, созревания и пролиферации клеток. Таким образом, арбидол показал достаточно высокую эффективность комбинированного применения за счет достоверного снижения клинических проявлений, улучшения морфологического состояния эпителия и, что немаловажно, отсутствие рецидивов на протяжении 6-12 месяцев [20].

По поводу методов лечения ЭШМ в настоящее время единого мнения среди специалистов нет. Поэтому используют несколько методов лечения. Немедикаментозное лечение ШМ включает ряд методов, которые оказывают действия на поврежденную слизистую оболочку шейки матки с помощью жидкого азота (криодеструкция), с помощью лазера, электрического тока (прижигание) и др. [17].

По показаниям для проведения химической коагуляции используют препарат «Солковагин», в составе которого содержится смесь органических кислот, избирательно коагулирующих цилиндрический эпителий. Лечение солковагином может носить самостоятельный характер, или применяться после ранее выполненной коагуляции. Отмечается нецелесообразность применения препарата при значительных поражениях, крупных нарушениях биоархитектоники шейки матки, воспалительных изменениях, сопутствующей дисплазии [13].

Криодеструкция ЭШМ (заморозка)- это метод лечения ЭШМ с помощью жидких газов: азот, закись азота, углекислый газ, которые имеют очень низкую температуру и, не затрагивая здоровые клетки, способствуют замораживанию поврежденных клеток и последующему их отмиранию. Согласно данным литературы, эффективность деструктивной криотерапии достигает 80-90% [21]. Вместе с тем отмечаются и недостатки метода. Так, оказываемое воздействие не глубокое, невозможно ограничить удаление очага с минимальной травматизацией расположенных рядом тканей, для достижения полного эффекта необходимо проведение повторных процедур, лимфоррея. Кроме этого, при проведении криодеструкции шейка матки может укоротиться, причем с большой вероятностью, а также может произойти смещение многослойного с плоского эпителия в цервикальный канал (положительный результат при эктропионе шейки матки). Ряд авторов, изучив отдаленные результаты у 13% женщин, выявили посткоагуляционные изменения [22].

Согласно результатам различных исследований, эффективность лечения криодеструкцией колеблется в пределах от 74,3% до 94-98% [23]. У большинства больных с псевдоэрозией шейки матки криохирургический метод эффективен. В то же время, отдельные наблюдения указывают на возникновение рака шейки матки через 3 года после криовоздействия [24]. Это свидетельствует о целесообразности длительного кольпоскопического и цитологического наблюдения после криодеструкции.

Лазерокоагуляция (прижигание лазером)- это также облегчающий метод лечения, осуществляемый с помощью лазера. В ткани лазер проникает на определенную глубину и поэтому риск повреждения соседних с эрозией здоровых клеток минимален. После лечения ЭШМ лазером рубцов и деформации (изменения формы) шейки матки не остается. Низкочастотное лазерное излучение, для которого характерна высокая проницаемость в ткани, обладает противовоспалительным, обезболивающим, противоотечным, бактерицидным действием [25]. Однако, являясь сильным стимулятором восстановительных процессов, лазерное излучение может быть фактором риска возникновения канцерогенных процессов. Кроме этого по данным ряда авторов, монохроматическое воздействие лазера имеет низкий терапевтический эффект. Некоторые авторы отмечают, что через 3 месяца лечения CO_2-лазером полный эффект наблюдался у 35 (80%) пациенток: у 10- с ретенционными кистами, у 21- с ЭШМ в сочетании с различными видами атипического эпителия, у 1- с эндометриозом шейки матки, у 3-с лейкоплакией. Частичный эффект отмечен авторами у 9 (20%) пациенток (с цервикальной интраэпителиальной неоплазией I-II степени тяжести и лейкоплакией на фоне 16 и 18 типов ВПЧ, ретенционными кистами и эндометриоидными гетеротопиями) [26].

Диатермокоагуляция (термическое прижигание)- это эффективный метод с помощью электрического тока. После прижигания ЭШМ поврежденные клетки отмирают и замещаются небольшим рубцом [27].

Согласно данным литературы, эффективность электролечения составляет 55%, а криотерапии – 65% [28]. Однако эти методы имеют ряд существенных недостатков: неконтролируемая глубина деструкции, длительный отек тканей, рубцовые деформации шейки, частое рецидивирование [8].

Для лечения больных с фоновыми заболеваниями во всем мире широко применялась диатермокоагуляция (ДЭК). Она помогла оздоровить многих женщин. Однако, данными ряда ученых было

еще раз доказано, что ДЭК излечивает только патологические процессы, протекающие в поверхностных слоях многослойного плоского эпителия [29, 30]. Поэтому провести полноценный гистологический контроль не представляется возможным, что приводит к несвоевременному распознанию преинвазивного и микроинвазивного рака шейки матки. По данным Белорусского НИИ онкологии и медицинской радиологии [31], выявлено, что у 7-7,6% больных раком шейки матки ранее производилась электрокоагуляция. Согласно данным Е.Е.Вишневской и соавт. (2002), среди больных с инвазивным раком шейки матки у 8% ранее производилась ДЭК, будто по поводу псевдоэрозии шейки матки, причем 40% из них ДЭК получали менее чем за год до клинического проявления рака. Цитологическое исследование, кольпоскопия и прицельная биопсия, как правило, не применялись.

На основании развития научно-технического прогресса в клиническую практику были внедрены новейшие технические средства, среди которых радиоволновая аппаратура.

Радиоволновое лечение ЭШМ- это относительно новый метод, принцип которого состоит в воздействии радиоволной на поврежденные ткани. Для радиоволнового лечения ЭШМ наиболее распространенным аппаратом является аппарат Сургитрон. Положительными сторонами радиоволновой терапии являются отсутствие болевых ощущений после процедуры, а также быстрые сроки восстановления поврежденных клеток шейки матки. При этом методе частота ранения материала составляет не более 3,89% [32, 33].

На практике в физиотерапии применяют ультразвуковые колебания. Как правило, для терапии используют ультразвук интенсивностью не выше 1 Вт/см^2. На протяжении всего времени воздействия поток ультразвуковых волн генерируется в непрерывном режиме. Импульсный режим предполагает использование ультразвуковых импульсов с частотой 50 Гц и длительностью 2, 4 и 10 мс [34].

В совокупности ответные реакции организма на воздействие ультразвука состоят как из местных тканевых изменений, включающих активацию ферментативных и трофических процессов, микроциркуляцию, стимуляцию регенерации и др., так и сложные нейрогуморальные реакции. Наблюдается активность адаптивных и защитных механизмов, рост неспецифической резистентности организма, стимуляция восстановительных и компенсационных механизмов.

Принцип фотодинамической терапии (ФДТ) заключается в избирательном распаде клеток, подвергшихся пролиферации, из-за фотохимического влияния при взаимодействии накапливающегося в них фотосенсибилизатора (ФС) и активирующего его света определенной длины волны. Молекула ФС, в результате поглощения света определенной длины волны, из основного состояния переходит в короткоживущее однокомпонентное возбужденное состояние. После этого наблюдается или возврат в основное состояние, сопровождающийся излучением кванта света − флюоресценцией, или образуется триплетное возбужденное состояние, т.е. когда электрон меняет направление спина, и запускаются фотохимические реакции, лежащие в основе фотодинамического воздействия [35].

Физические факторы, не будучи радикальным средством лечения, тем не менее в комплексном лечении псевдоэрозии играют не последнюю роль [36]. Вот уже несколько десятилетий используются такие физические факторы, как лечебные грязи, в основном в виде вагинальных тампонов; минеральные воды – в виде влагалищных орошений; лекарственный электрофорез, УФ и КУФ лучи, электрополе УВЧ, микроволны различного диапазона, причем с применением внутриполостных проводников энергии, т.е. разнообразные натуральные и переформированные физические факторы. Последние, как известно, это искусственно созданные, но схожие по механизму действия с факторами естественной внешней среды [12,37]. При этом отмечают, что в случае если псевдоэрозия вызвана эктропионом, позитивный результат практически получить невозможно.

Таким образом, в арсенале современного врача имеются различные лечебные методы патологии шейки матки.

В настоящее время существует уникальная методика консервативного лечения ЭШМ у молодых нерожавших женщин, которая заключается в терапии ЭШМ полихроматическим светом широкого оптического диапазона, обладающим противовоспалительным, иммуномодулирующим и регенерирующим эффектами.

Система Светотерапии Биоптрон продуцирует полихроматический видимый и инфракрасный поляризованный свет (ВИП), спектральный диапазон которого близок к естественной радиации солнца, только без ее УФ части. Волновой диапазон 480-3400 нм. В отличие от лазера, ВИП-свет является полихроматичным, что приводит к активации более разнообразного спектра биологических субстратов клетки; он поляризованный, что позволяет достигать максимального расхода энергии в тканях; некогерентный - световые волны оказывают стимулирующее действие на разной глу-

бине; для него характерен низкий уровень энергии, что не приводит к нагреванию и деструкции тканей [38].

Исследования по применению видимого инфракрасного поляризованного света в гинекологии единичны. В частности, имеются данные об использовании ВИП-света в послеоперационном периоде у гинекологических больных, в лечении сальпингоофоритов, эндометриоза [39].

По данным C.H. Hu et al. (2006), у 48 пациенток с цервикальной эрозией по сравнению с радиочастотной терапией исцеление повреждения заняло значительно более короткое время при использовании рекомбинантного человеческого эпителиального фактора роста (rhEGF)rhEGF терапией, также приведшая к меньшему количеству выделений из влагалища, которые продлились в течение более короткого времени, не вызывая вагинальное кровотечение.

Таким образом, несмотря на то, что проблеме разработки и внедрения новых эффективных методов лечения патологических состояний шейки матки, мало влияющих на репродуктивную функцию, посвящено большое количество работ, проблема разработки и внедрения новых методов лечения этих патологических процессов по-прежнему остается актуальной и требует дальнейших исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кондратьева Е.А. Алгоритм диагностики и ведения больных с патологией шейки матки // Гинекология, 2003, Т.5, №4, с.166-169.
2. Зубковская Е.В. Научное обоснование применения поляризованного света в лечении эктопии шейки матки у нерожавших женщин: Автореф. лис. ... к.м.н., Самара, 2009, 20 с.
3. Богатова И.К., Ражева Л.Е., Куракина Н.В., Трифонов М.М., Карасиков Н.В. Применение ксенонового облучателя «Яхонт» для лечения эктопии шейки матки у молодых нерожавших женщин // Биомедицинская радиоэлектроника, 2002, №2, с.3-6.
4. Здоровье населения и здравоохранения в Республике Таджикистан / Центр медицинской статистики и информации. Душанбе, 2009, 406 с.
5. Хайридинова Д.Б., Хусейнова Д., Курбанова Р. Распространенность патологии шейки матки в репродуктивном возрасте среди неорганизованной популяции Республики Таджикистан / Материалы конференции молодых ученых и студентов с международным участием. Душанбе, 2007, с. 362-364.
6. Кобаидзе Е.Г., Гребенкин Б.Е., Юркина А.Ю., Соминич А.С. Патология шейки матки: диагностика, принципы лечения / Методические рекомендации. Пермь, 2010, 38 с.
7. Прилепская В.Н., Голубенко А.Е. Эпидемиология, этиология и факторы риска заболеваний шейки матки // Поликлиническая гинекология. М., 2004, 616 с.
8. Голубкова О.В. Отдаленные результаты лечения фоновых заболеваний шейки матки // Проблемы репродукции, 2003, №2, с. 48-51.
9. Monnier-Benoit S., Dalstein V., Riethmuller D., Lalaoui N.et al. Dynamics of HPV16 DNA load reflect the natural history of cervical HPV-associated lesions // J Clin Virol., 2006, v.35, 270-277.
10. Адаскевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путём: руководство для врачей. Н. Новгород. 2001, 416 с.
11. Курлеева Т.Ю. Клинико-иммунологические аспекты уреаплазменной инфекции у женщин с эрозией шейки матки: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Владивосток, 2006, 21 с.
12. Алиева М.Б., Мастиашвили А.Г., Рагимли А.Ф. Применение грязевого порошка и грязевого тампона в комбинации с антибиотиками при лечении эрозии шейки матки различной этиологии / Азерб. НИИ курортологии и физ. методов лечения. Баку, 1978, Вып.16, с. 96-98.
13. Садыхова Ш.М. Эффективность комплексного лечения псевдоэрозии шейки матки солковагином и иммуномодуляторами: Автореф. дисс. .... канд. мед. наук. Баку, 2003.
14. Шахбазов Ш.К. Лечение кольпитов различной этиологии методом аэрозирования лекарственных препаратов низкочастотным ультразвуком: Автореф. дисс. .... канд. мед. наук. Баку, 2003.
15. Прилепская В.Н., Костава М.Н. Возможности терапии папилломавирусной инфекции // Русск. мед. журнал., 2009, Т.17. Вып.1, с.16-19.
16. Русакевич П.С. Системный патогенетический подход к диагностике и лечению доброкачественных (фоновых) и предраковых заболеваний шейки матки. Минск: Полифакт, 2005, 268 с.
17. Прилепская В.Н., Рудакова Е.Б., Кононов А.В. Эктопии и эрозии шейки матки. Москва: МЕД-пресс-информ, 2002, 176 с.
18. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Байрамова Г.Р., Абакарова П.Р., Быковская О.В. Урогенитальные инфекции у женщин // Здоровье. 2005, №6, с. 4-13.

19. Вишнякова С.В., Пекарев О.Г., Ефремов А.В. Возможности оптимизации лечения патологии шейки матки // Гинекология, 2003, Т5, №3, с. 35-38.
20. Симрок В.В., Бурмак Ю.Г., Бибик В.В. Опыт клинического применения абидола при лечении патологии шейки матки / Матер. Междун. науч.-практ. конф. «Профилактика рака шейки матки: взгляд в будущее», Москва, 2008, с.127-128.
21. Костава М.Н. Криодеструкция и диатермокоагуляция доброкачественных заболеваний шейки матки: клин. лекции / Под ред. В.Н. Прилепской. М., 2000, с.58-62.
22. Радзинский В.Е., Пиддубный М.И., Лавриненкова И.З. и др. Эффективность йодоксида при предварительной подготовке шейки матки к криохирургической терапии фоновых заболеваний // Акушерство и гинекология, 2006, №3, с. 50-54.
23. Gay C., Riehl C., Ramanah R., Desmoulin G., Violaine B. Cryotherapy in the management of symptomatic cervical ectopy // Gynecologie obstetrique fertilite, 2006, v.34, Issue: 3, p.214-223.
24. Kong G.W., Yim S.F., Cheung T.H., Chung T.K. Cryotherapy as the treatment modality of postcoital bleeding: a randomised clinical trial of efficacy and safety // Aust N Z J Obstet Gynaecol., 2009, v.49, No5, p.517-524.
25. Dalgic H., Kuscu N.K. Laser therapy in chronic cervicitis // Arch Gynecol Obstet, 2001, vl.265, p.64–66.
26. Дамиров М.М. Лазерные, криогенные и радиоволновые технологии в гинекологии. М.: Бином, 2004, 172 с.
27. Елисеева С.В. Сравнительный анализ хирургических подходов в лечении патологии шейки матки: Автореф. Дис... канд. мед.наук. Волгоград, 2004, 21с.
28. Yang K., Li J., Liu Y. et al. Microwave therapy for cervical ectropion // Cochrane Database Syst Rev., 2007, v.17(4)
29. Вишнякова С.В. Пекарев О.Г., Ефремов А.В. и др. Возможности оптимизации лечения псевдоэрозии шейки матки // Гинекология, 2002, №4, с. 183-184.
30. Вишнякова С.В., Пекарев О.Т., Ефремов А.В. и др. Оптимизация лечения осложненной псевдоэрозии шейки матки / Материалы IV Российского форума «Мать и дитя». М., 2002, с.78-79.
31. Русакевич П.С. Заболевания шейки матки у беременных. Киев: Геолик, 2009, 144 с.
32. Бабинцева Т.В., Дворянский С.А. Радиоволновая хирургия в лечении доброкачественных заболеваний шейки матки / Тезисы Российского конгресса «Генитальные инфекции и патология шейки матки». 2004, с.40.
33. Shaw R.W., Soutter W.P., Stanton S.L. Gynaecology. Postgraduate textbook. (3rd ed.). Churchill Livingstone, 2003,
34. Xiao Y.B., Sun L.J. Therapeutic effects of focused ultrasound on chronic cervicitis and the influencing factors // Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi, 2007, v.42, No1, p.14-17.
35. Хашукоева А.З., Макаров О.В., Отдельнова О.Б., Рехвиашвили С.А. Фотодинамическая терапия в лечении патологии шейки матки и эндометрия // Акушерство и гинекология, 2008, №2, с. 38-42.
36. Голубкова О.В., Федорова Т.А. Роль и место озонотерапии в лечении доброкачественных заболеваний шейки матки у женщин репродуктивного возраста // Гинекология, 2002, №6, с.238-240.
37. Crandon A.J. The management of pre-invasive stage of cervical disease in a low-resource setting // J Med Assoc Thai., 2004, S212-213.
38. Зубковская Е.В. Использование препарата «Биотек» в терапии псевдоэрозий шейки матки, урогенитального кандидоза и кольпитов / Мат. IX Всерос. науч. Форума «Мать и дитя». М., 2007, с.405.
39. Липатов И.С., Зубковская Е.В., Максимова О.В. Научное обоснование применения видимого инфракрасного поляризованного света и гиалуроната цинка в лечении псевдоэрозии шейки матки / Мат. IX Всерос. науч. Форума «Мать и дитя». М., 2007, с.447.

Xülasə

Uşaqlıq boynu ektopiyasının müalicəsinə müasir yanaşma

N.A.Məlikqasımova

Baxmayaraq ki, reproduktiv funksiyaya xələl gətirməyən uşaqlıq boynu patoloji vəziyyətlərinin müalicəsinin yeni effektiv metodlarının işlənib hazırlanması və tətbiq edilməsi probleminə çoxsaylı tədqiqatlar həsr edilmişdir bu probelm hələ də aktual olaraq qalmaqdadır.

Summary
Modern approaches to therapy of eytopia of the uterine cervix
N.A.Melikqasumova

Despite the fact that a large number of works have been devoted to the problem of developing and implementing new effective methods for treating cervical pa- tological conditions that have little effect on reproductive function, the problem of developing and implementing new methods for treating these pathological processes remains urgent and requires Further research.

Daxil olub: 15.11.2016

СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОФТАЛЬМОГЕРПЕСАХ И ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ ИНФЕКЦИИ

Г.Ч. Джавадова, Т.А. Эйвазов, Г.А. Гусейнова, Р.Э.Джафарова
Научно-Исследовательский Центр и кафедра фармакологии; Азербайджанского медицинский университет, глазная клиника «Briz-L», г.Баку

Açar sözlər: immun sistem, oftalmoherpes, medikamentoz korreksiya
Ключевые слова: иммунная система, офтальмогерпес, медикаментозная коррекция
Key words: immune system, ophthalmoherpes, medication correction

Среди вирусных заболеваний герпес занимает одно из ведущих мест. Он является одной из самых распространенных вирусных инфекций человека и представляет серьезную медико-социальную проблему. Свыше 90% людей земного шара инфицированы вирусом простого герпеса и до 20% из них имеют те или иные клинические проявления инфекции [3]. Показано, что вирусами простого герпеса инфицировано 65-95% детского и взрослого населения. Например, только в России, по данным, собранным вирусологами и специалистами по кожным, глазным и стоматологическим заболеваниям, число только госпитализированных в стационары больных герпесом превышает 2,5 млн. в год. Значительно больше больных лечатся в амбулаториях и поликлиниках. Ежегодно регистрируется от 100000 до 300 000 обращений больных с различными формами офтальмогерпеса к офтальмологам [4]. Герпетические кератиты и иридоциклиты составляют около 60% от общего числа больных с поражениями роговицы. Герпес роговицы составляет среди взрослых 20-57%, от числа всех воспалительных заболеваний роговицы. В настоящее время рецидивирующий герпес роговицы стал в странах умеренного пояса основным источником инвалидизирующих помутнений роговицы и одной из ведущих причин экономических потерь по временной нетрудоспособности среди офтальмологических заболеваний [6,8].

ВПГ способен вызывать острую, хроническую и латентную инфекцию. Латентную инфекцию можно характеризовать как своеобразную форму взаимоотношений вируса и клетки, при которой все известные защитные факторы макроорганизма (интерферон, антитела, ингибиторы, клеточные и общефизиологические реакции) оказываются не в состоянии полностью ликвидировать инфекцию, в то время как вирус, длительно персистируя в организме, не вызывает деструкции клеток [3]. При этом они способны поражать практически все органы и системы организма хозяина [2]. Течение герпетической инфекции обусловлено особенностями взаимодействия вируса простого герпеса с иммунной системой организма. Вирусы семейства Herpes обладают способностью не только персисти-ровать, но и репродуцироваться в клетках иммунной системы, обуславливая гибель или снижение функциональной активности иммуноцитов, что способствует развитию вторичных иммунодефицитных состояний и поддерживает длительную его персистенцию [5,24]. Одной из основных причин широкого распространения заболеваний, вызванных ВПГ, считают ограниченные возможности иммунной системы человека своевременно распознавать агент инфекции, приспособившейся в процессе эволюции избегать действия механизмов иммунной защиты [1,2].

Этиология: Герпес вызывают два серотипа вируса простого герпеса–ВПГ1 и ВПГ2; наиболее часто ВПГ2. Серологические свойства вирусов различны.

Структура генома герпесовирусов отличается от таковой других ДНК-содержащих вирусов расположением нуклеотидов в молекуле ДНК вируса. Геномы ВПГ1 и ВПГ2 на 50% гомологичны. Гомологичные участки распределены по всей карте гена. Вирусный геном упакован в капсид икосаэдрической формы, состоящий из 162 капсомеров. С наружной поверхности вирус покрыт липидосодержащей оболочкой, представляющей собой модифицированную клеточную мембрану, образовавшуюся при проникновении ДНК-содержащего капсида сквозь внутреннюю ядерную мембрану клетки-хозяина [9,20].

Репликация вируса состоит из ядерной и цитоплазматической фаз. Начальные этапы репликации включают присоединение, слияние оболочки вируса с мембраной клетки с последующим высвобождением нуклеокапсида в цитоплазму клетки, распад нуклеокапсида и вход вирусной ДНК. После репликации вирусного генома происходит сборка нуклеокапсида в ядре клетки. По мере проникновения в перенуклеарное пространство они покрываются оболочкой. В некоторых клетках при репликации вируса в клетке формируются тельца-включения двух типов: базофильные тельца типа А и эозинофильное тельце-включение. Затем вирионы транспортируются по эндоплазматической сети и пластинчатому комплексу к клеточной поверхности.

Патогенез. ВПГ как и другие герпесовирусы способен к латентному существованию с последующей реактивацией, которая может служить причиной рецидивов болезни или бессимптомного выделения вируса. ВПГ внедряется в организм через слизистые оболочки и кожу, затем быстро захватывается сенсорными нервными окончаниями при помощи специальных вирусных рецепторов. После внедрения в аксон нерва он переносится в нервные клетки дорсальных корешков ганглиев, где сохраняется в латентном состоянии. Механизм латентного состояния вируса с его последующей реактивацией еще не вполне ясен. Предполагают. Что репликация вируса блокируется генетическими механизмами, а реактивация, вероятно, достигается устранением этого блокирования.

Латентность и нейровирулентность ВПГ-инфекции это основные свойства, определяющие патогенез ее. Разнообразные проявления латентности, реактивации и вирулентности у различных пациентов определяются как свойствами самого вируса, так и характеристиками хозяина. Среди вирусных факторов существенную роль играет нейраминидаза, поскольку этот фермент необходим для репликации вирусной ДНК в постмитотических нейронах.

Герпес оказывает разрушительное действие на иммунную систему больного и является причиной вторичного иммунодефицита. Клинические проявления герпеса обладают выраженным полиморфизмом.

Дисскутабельными остаются вопросы о механизмах персистенции, латенции, реактивации герпетической инфекции, тактики ведения больных. Многими исследователями важное значение отводится роли иммунных нарушений и дисфункций в системе цитокинов. Однако эти вопросы еще далеки от полного и окончательного решения. Все это обусловливает актуальность проблемы офтальмогерпеса, его патогенеза и лечения. При этом важное значение имеет проблема оптимизации лечения больных с офтальмогерпесом на основе изучения клинико-иммунологических особенностей разных форм заболевания.

Подобная постановка вопроса создает необходимость изучения в первую очередь изучения структуры заболеваемости офтальмогерпесом, среди пациентов, с герпетическим поражением органов зрения.

- Определить роль клеточных факторов иммунитета (CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD4+/ CD84) в формировании ответа на инфицирование ВПГ при конъюнктивите, кератоконъюнктивите, кератите и кератоувеите. Исследовать состояние гуморальных факторов иммунитета по уровню сывороточных иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG, специфических антител (IgM, IgG) и циркулирующих иммунных комплексов [7].

- Оценить содержание провоспалительных цитокинов (ФНОа, ГМ-КСФ, ИЛ-12(p70/p40), ИЛ-2) в сыворотке крови и слезной жидкости больных.

- Исследовать уровень противовоспалительных цитокинов (ИЛ-10, ИЛ-13) в сыворотке крови и слезной жидкости больных офтальмогерпесом.

-Разработать схемы рационального лечения пациентов с поражением органов зрения ВПГ, обосновать применение иммунотропных препаратов.

Анализ литературных источников показывает, что на сегодняшний день выявлены закономерности иммунного ответа, характеризующие превалирующий тип реакций, характер и степень выраженности функциональных нарушений при поверхностных и глубоких формах офтальмогерпеса при остром (постпервичном) и рецидивирующим процессе.

При поверхностных формах офтальмогерпеса изменения показателей иммунного статуса носят преимущественно функциональный характер. Тогда как при герпетическом кератоувеите регистрируется структурный иммунодефицит по комбинированному типу [10-12]. Подтверждено, что снижение количества цитотоксических лимфоцитов и натуральных киллеров и недостаточность антител является важным патогенетическим звеном вторичных иммунодефицитных состояний (ИДС) при офтальмо-герпесе. Впервые установлено, что гиперпродукция ФНО-а связана с нарушением продукции и секреции субтипов ИЛ-12(р70 и р40) и ИЛ-10. [12,18,22]. Уточнены механизмы цитокинового дисбаланса. Разработаны новые дополнительные диагностические и прогностические маркеры воспаления на локальном и системном уровне. Обоснована целесообразность комплексной терапии с включением этиотропных иммуномодулирующих препаратов. На основании клинико-лабораторных исследований сформулирован новый подход к комплексной терапии больных с вирусными заболеваниями глаз [13,19,23]. Показана высокая клинико-иммунологическая эффективность комбинированных схем терапии при системном подходе в лечении различных форм офтальмогерпеса [15,21]. Доказана эффективность комплексного применения иммуномодуляторов полиоксидония и виферона или имунофана в лечении вирусных поражений органов зрения [17].

Установлено, что герпетическое поражение органа зрения, в основном, приходится на постпервичный офтальмогерпес, преобладают женщины, чаще регистрируются поверхностные формы (конъюнктивит, кератоконъюнктивит, кератит), рецидивирующее течение выявлено в 47,6% случаев, при этом при глубоких формах частота рецидивирующего течения нарастает до 75% при кератитах, достигая при кератоувеитах 100% [16].

У больных офтальмогерпесом выявлены нарушения иммунного статуса, тип и выраженность которого зависят от формы течения болезни [13].

У больных острым герпетическим конъюнктивитом выявлен дефицит CD4+ хелперов, увеличение CD22+, гиперпродукция Ig A и снижение уровня ЦИК. При рецидивирующем течении болезни отмечается дефицит CD8+ ци-тотоксических клеток на фоне увеличения В-лимфоцитов и Ig A, снижения ЦИК.

При остром герпетическом кератоконъюнктивите установлено снижение уровня Т-хелперов, натуральных киллеров, повышение количества CD22+, секреции ими Ig A, дефицит ЦИК. При рецидивирующем течении керато-конъюнктивита основным нарушением является дефицит цитотоксических клеток (CD8+ и NK) и поликлональная активация В-лимфоцитов без усиления их функции, дефицит ЦИК [13].

При герпетическом кератите выявлен дефицит CD8+, CD16+ увеличение В-клеток, нарушение образования ЦИК, степень выраженности дефектов усугублялась при рецидивирующем течении. У больных с кератоувеитом выявлен структурный ИДС по комбинированному типу со снижением количества CD3+, CD8+, CD16+, нарушением ИРИ, увеличением В-лимфоцитов и продукции ими Ig M, с дефицитом ЦИК [14].

При анализе цитокинового профиля сыворотки крови установлен дисбаланс их продукции, являющийся основой формирования разных типов иммунного ответа при офтальмогерпесе [9, 14].

При остром (постпервичном) конъюнктивите и кератоконъюнктивите превалируют провоспалительные механизмы, опосредуемые ФНОа. Рецидивирующие формы характеризуются ТЬ 2 иммунным ответом, более выраженным при кератоконъюнктивите. При кератите регистрируется смешанный тип иммунного ответа (ТЬ 1 / ТЬ 2) [12].

При кератоувеите существенно возрастает содержание ИЛ-2, ФНОа, коэффициент ИЛ12р70/р40, истощается продукция ГМ-КСФ, что свидетельствует об активации ТЬ 1 типа.

В крови мужчин уровень ФНОа, ИЛ-2 и коэффициент ИЛ12р70/р40 выше, чем у женщин, что свидетельствует о превалировании у них иммуновос-палительных процессов.

Локальный цитокиновый профиль больных офтальмогерпесом отличается от профиля сыворотки крови.

При конъюнктивите выявлено увеличение ИЛ-2 и ИЛ12р40, последний из которых способствует восстановлению баланса Т-хелперов. Тогда как при кератоконъюнктивите установлен ТЬ 2 тип ответа с гиперпродукцией ИЛ-13 и ИЛ12р40. При рецидивирующем течении болезни ведущими нарушениями локального цитокинового профиля являются дефицит ИЛ-10 и гиперпродукция ИЛ-13.

При кератите усиливается активность местных клеточных механизмов при дефиците ИЛ-10. У больных с кератоувеитом определен смешанный тип локального иммунного ответа с дефицитом провоспалительных медиаторов ИЛ-10, ИЛ12р40 и гиперпродукцией ФНОа [12]

У людей старшей возрастной группы (60-74 лет) выявлена гиперпродукция провоспалительных медиаторов ФНОа, ГМ-КСФ, ИЛ12р70 существенное увеличение ИЛ-13 и дефицит цитокинов, способных ингибировать про-воспалительный каскад ИЛ-10 и ИЛ12р70 [6, 21]

Местная терапия при офтальмогерпесе является недостаточно клинически эффективновной (рецидивы зарегистрированы в 38%), не обеспечивает нормализации клеточных показателей иммунного статуса и уровня цитокинов в слезной жидкости и сыворотке крови большинства больных, что обуславливает необходимость коррекции комплекса иммунотерапевтических мероприятий [12].

Показана высокая клинико-иммунологическая эффективность системной этиотропной и иммуномодулирующей терапии полиоксидонием и препаратом а-интерферонов (виферoном) и/или тимомиметиком (имунофан) у больных с поверхностными и глубокими формами офтальмогерпеса [4].

ЛИТЕРАТУРА

1. Абаева М.Р. Профилактика рецидивов офтальмогерпеса переднего отдела глаза амиксином в комбинации с противогерпетической вакциной: Автореф. дис…. канд. мед. М., 2004, 120 с.

2. Баринский, И.Ф. Семейство герпес вирусов // Общая и частная вирусология. М.: Медицина, 1982. с. 375-412.

3. Викулов Г.Х., Шульженко А.Е. Герпетические инфекции человека. Перспективы диагностики и противовирусной терапии // Materia Medica. 2003, №4 (40), с. 60-79.

4. Ганковская, Л.В. Герпесвирусная инфекция. Подходы к иммунотерапии на основе механизмов врожденного иммунитета. Актуальные вопросы диагностики и лечения в клинике внутренних болезней. М.: Здоровье человека, 2007, с. 273-285.

5. Дегтяренко Т.В., Гайдамака Т.Б., Драгомирецкая Е.И. Особенности иммунологической реактивности организма у больных с различным течением рецидивирующего герпетического кератита // Офтальмологический журнал, 2000, №5, с. 30-35.

6. Слепова О.С., Быковская Г.Н., Катаргина Л.А. и др. Дисбаланс провоспалительных цитокинов (ИЛ-lß и ФНО-а) и противовоспалительного ИЛ-4 при воспалительных и пролиферативных заболеваниях глаз // Мед. иммунология, 2005, Т.7, №2-3, с. 138.

7. Егоров Е.А., Каспаров А.А. Применение ацикловира в лечении герпетических поражений глаза // Клинич.фармакология и терапия, 2005,Т.4,№4, с. 81-82

8. Ершов Ф.И,. Касьянова Н.В. Современные средства терапии наиболее распространенных вирусных инфекций // Consilium-medicum, 2004, Т.6, № 1, с.1-13.

9. Зайнутдинова Г.Х., Мальханов В.Б. Применение препаратов тестостерона в комплексной терапии тяжелых форм герпетического кератита у лиц мужского пола // Вестн. офтальмологии 2004, №3, с.2426.

10. Мальханов В.Б., Марванова З.Р., Шевчук Н.Е., Гумерова Е.И. Исследование общего IgE при воспалительных заболеваниях переднего отдела глаза // Вестн. Офтальмологии, 2004, №2, с. 32-334.

11. КамиловХ.М., Файзиева У.С., Гулямова М.Д. Клинико-лабораторные особенности герпесвирусных микс-инфекций глаза // Клинич. Офтальмология, 2005, №4, с. 139-143.

12. Мальханов В.Б., Шевчук Н.Е., Марвинова З.Р. Цитокиновый статус больных офтальмогерпесом // Вопросы вирусологии, 2004, Т. 49, №1, с. 28-30.

13. Мальханов В.Б., Марва-нова З.Р., Шевчук Н.Е. Содержание IL-lß, IL-6, TNF-a в сыворотке крови больных в динамике развития герпетического кератита // Цитокины и воспаление, 2005, Т. 4, №4, с.50-52.

14. Пичугина Л.В., Черноусов А.Д., Пинегин Б.В. Особенности системы интерферона-у у пациента с высоким рецедивированием простого герпеса // Иммунология. 2005, №1, с. 57-59.

15. Полянская, Н.К. Клинико-иммунологические аспекты комплексной терапии больных герпетическими кератитами: Автореф. дис.канд. мед. наук.Самара, 2000, 20 с.

16. Шульженко А.Е. Герпетические инфекции человека. Перспективы диагностики и противовирусной терапии // Цитокины и воспаление, 2005, Т. 4, №3, с.76-81.

17. Boyd, B.F. Advances in herpes simplex eye disease // Nighligts of ophthalmology, 2000, N5, p. 54-58.

18. Brander C., Walker B. Modulation of host immyne responses by clinical relevant human DNA and RNA viruses // Current Opinion in Microbiology, 2000, v. 3, p. 379-386.

19. Yasin B., Pang M., Turner J. et al.Evalution of inactivation of interferon infectious HSV by host-defence peptides // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis., 2000, v.19, p. 187-194.

20. Yokota S., Yokosawa N., Kubota T. et al.Herpes Simplex Virus Type 1 suppresses the interferon signaling pathway by inhibiting phosphorilation of STATs and Janus kinases during an early infection stage // Virology, 2001, v.286, p. 119-124.

21. Field H.J. Herpes simplex virus antiviral drug resistance current trends and future prospects // J. Clin. Virol., 2001, v. 21, p. 261269.

22. Armstrong G.L., Schillinger J., Markowitz L. et al. Incidence of herpes simplex virus type 2 infection in the United States // Am. J. Epidemiol., 2001, v. 153, p. 912-920.

23. Taylor J.L., Unverrich D., O'Brien W.J., Wilcox K.W. Interferon coordinatelyinhibits the disruption of PML-positive ND10 and immediate-early gene expression by herpes simplex virus // J. Interferon Cytokine Res., 2000, v. 20, p. 805-815.

24. Melroe G.T., Deluca N.A., Knipe D.M. Herpes simplex virus type I has multiple mechanisms for blocking virus-induced interferon production // J. Virol., 2004, v.78, N16, p. 8411-8420.

25. Paludan S.R. Requirements for the induction of interleukin-6 by herpes simplex virus-infected leukocytes // J. Virol., 2001, v, 75, p. 8008-8015

Xülasə

Oftalmoherpes zamanı immun sistemin vəziyyəti və infeksiyanın medikamentoz korreksiyasının imkanları

Q.Ç.Cəfərova, T.A.Eyvazov, Q.A.Hüseynova, R.E.Cəfərova

Virus xəstəliklər arasında herpes aparıcı yerlərdən birni tutur. O insanın ən geniş yayılmş virus infeksiyalarından biri oub, ciddi sosial problem təşkil edir. Yer kürəsinin 90%-dən çoxu sadə herpes virusuna yoluxmuşdur və 20%-dən çoxunda bu və ya gidər şəkildə infeksiyanın təzahür halları qeydə alınır. Əldə etdiyimiz ədəbiyyatın təhlilindən məlum olur ki, sadə herpes virusunu insan orqanizmindən tam şəkildə müalicə edən medikamentoz korreksiya metodu yoxdur. Ona görə də əsas məqsəd virusun produksiyasının kəskinləşmə zamanı qarşısının alınması (residivin qarşısının alınması), eləcə də adekvat immun cavabın formalaşdırılması və onun uzun müddət persistensiya ocaqlarında virusun yenidən aktivləşməsinin qarşısının alınmasıdır. Herpetik infeksiya zamanı daha perspekiv müalicə metodu immunprotektiv müalicə metodu hesab edilir.

Summary

Status of the immune system when ophthalmoherpes and the possibility of infection of medical correction

G.Ch. Javadova, T.A. Eyvazov, G.A. Huseynova, R.E.Jafarova

Among the viral diseases, herpes is one of the leading places. It is one of the most widespread human viral infections and represents a serious medical and social problem. More than 90% of the world's people are infected with herpes simplex virus and up to 20% of them have certain clinical manifestations of infection. Analysis of available literature also showed that modern medicine does not have methods of treatment that allow eliminating HSV from the human body. Therefore, the goal of therapeutic measures is: suppression of the reproduction of the virus in the period of exacerbation (relief relapse), and the formation of an adequate immune response and its long-term preservation in order to block the reactivation of HSV in the foci of persistence. The most promising method of treatment for herpetic infection is immunotropic therapy.

Daxil olub: 21.09.2016

DİABET MƏNŞƏLİ QLOMERULOPATİYANIN BƏZİ PATOBİOKİMYƏVİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

N.F.Lətifova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Biokimya kafedrası, Bakı

Açar sözlər: şəkərli diabet, qlomerulopatiya, böyrək zədələnməsi, böyrək çatışmazlığı, biomarkerlər.
Ключевые слова: сахарный диабет, поражение почек, биомаркеры
Key words: diabetes mellitus, qlomerulopati, renal injury, renal failure, biomarkers.

Əvvəllər elə hesab olunurdu ki, kəskin böyrək zədələnmələri (KBZ) bu xəstəlikdən əziyyət çəkib sağalan xəstələrin böyrək funksiyalarında heç bir iz buraxmır.Sonrakı tədqiqatlar göstərdi ki,bu heç də belə deyil. Belə ki, kəskin böyrək zədələnmələri (KBZ) keçirən xəstələrdə xroniki böyrək çatışmazlığı (XBÇ) riski daha yüksəkdir.Belə xəstələrin nəzarətdə saxlanılması vacib sayılır, belə ki, günümüzdə belə xəstələr üçün daha keyfiyyətli tibbi yardım göstərilməsi vbə bununla da arzuolunmaz nəticələrin sayının azaldılması üçün imkanlar vardır.

Müasir məlumatlara görə xroniki böyrək catışmazlığının ən çox rast gəlinən formaları diabet nefropatiyası həmçinin qlomerulopatiyalardir. Belə ki, böyrək xəstəliklərindən 71%-də xroniki böyrək çatışmazlığı, 27%-də xroniki pielonefrit, 2%-də digər böyrək xəstəlikləri müşahidə edilir. Son illərdə nefropatiyanın inkişaf mexanizmləri arasında endotel qişanın vəziyyətinin öyrənilməsinə böyük maraq vardır. Çünki aterosklerotik proseslərin və arterial hipertenziyanın patogenezində və proqressivləşməsində endotelial disfunksiyaların həlledici rolu böyükdür. Endotelial disfunksiya markerlərinin (NO, endotelin-1,Von Willebrand faktoru və.s) qlomerulonefritin patogenezində rolu da öyrənilməkdədir[1].

Əvvəllər hesab edilirdi ki, kəskin böyrək zədələnmələrindən (KBZ) sonra sağalan xəstələrdə heç bir iz qalmır. Lakin müşahidələr bunun əksini göstərməkdədir. KBZ keçirmiş xəstələrdə xronik böyrək çatışmazlığı (XBÇ) riski çox böyükdür [9].

Hal-hazırda böyrək zədələnməsinin göstəricilərindən proteinuriya, kreatinin (qan plazmasında), yumaqcıq filtrasiyasının(YF) sürəti əsas götürülür [13].

Bu markerlər böyrək zədələnməsinin gecikmiş mərhələsini göstərir. Bu mərhələdə dərman müalicəsi həmişə effektiv olmur və böyrək zədələnməsi geriyə dönməyən prosesə çevrilir. Buna görə də son illərdə kəskin XBÇ xəstələrində baş verən patoloji dəyişiklikləri tez təyin etmək üçün yeni biomarkerlərin axtarılmasına böyük diqqət yetirilir. Bu markerlər həm də böyrək zədələnməsi zamanı baş verən dəyişikliklərin xarakterini aydınlaşdırmağa, nefronun müxtəlif hissələrinin zədələnməsini diferensiasiyasına, prosesin mərhələsinin müəyyən-ləşdirilməsinə, iltihabın dərəcəsinin, fibrogenezin intensivliyinin düzgün qiymət-ləndirməsinə imkan verməlidir. KİM-1, VEGF-A, L-FABP, TGF-b_1, NGAL kimi markerlərin böyük diaqnostik əhəmiyyəti vardır[6,7,11].

Qan plazmasında kreatinin qatılığı böyrək funksiyasını öyrənmək üçün ən çox istifadə edilən markerlərdən biridir. Onun konsentrasiyasının artması borucuq sekresiyasının artmasına səbəb olur. Reberq sınağında yumaqcıq filtrasiyasının sürətini (YFS) artırır [9,10].

Sistatin-C- 13 KDA kütləli polipeptid olub, sistein proteinaza inhibitorları ailəsinə aiddir. Bu polipeptid zülal bir çox hüceyrələrdə sintez edilib, qan dövranına daxil olur, böyrək borucuqlarından filtrasiya olunur, proksimal borucuqlarında tam metobolizmə uğrayır və son sidiklə ifraz olunmur. Müşahidələr Sistatin-C-nin marker kimi böyrək sekretor funksiyalarının diaqnostikasında böyük əhəmiyyəti olduğunu göstərir [9].

Böyrək zədələnmələrinin diaqtostikası üçün Sistatin-C-nin klinik həssaslığı – 86%, spesifikliyi – 82% təşkil edir. Qan plazmasında Sistatin-C-nin qatılığı (konsentrasiyası) YF sürətini müəyyən edir. Qalxanabənzər vəzi xəstələri, C-reaktiv zülalın artması ilə müşayiət olunan xəstəliklər, xərçəng xəstəlikləri zamanı immunosupressiv müalicələr apardıqda bu dəqiqlik itir [8,9].

İnterleikin-18(İL-18) böyrəyin proksimal borucuqlardan sekresiya edilir vədemək olar ki, tamamilə sorulur;borucuqların zədələnməsi zamanı sidiyə keçir. Kəskin böyrək zədələnmələri zamanı İL-18-in sidikdə səviyyəsi nəzərəçarpan dərəcədə artır (xroniki böyrək xəstəliklərindən, sidik yolları infeksiyalarından, nefrotik sindromdan və ya prerenal azotemiyadan fərqli olaraq). Plazmada İL-18-in səviyyəsi revmatoid artrit,bağırsaqların iltihabi xəstəlikləri və qırmızı qurdəşənəyi xəstəlikləri zamanı arta bilər[5,6].

Böyrək zədələnməsinin mühüm markerlərindən biri KİM-1 (Kidney İnjury Molecule-1), yəni böyrək zədələnməsi molekulu adlanır. Bu molekullar normal böyrək toxumalarında müəyyən olunmur. Proksimal borucuqların işemik və toksik zədələnmələri zamanı onların epitel hüceyrələrində çox yüksək səviyyədə müşahidə edilir. Bu zaman KİM-1-in qatılığı kreatinin səviyyəsini qabaqlayır, sidikdə KİM-1-in səviyyəsi

hətta böyrəklərin cüzi zədələnməsi, nefrotik zədələnmələr daxil olmaqla artır. Bu da tez diaqnostika aparmağa imkan verir[18]. XBÇ-nin erkən diaqnostikasında KİM-1-in tədqiqinin böyük əhəmiyyəti vardır. Kəskin böyrək zədələnməsi olan xəstələrdə KİM-1-in səviyyəsinin təyini nefronlarda xoşagəlməz kliniki nəticələri – dializə göstərişi və həyati proqnozu təyin etməyə imkan verir. XBÇ-də KİM-1-in filtrasiyası artır[2,18].

NGAL (neutrophil gelatinase – associated lipocalin)- molekul kütləsi 25 KDA olan zülal, orqanizmin bütün hüceyrələrində əmələ gəlir, hüceyrə stresi zamanı onun sintezi artır. NGAL nefronlardan böyrək borucuqlarına asanlıqla filtrasiya edilir. Endositoz yolla proksimal borucuqlardan reabsorbsiya olunur və sorulur. Buna görə də NGAL sidiyin tərkibində proksimal borucuqların zədələnməsi zamanı meydana çıxır. Kəskin böyrək zədələnmələri zamanı NGAL nefronun distal seqmentindən ifraz edilir(Henle ilgəyinin şaxələndiyi və birləşdiyi borucuqlar nahiyəsində). Böyrək hüceyrələrində NGAL geni kəskin travmalar, işemik və ya toksiki orqan zədələnmələrindən dərhal sonra aktivləşir. İnsan orqanizmində və eləcə də böyrəklərdə aşağı konsentrasiyalarda müşahidə edilir. NGAL-böyrəklərin xəstəlik və zədələnmələrinin markeri kimi öyrənilir. Eyni zamanda son 10 ildə aparılan çoxsaylı araşdırmalar göstərdi ki, qanda və sidikdə NGAL-ın səviyyəsi böyrək zədələnmələrinə albuminuriya ilə müqayisədə daha həssas və daha spesifik olduğu üçün, bu xüsusiyyətlərinə görə böyrək xəstəlikləri zamanı böyrəyin funksiyalarının pozulmasının erkən və dəqiq diaqnostikasında daha əhəmiyyətli biomarkerdir.

L-FABP(fatty acid binding proteins)- piy turşularını birləşdirən zülaldır, qaraciyər forması təkcə qaraciyərdə deyil, həm də böyrəklərdə müşahidə edilir [11,12]. Kəskin böyrək zədələnmələri zamanı qanda L-FABP-in qatılığı birinci 24 saat ərzində artır, bu da onun həssas marker olduğunu göstərir. Halbuki kreatinin 72 saatdan sonra artır. L-FABP-ın sidikdə konsentrasiyası diabetik böyrək xəstəliklərinin, ilkin diabetik nefropatiyaların, idiopatik fokal qlomeruloskleorozun, böyrək polikistozunun, xronik böyrək xəstəliklərinin diaqnostik markeri kimi istifadə olunur. L-FABP-ın böyük hissəsi ən çox qaraciyərdə toplanır, yumaqcıqlardan asan filtrasiya olunur, ancaq bir hissəsi tez bir zamanda proksimal yumaqcıqlarda reabsorbsiyaya uğrayır. Çoxlu klinik müşahidələrdən sonra L-FABP yeni borucuq markeri kimi qəbul edilib (Yaponiyada)[15].

Hiperqlikemiya diabetik böyrək zədələnmələrinin əsas təkanverici metabolik faktordur. Məhz uzun müddət çəkən hiperqlikemiya böyrək toxumalarında spesifik dəyişikliklərə ─ diffuz və düyünlü qlomeruloskleroza gətirib çıxarır[6,11].

Piy turşularının, xolesterin və triqliseridlərin azad olması ilə nəticələnən lipoliz yumaqcıq kapillyarlarının endotel qişasının lipidlərlə zədələnməsinə səbəb olur. Bu tubulointerstisial zədələnmələr böyrək toxumasının sklerozlaşması ilə nəticələnir.

Böyrək yumaqcıqlarında patoloji dəyişikliklər (qlomeruloskleroz), patologi-yanın müxtəlif formalarında heç də həmişə paralel getmir. Qlomerulyar böyrək xəstəlikləri ─ qlomerulonefrit, diabetik nefropatiyalar zamanı ikincili dəyişikliklər inkişaf edir. Nefroskeleroz müəyyən şərtlər daxilində potensial geriyə qayıdan prosesdir. Müxtəlif zədələyici faktorlar və ya böyrəyin funksional yüklənməsi zamanı hüceyrədənkənar matriksin əmələ gəlməsi və dağılması arasındakı dinamik balans pozulur. Nəticədə böyrək toxumalarında interstisiyaya xas olan zülallar toplanır (kollagen I, III, V, VII, XV tip və fibronektin). Bu zülallar normada bazal membranın, proteoqlikanların və polisaxaridlərin komponentləridir[4].

Patoloji proses nəticəsində böyrək hüceyrələrinin ölümü baş verir (kəskin toksik təsir nəticəsində nekroz və işemiya, xronik zədələnmələr zamanı isə apoptoz). Zədələnmə ocağına faqositlərin və fibroblastların aktiv miqrasiyası müşahidə edilir.Böyrək hüceyrələrinin fenotipik və funksional əlamətləri dəyişir. Onlar zədələnmiş toxumaya immun sistem hüceyrələrinin miqrasiyasını tənzim edən adheziv faktorların aktiv sintezinə başlayırlar, immunokompetent hüceyrələrə xas əlamətlər əldə edərək iltihab sitokinləri ifraz edirlər[4,5].

Von Willebrand Faktoru (VWF)─əsasən damar endotelial hüceyrələrindən (85%), eləcə də meqakariositlər və trombositlərdən (15%) sintez edilən böyuk qlikoprotein polimeridir. Normal halda qan plazmasında VWF-in normada konsentrasiyası 0,5-1,5 TV/ml müəyyən edilir.

VWF─endotelial hüceyrələrin spesifik markeridir. Onun artıq konsentrasiyası periferik, serebral və koronar arteriyalarda aterosklerotik dəyişikliklərin inkişafına təkan verir.

V.Mackinnon müşahidələrində göstərir ki, birincili qlomerulonefritli xəstələrdə endotelial funksiyanın VWF-nin konsentrasiyası sutkalıq proteinuriya,xolesterinin konsentrasiyası birbaşa əlaqədardır. Endotel qişanın funksiyasının pisləşməsi VFF-nin, sVCAM-1(soluble vascular cell adhesion molecule-1), sİCAM-1(soluble intercellular adhesion molecule-1) və proteinuriyanın konsentrasiyasının artması ilə müşayiət olunur[17,14].

Qanda və sidikdə VVF-ın konsentransyasının artımı endotel qişanın zədələnməsinin və ya aktivasiyasının göstəricisidir.

Tədqiqatçılar nefritin aktiv fazasında VFF-nin ekskresiyasının artmasını müşahidə ediblər. E.Hermandes və başqaları düşünürlər ki, bu fakt böyrəkdaxili immun iltihabın, damardaxili koaqulyasiyanın proteinuriyalı və proteinuriyasız İgA-nefropatiyalı xəstələrdə də VFF-nin konsentrasiyasının artmasına gətirib çıxarır**.**

Endotelin ─ 21 aminturşu qalığından ibarət peptiddir, ən böyük vazokonstrik-tordur. Angiotenzin ll-dən də güclü və uzunmüddətli təsirə malikdir. İlk dəfə endotelin haqqında məlumat 1988-ci ildə alınıb(Yanagisowa et.al.).

Bu peptid əsasən aortanın endotel hüceyrələrində tapılıb, həmçinin beyində, ürək-də, ağciyərlərdə, böyrəklərdə də təsadüf edilir. Əvvəllər belə hesab edirdilər ki, en-dotelin-1 ancaq endotelial hüceyrələrdə sintez olunur. Ancaq indi sübut olunub ki, böyrəyin epitel hüceyrələri, mezangial hüceyrələr, saya əzələ hüceyrələri, leyko-sitlər, makrofaqlar, kardiomiositlər də endotelin-1 sintez edə bilər. Endotelin bütün damarlara təsir edir, lakin Pernov və başqaları müşahidə edib ki, böyrək damarları endotelinin damardaraldıcı təsirinə digər damarlara nisbətən on dəfə artıq həssaslıq göstərir [13].

Birincili qlomerulonefritli xəstələrdə böyrəyin mononuklear hüceyrələrində preproendotelinin sintezinin artması müşahidə edilir və eyni zamanda bu xəstələrdə endotelin-1-in sidikdə rast gəlinməsi da artır[14].

NO- biorequlyator amil olub, normal və patoloji şəraitdə hüceyrə və hücey-rədən kənar proseslərdə iştirak edir. Arterial hipertenziyanın , aterosklerozun, müxtəlif xəstəliklərin, həmçinin nefropatiyaların patogenezində onun rolu sübuta yetirilib, eyni zamanda bu metobolik sistem renin-angiotenzin sistemi, eykazanoid metobolik sistem, endotelin, sitokinlər, iltihab requlyatorları ilə qarşılıqlı əlaqədardır[13,16].

L-arginin zülal sintezində iştirak edir. NO immun sistemin requlyasiya funksiyasında, neyrotransmissiyada, damar endotelinin funksiyasında, hemostatik homeostazda (damar tonusunu, trombositlərin aqreqasiyasını və adheziyasını kont-rol edir) əsas rol oynayır[5,13].

Qlomerulonefrit, nefrotoksik nefrit, immunokompleks qlomerulonefrit za-manı NO-nun artması eksperimentlər nəticəsində müəyyən edilmişdir. Bu zaman əsasən də infiltratlaşmış böyrək makrofaqlarında induksiyaedici NOS ekskresiyasının qatılığı kəskin artır**.** Böyrəkdə NOS(azot oksidi sintazaları)-un (mezangial, endotelial və epitelial hüceyrələrdə) ən güclü induktoru─iltihab-əleyhnə sitokinlərdir [19].

TFP(Tuna Frame Protein-çəhrayı rəngli protein fraksiyası) ─ nefrosklerozun formalaşmasında açar mediator kimi baxılır. Belə ki, o kollagenin, fibronektinin, böyrək matriksinin digər komponentlərinin aktivləşməsi ilə əlaqədardır. TFP birləşdirici toxumanın böyümə faktorunun sintezini aktivləşdirir.

I tip şəkərli diabet xəstəliyinin diabet nefropatiyasının stadiyasında TFP ilə yumaqcıq bazal membranının qalınlığı, eləcə də mezangial matriksin inkişafı ara-sında birbaşa qarşılıqlı əlaqə mövcuddur [9]. Diabet xəstəliyinin I tipində nefro-patiya artdıqca TFP-nin böyrəklər vasitəsilə ifrazı artır. I tip şəkərli diabet və II tip böyrək nefropatiyası zamanı fibroz membranlarının və endotelial disfunksiya faktorlarının səviyyəsinin qalxması böyrək yumaqcıqlarının filtrasiya surətinin(FS) azalması nəticəsində yaranan tubulointerestisial zədələnmənin birbaşa əlaqəsini təsdiq edir.

TGF(transforming growth factor- transformasiyaedici böyümə faktoru)─mar-keri 1990-cu ildə trombositlərdən alınmış multifunksional sitokindir.TGF-normada hüceyrə profilerasiyasının, differensiasiyasının, apaptozun immun cavabının, mat-riksin yenidən modelləşməsinin vacib requlyatorudur.

T.Jamamoto və əməkdaşları hesab edirlər ki, TGF-nin qlomerulosklerozun və interstisial fibrozun proqressivləşməsində rolu vardır[19]. İmmunohistokimyəvi metodlarla müəyyən olunub ki, TGF-nin nefritin müxtəlif formalarında nəzərəçar-pan ifrazı plazminogen-1 aktivatorunun inhibitoru və fibronektinin toplanması ilə nəticələnir[17]. K.O.Kurumovun tədqiqatlarında isə II tip şəkərli diabet xəstələ-rində böyrəklərin zədələnmələrindən asılı olmayaraq TGF səviyyəsinin artması müşahidə edilir.

Sonda onu qeyd etmək lazımdır ki,baxdığımız faktorlar endotelial disfunksiyaların asılı olmayan markerləri hesab olunur, bir çox xəstəliklərin həmçinin aterosklerozda, arterial hipertenziyada, şəkərli diabetdə və böyrək patologiyalarının patogenezində iştirak edirlər.

Böyrəkdəki endotelial disfunksiyaların bütövlükdə və onun markerlərinin ayrılıqda öyrənilməsi bizim üçün perspektivlidir.

ƏDƏBİYYAT

1. Арбатская Н.Ю., Демидова И.Ю. Рациональная инсулинотерапия сахарного диабета во время беременности // Эффектив. фармакотерап. Акушер. и гинекол, 2010, №5-6, с. 2-7.

2. Бгатова И.И., Бондарь И.А., Климонтов В.В., Надев А.И. Начальные изменения в почках у больных сахарным диабетом 1-го типа // Пробл. эндокрин, 2007, №5,С. 3-8.

3. Бондарь И.А., Климонтов В.В., Пауль И.А. Экскреция сульфатированных гликозаминогликанов с мочой у больных с диабетической нефропатией // Пробл. эндокрин, 2001, №4,bc. 35-38.

4. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М. Роль окислительного стресса в патогенезе сосудистых осложнений диабета // Пробл. эндокрин,2000, №6, с. 29-34.

6. Лака Г.И., Захарова Т.Г. Сахарный диабет и беременность,Ростов-на-Дону: Феникс,2006,125 с.

7. Левкович М.А. Современные представления о роли цитокинов в генезе физиологического и патологического течения беременности // Рос. вестн. акушер. и гинекол, 2008, Т. 8, №3, с. 37-40.

8. Надев А.И., Климонтов В.В., Бондарь И.А. Мочевая экскреция фиброгенных факторов роста и ТФР-β на ранних стадиях ДН // Терап. Архив, №1, с.52-56.

9. Попова В.В., Зак К.И. Цитокины и сахарный диабет 1-го типа у человека // Укр. мед. часопис,2006, №1, с.78-88.

10. Петрухин В.А., Федорова М.В., Краснопольский В.И. Сахарный диабет, беременность и диабетическая фетопатия,М.: Медицина, 2001, 288 с.

16. Shen S.J., Hu Z.H., Li Q.H. Implacations of the changes in serum neutrophil gelatinase-associated lipocalin and cystatin C in patients with chronic kidney disease // Nephrology, 2014, v.19,p.29-35.

17. Kamijo-Ikemori A., Ichikawa D., Matsui K. et al. Urinary L-type fatty acid binding protein (L-FABP) as anew urinary biomarker promulgated by the Ministry of Healty, Labour and Welfare in Japan // Rinsho Byori,2013, v. 96, № 61, p. 635-640.

18. Ho C.Y., Wong C.K., Li E.K. et al. Elevated plasma concentrations of nitric oxide, soluble thrombomodulin and soluble vascular cefadhesion molecule-1 in patients with systemic lupus erythematosus // Rheumatology, 2003, v. 42, p. 117-122.

1. Heung M., Chawla L.S. Predicting progression to chronic kidney disease after recovery from acute kidney injury // Curr. Opin. Nephrol. Hypertens,2012, v.21 (6), p.628-34.

3. Waring W.S., Moone A. Earlier recognition of nephrotoxicity using novel biomarkers of acute kidney injury // Clin. Toxicol, 2011, v.49 (8), p.720-8.

4. Hilde R.H. de Geus, Michiel G. Betjes, Jan Bakker Biomarkers for the prediction of acute kidney injury: a narrative review on current status and future chalienges // Clin. Kidney J,2012, v. 5 (2), p.102-108.

5. Levey A.S., Stevens L.A., Schmid CH. et al. A new equation to estimate glomerular filtration rate // Ann. Intern. Med, 2009, v. 150 (9), p. 604-12.

6. Okura T., Jotoku M., Irita J. et al. Association between cystatin C and inflammation in patients with essential hypertension // Clin. Exp. Nephrol,2010, v.14, p. 584-588.

7. Hiramoto J.S., Katz R., Peralta C.A. et al. Inflammation and coaqulation markers and kidney function decline: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA) // Am. J. Kidney Dis, 2012, v.60, p. 225-32.

12. Kwang-Sook Woo, Jae-Lim Choi, Bo-Ram Kim et al. Urinary Neutrophil Gelatinase-Associated Lipocalin Levels in Comparison with Glomerular Filtration Rate for Evaluation of Renal Function in Patients with Diabetic Chronic Kidney Disease // Diabetes Metab. J, 2012, v.36 (4), p. 307-313.

13. Blumczynski A., Soitysiak J., Lipkowska K. et al. Hypertensive nephropathy in children – do we diagnose early enough? // Blood Press, 2012, v.21 (4), p. 233-9.

14. Hollmen M.E., Kyllonen L.E., Inkinen K.A. et al. Urine neutrophil gelatinase-associated lipocalin is a marker of graft recovery after kidney transplantation // Kidney Int, 2011, v. 79, p.89-98.

Резюме

Некоторые патобиохимические особенности гломерулопатии диабетического происхождения

Н.Ф.Латифова

В статье рассмотрены вопросы внедрения в раннюю диагностику больных гломерулопатией диабетического происхождения наряду с используемыми до сих пор различными методами также современных биохимических маркеров. В почечных клубочках больных гломерулопатией стало возможно за счет новых биомаркеров выявить на ранних стадиях изменения, происходящие на уровне эндотелия. Представлены химическая природа и внедрение таких новых маркеров, как L-FABP, İL-2, İL-8, Цистатин-С, эндотелий и др.

Summary

Some pathbiochemical features glamerulopathy of diabetical origin

N.F.Latifova

The article deals with the introduction of diabetic origin in early diagnostics of patients with glomerulopathy, as well as modern biochemical markers used up to now. In the renal glomeruli of patients with glomerulopathy, it became possible to identify at the early stages of the changes occurring at the level of the endothelium due to new biomarkers. The chemical nature and introduction of such new markers as L-FABP, İL-2, İL-8, Cystatin-C, endothelium, etc. are presented.

Daxil olub: 21.09.2016

18-F FLUOROCHOLINE (18-FCH) PET-CT COULD IDENTIFY THE SOURCE OF BIOCHEMICALLY RECURRENT PROSTATE CANCER WITH MINIMAL ELEVATION OF PSA

F.Guliyev, F.Novruzov, E.Mehdi

National Center of Oncology, Baku

Açar sözlər: prostat vəzi xərçəngi, limfa düyünlərinə metastazlar, biokimyəzi residiv, PET-KT 18F-холин

Ключевые слова: рак предстательной железы, метастазы в лимфатические узлы, биохимический рецидив, ПЭТ-КТ 18F-холин

Key words: prostate cancer, lymph node metastasis, biochemical recurrence, PET-CT 18F-Choline

Prostate cancer (PCa) is the third highest cause of cancer deaths and the most commonly found malignancy in males within economically developed countries [1]. Radical prostatectomy and radiation treatment became the standard therapeutic option for patients with clinically localized prostate cancer [2]. It is the only treatment that shows a benefit for overall survival and cancer-specific survival compared with conservative management [3]. There is up to a 30% risk of biochemical relapse in patients who undergo radical prostatectomy for prostate cancer. In accordance with recent guidelines, an elevated serum prostate-specific antigen (PSA) level is an indicator of treatment failure and local recurrence [4]. Accurate initial staging and early identification of recurrence are important for adequate treatment of primary and recurrent PCa. Diagnostic tools such as magnetic resonance tomography (MRI) and bone scintigraphy have limited value, with attempts to find an optimal diagnostic method ongoing. Promising results obtained with choline Positron Emission Tomography/Computed Tomography (PET/CT) have been extensively studied for PCa, particularly for PCa restaging in patients with biochemical relapse following treatment with curative intent.

The outcome of disease management and treatment depends on reliable information about the location and extent of recurrence. Occasionally it is not possible to identify the cause for biochemical changes using routine imaging methods, such as 18-Fluorodeoxyglucose PET/CT, MRI and bone scintigraphy.

For this purpose, the use of PET/CT with 18F-fluoroethylcholine (18F-FCH) has been proven in various studies, to have a high degree of accuracy for disease detection in patients with biochemical relapse of PCa [5].

Case presentation. A 66-year-old patient had undergone radical retropubic prostatectomy with bilateral obturator lymph node dissection at the age of 64, for the treatment of localized prostate cancer. The patient's PSA at the time of radical prostatectomy was 22.4 ng/ml. According to D'Amico, risk group classification for the patient was stratified in the high-risk prostate cancer group [6]. The pathological examination of tissue specimen revealed the presence of adenocarcinoma foci with a Gleason score of 4+4. Neither extracapsular extension nor seminal vesicles involvement was identified, with surgical margins proving negative for cancerous cells. The eighteen lymph nodes removed were confirmed to be free of tumor. The final pathological stage was defined as T2N0M0. No adjuvant treatment was advised after surgery.

After 2 years of follow-up the patient developed biochemical relapse with PSA of 0.4 ng/ml. Taking in account the high preoperative PSA level and the probability of recurrence 68Ga-PSMA PET-CT investigation was planned. The scan showed no pathological findings and the patient was considered to be follow-up biochemically and radiologically (Fig. 1). Further measurements of PSA level, particularly 1 year after, showed elevation in PSA level up to 1.49 ng/ml. For evaluation of recurrence and extension of disease 18-

FCH PET-CT was preferred. PET-CT shows focal increased 18-FCH (choline) uptake (SUVmax to 4.3) in external iliac lymph node measured 11×10mm, which barely seen in previous PET/CT (Fig. 2). There is no evidence of local recurrence or bone metastases. The patient was discussed in a multidisciplinary team meeting and surgical removal of the lymph node with subsequent iliac node dissection was planned. Open surgical procedure was completed without any intraoperative complications, other than some difficulty associated with adhesions in the pelvis due to previous surgery. Histopathological evaluation of lymph nodes revealed the presence of metastases in the one lymph node suspected by PET/CT investigation (Fig. 2). The remaining 21 lymph nodes were free of tumor. The patient was discharged from the hospital on the 4th day following surgery. Results of the surgical procedure were discussed in detail and adjuvant monotherapy with bicalutamide 150 mg was initiated.

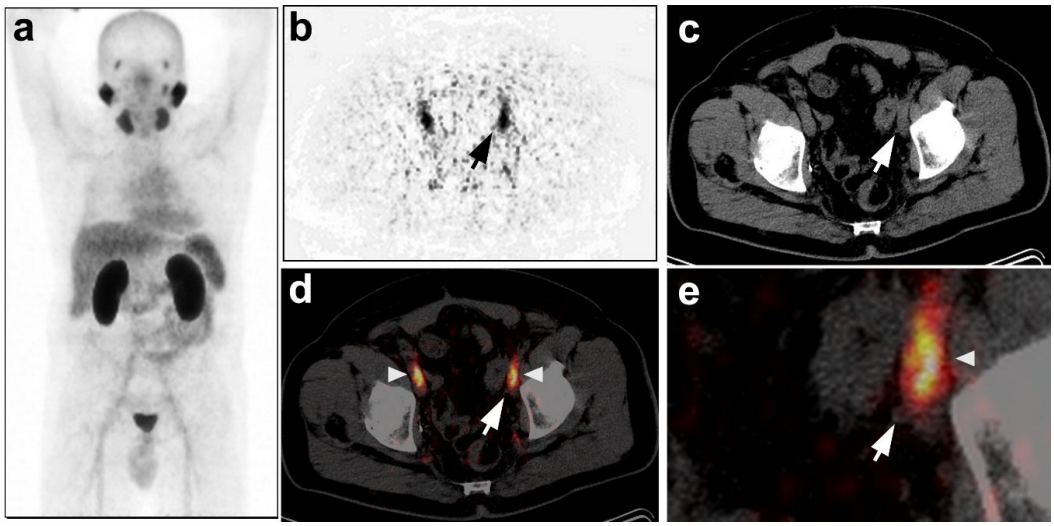


Fig. 1. There is no pathologic uptake seen in iliac lymph node (4 mm) and prostatic bed on 68Ga-PSMA PET-CT images (MIP, axial and fusion (a-d), zoomed right iliac region (e). Arrowheads indicate iliopsoas muscle uptake.

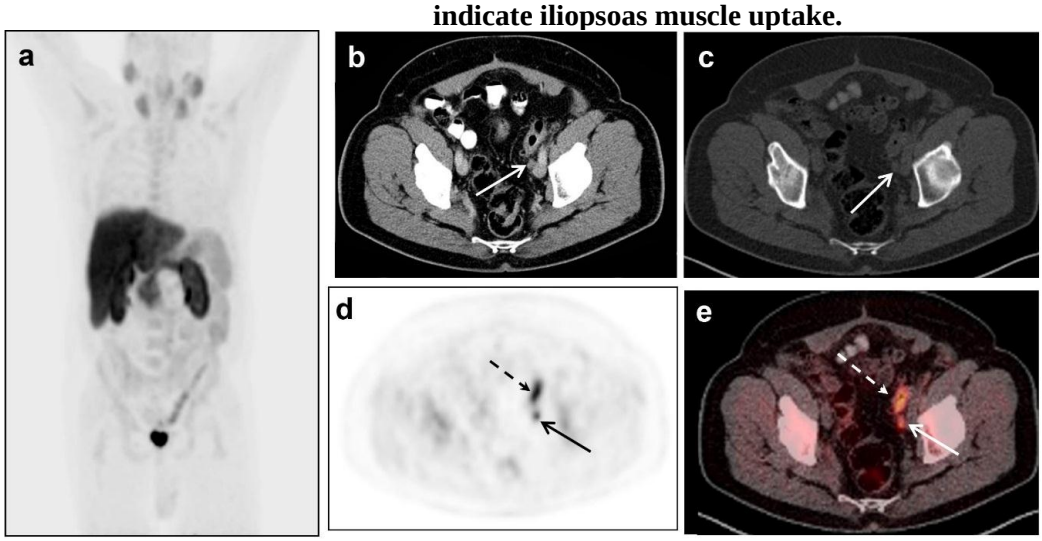


Fig. 2. In 18F-FCH PET-CT scan images- MIP (a), contrast enhanced CT(b-c), PET (d) and fused PET-CT images (e) long arrows demonstrates intense uptake in left external iliac lymph node (maximum standardized uptake value, 4.3). Dashed arrow indicate increased bowel uptake (e).

Discussion. Elevated serum PSA levels are indicative of treatment failure and local recurrence [4]. The approach to this patient group depends mainly on the reason for PSA elevation, particularly the differentiation of local recurrence and metastatic progression. Currently, there is no optimal algorithm of investigations or definite imaging modality that can discriminate systemic versus local recurrence, hence any method has its own limitations. However, more promising results have been achieved in recent years with investigational PET radiotracers that have utility in evaluating the extent of the recurrent disease in the biochemical recurrent state.

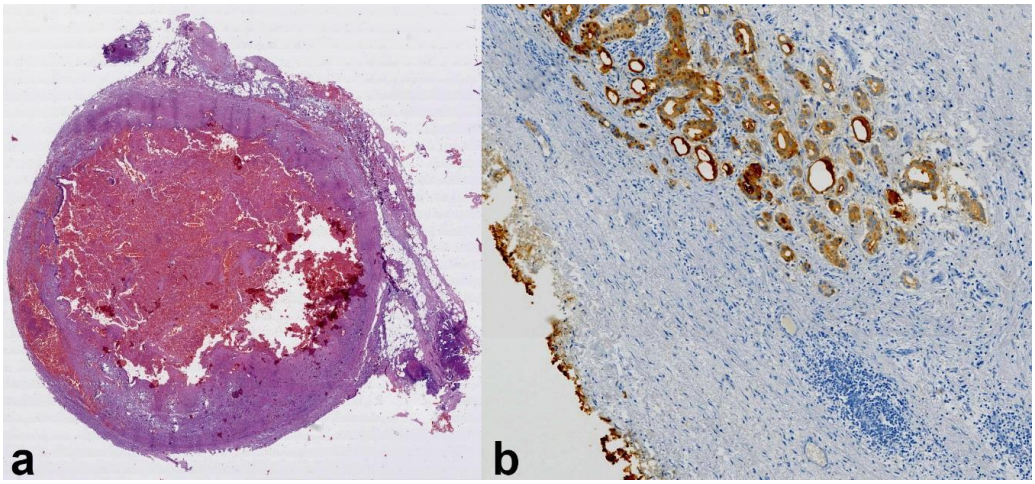


Fig. 3. Cross-section view of left external iliac lymph node (a) infiltrated with atypical glandular cells (H&E stain). Positive immunohistochemically cytoplasmic stain for PSA (b).

The growing interest for use of PET/CT with 18F-Fluorocholine (18F-FCH) and 11C-Choline is noted and confirmed to have a high accuracy in disease detection, with a strong relationship between increases in PSA serum levels in prostate cancer patients with biochemical relapse after therapy with curative intent [5]. The biological basis of the increased accumulation of choline radiotracer in prostate cancer cells is the overexpression of intracellular choline kinase - the enzyme that catalyzes the phosphorylation of choline to phosphatidylcholine, an essential component of lipid membranes. Accordingly, choline uptake in the tumor correlates with the extent of cell proliferation and mitotic activity [7].

The main limitations of 18F-FCH PET/CT in detecting local recurrence is the incompetence of showing the microscopic extension of the disease that is beyond the resolution capability of the method. Also, it is less sensitive at low serum PSA levels. For instance, overall sensitivity of 18F-FCH PET/CT was estimated as 71.4% and 28% in case of PSA value <2 ng/mL and <1.5 ng/mL respectively [8].

The sensitivity and specificity of 18F-FCH PET/CT in patients with biochemical recurrence were the main objectives for several studies. A meta-analysis carried out by Von Eyben et al., consisting of 2348 patients with biochemical relapse revealed a sensitivity of 62% and specificity of 92% in the determination of metastases in pelvic lymph nodes [9]. The findings of Tilki et al. and Dolgushin et al. confirmed the high specificity in the use of 18F-choline to differentiate between normal and affected lymph nodes in biochemical relapse [10,11].

The gradual increase in articles concerning the importance of 18F-FCH PET/CT as a diagnostic tool for biochemical relapse have noted in last years. Although, the interest to novel agents such as 68Ga-PSMA is well known, the role of 18F-FCH in diagnosis of biochemical recurrence should not to be underestimated. In our case we were able to identify and remove the single lymph node with tumor involvement and successfully follow-up the patient for subsequent 13 months.

Conclusion: The optimal radiologic method for identification of biochemical recurrence and its routine use in patients with prostate cancer is still controversial. Recent investigations revealed the promising results with the use of 18F-choline PET/CT as a diagnostic method for initial staging, evaluation of biochemical relapse and further follow-up.

We are presenting the case suggesting the possibility to identify the patient group with biochemical relapse who may be cured. Although this diagnostic tool is not accepted as mandatory, the investigations in this direction should be proceeded. To our opinion, if recurrence can be proven to be localized and identified at early time, this may lead to improved cancer-specific and overall survival.

REFERENCES

1. Jemal A., Bray F., Center M.M. et al. Global cancer statistics // CA Cancer J Clin. 2011, v.61, p.69-90.

2. Heidenreich A., Bastian P.J., Bellmunt J. et al. EAU guidelines on prostate cancer. part 1: screening, diagnosis, and local treatment with curative intent-update 2013 // Eur Urol. 2014, v.65(1), p.124-37.

3. Bill-Axelson A, Holmberg L, Ruutu M. et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer // N Engl J Med., 2011, v.364(18), p.1708-17.

4. Darwish O.M., Raj G.V. Management of biochemical recurrence after primary localized therapy for prostate cancer // Front Oncol., 2012, v.23, p.48.

5. Evangelista L., Cervino A.R., Guttilla A. et al. F-fluorometilcholine or F-fluoroethylcholine pet for prostate cancer imaging: which is better? A literature revision // Nucl Med Biol., 2015, v.42(4), p.340-8.

6. Boorjian S.A., Karnes R.J., Rangel L.J. et al. Mayo Clinic validation of the D'amico risk group classification for predicting survival following radical prostatectomy // J Urol., 2008, v.179(4), p.1354-60.

7. Chiti A. The rising PET: the increasing use of choline PET/CT in prostate cancer // Eur J Nucl Med., 2011, v.38, p.53-54.

8. Evangelista L., Zattoni F., Guttilla A. et al. Choline PET or PET/CT and biochemical relapse of prostate cancer: a systematic review and meta-analysis // Clin Nucl Med., 2013, v.38(5), p.305-14.

9. Von Eyben F.E., Kairemo K. Metaanalysis of 11C-choline and 18F-choline PET/CT for management of patients with prostate cancer // Nucl Med Commun., 2014, v.35(3), p.221-30.

10.Tilki D., Reich O., Graser A. et al. 18Ffluoroethylcholine PET/CT identifies lymph node metastasis in patients with prostate specific antigen failure after radical prostatectomy but underestimates its extent // Eur Urol., 2013, v.63, p.792-6.

11.Dolgushin M.B., Odzharova A.A., Mikhailo A.I. et al. Dual-stage 18F-fluorocholine PET/CT scanning for biochemical recurrences of prostate cancer // Oncourology, 2015, v.2, p.46-54.

Xülasə

18-F Fluorocholine (18-FCH) PET-KT vasitəsilə PSA-ın minimal artımı olan xəstələrdə biokimyəvi residivləşən prostat vəzi mənbəyinin identifikasiyası

F.Quliyev, F.Novruzov, U.Mehdi

Prostat vəzi xərçəngi xərçəngdən ölümün əsas səbəbi olub, iqtisadi cəhətdən inkişaf etmiş ölkələrdə kişilərdə rast gəlinən daha yüksək tezlikli bədxassəlı törəmədir. İlkin və residivləşən prostat vəzinin adekvat müalicəsi üçün ilkin düzgün diaqnozun qoyulması çox vacibdir. Maqnit-rezonans tomoqrafiya və sümüklərin ssintiqrafiyası kimi diaqnostik metodlar məhdud xarakter daşıyır və hazırda daha optimal diaqnostik metodların işlənib hazılanmasına cəhdlər göstərilir. Xolin-PET ilə ümidverici nəticələr əldə edilmişdir, xolin- PET xərçəngin, o cümlədən prostat vəzi xərçənginin diaqnostikasında geniş tətbiq edilir. Bu məqalədə 18 F xolin-PET-n biokimyəvi residivləşən prostat vəzi xərçəngində istifadə edilməsinin nəticələri verilmiş və radikal prostotektomiyaya məruz qalan xəstələrin nəzarətdə saxlanmasının diaqnostik əhəmiyyəti müzakirə edilir.

Резюме

18-F Fluorocholine (18-FCH) ПЭТ-КТ идентифицирf источник биохимически рецидивирующего рака предстательной железы с минимальным повышением ПСА

F.Guliyev, F.Novruzov, U.Mehdi

Рак предстательной железы является основной причиной смерти от рака и наиболее часто встречающейся злокачественной опухолью у мужчин в экономически развитых странах. Точная первоначальная постановка диагноза и раннее выявление рецидива важны для адекватного лечения первичного и рецидивирующего рака предстательной железы. Диагностические методы, такие, как магнитно-резонансная томография и сцинтиграфия костей имеют ограниченное значение, и в настоящее время предпринимаются попытки найти оптимальный диагностический метод. Получены многообещающие результаты с холин-ПЭТ, которые широко изучались при раке предстательной железы, в частности, при повторном раке предстательной железы у пациентов с биохимическим рецидивом после лечения целебными свойствами. Здесь мы сообщаем о результатах 18F-холина ПЭТ биохимически рецидивирующего рака предстательной железы и обсуждаем правомочность данного диагностического теста для наблюдения за пациентами, подвергающимися радикальной простатэктомии.

Daxil olub: 21.09.2016

ORİJİNAL MƏQALƏLƏR- ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

GÖZÜN EVİSSERASİYA VƏ ENUKLEASİYASININ SƏBƏBLƏRİNDƏN ASILI TİBBİ-SOSİAL AĞIRLIĞI

Q.M.İsmayılov

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu

Açar sözlər: gözün enukleasiya və evisserasiyası, tibbi-sosal ağırlıq
Ключевые слова: эвисцерации и энуклеации глаза, медико-социальный груз
Key words: evisceration and enucleation of eyes, medical and social load

Əhalinin sağlamlığının qorunmasında həyata keçirilən kompleks, fərdi, ictimai və dövlət tədbirləri çox təəssüf ki, insanların xəstəliklərdən və onların ağır fəsadlarından tam mühafizəsini təmin etmir. Belə patologiyalara göz xəstəlikləri, xüsusən evisserasiya və enukleasiya zərurətini formalaşdıran xəstəliklər və zədələr aiddir.

Enukleasiya və evisserasiya zərurətini yaradan patologiyalar çoxdur, onların bu zərurəti formalaşdırmaqda rolu fərqlidir. Belə ki, İordaniya alimləri Universitet klinikasında 5 il ərzində travmalarla bağlı 27, qlaukoma, endoftalmit, keratit və digər səbəblərlə bağlı müvafiq olaraq 10, 13, 12 və 6 enukleasiya və evisserasiya əməliyyatları barədə məlumatı nəşr etdirmişlər [1]. Clarke L. və Fraser S.[2] Böyük Britaniyada 1998-2004-cü illərdə həyata keçirilən oftalmoloji cərrahi əməliyyatları araşdıraraq göstərirlər ki,enukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarının sayı (müxtəlif illərdə 475-583 enukleasiya, 374-422 evisserasiya) zəif templə azalır.

Evisserasiya və enukleasiya insanın həyat fəaliyyətində ağır iz qoyan tibbi zərurətlə bağlıdırlar. Bu əməliyyata səbəb olan xəstəliklər və əməliyyatın özü həyat fəaliyyətinin ən əhəmiyyətli funksiyası – görmə funksiyasının itməsi ilə assosiasiya olunduğuna görə ciddi tibbi-sosial yükə (əmək qabiliyyətinin azalması və tam itməsi; psixoloji gərginlik, estetik diskomfort və sair) malikdirlər. Bu yükün ağırlığı xəstəliklərin başlandığı və əməliyyatın aparıldığı yaş dövründən asılıdır. M.Vittorino, F.Serrano və F.Suarez [3] 1990-2000-ci illərdə Kolumbiya Ali Oftalmologiya kollecinin klinikasında həyata keçirilən 161 enukleasiya və 209 evisserasiya əməliyyatında pasiyentlərin əksəriyyətinin gənc olmasını göstərirlər. Əməliyyat olunmuş pasiyentlərin orta yaşı barədə məlumatlar fərqlidir: 46,1[4], 26,0[5], 67 [6].

Azərbaycanda evisserasiya və enukleasiya əməliyyatına məruz qalmış pasiyentlərin yaş səciyyələri və müvafiq olaraq tibbi-sosial yükün ağırlığı araşdırılmamışdır.

Tədqiqatın məqsədi: Evisserasiya və enukleasiyanın səbəblərindən asılı tibbi-sosial yükün ağırlığını səciyyələndirmək.

Tədqiqatın materialları və metodları. Müşahidə ucdantutma metodu ilə toplanmış 510 evisserasiya və enukleasiya olunmuş pasiyentlərin məlumat bazasına əsaslanır. Hər pasiyentin yaşı, cinsi, təhsili, məşğulluğu, əməliyyata səbəb olmuş xəstəliyi, əməliyyatının növü barədə məlumatlardan istifadə olunmuşdur. Tibbi-sosial yükün ağırlığının meyarı kimi pasiyentin yaşı ilə ölkədə orta ömrün davam müddəti arasında fərq götürülmüşdür. Ömrün orta davam müddəti Dövlət Statistika Komitəsinin məlumat bazasında verilmişdir. Tibbi-sosial yükün ağırlığı evisserasiya və enukleasiya əməliyyatlarına səbəb olmuş patologiyalara görə müəyyən edilmişdir. Materialların statistik işlənməsində həm kəmiyyət, həm də keyfiyyət əlamətlərinin təhlili metodları tətbiq edilmişdir [7]. Statistik hesablamalar Excel proqramının "məlumatların analizi" zərfinin köməyi ilə həyata keçirilmişdir.

Alınmış nəticələr. Əməliyyat olunanların əksəriyyətində evisserasiya (74,1±1,9%), 25,9±1,9%-də enukleasiya tətbiq edilmişdir. Pasiyentlərin 63,0±2,1%-i kişi, 37,0±2,1%-i isə qadınlar olmuşdur. Əməliyyatın səbəbi kimi 39,8±2,2% hallarda qlaukoma, 20,4±1,8% hallarda endoftalmit, 13,3±1,5% hallarda travma, 5,5± 1,0% hallarda keratit və 4,7±0,9% hallarda yeni törəmələr göstərilmişdir.

Əməliyyatın səbəblərinə görə qrupların cinsə görə yarımqruplarında pasiyentlərin yaş tərkibi 1-ci cədvəldə göstərilmişdir. Həm kişi, həm də qadın yarımqruplarında pasiyentlərin əksəriyyəti 40 və yuxarı yaşlarda olmuşdur (65,4 və 68,2%). Pasiyentlərin onda biri 20 yaşa qədər, üçdə biri isə 40 yaşa qədərdir. 20

yaşa qədər pasiyentlərin qrup və yarımqruplar üzrə payı geniş intervalda (4,8±2,7- 30,4±6,8%) dəyişir (P<0,05), ən yüksək göstərici həm kişi (30,4±6,8%), həm də qadın (22,7±8,9%) yarımqruplarda travmalarla bağlı əməliyyat olunmuş qrupda qeydə alınmışdır. Qlaukoma ilə bağlı əməliyyat olunanların çox az qismi (5,0±1,8% kişi, 4,8±2,7% qadın yarımqruplarında) 20 yaşa qədərdir.

Cədvəl 1

Evisserasiya və enukleasiyanın səbəblərindən asılı pasiyentlərin cinsə və yaşa görə bölgüsü

Evisserasiya və enukleasiyanın səbəbləri	Pasiyentlərin cinsi		Yaş, illər				
			0-19	20-39	40-59	60 və çox	Cəm
Travmalar	Kişi	n	14	18	7	7	46
		%	30,4±6,8	39,2±7,2	15,2±5,3	15,2±5,3	100,0
	Qadın	n	5	10	4	3	22
		%	22,7±8,9	45,5±10,6	18,2±8,2	13,6±7,3	100,0
Endoftalmitlər	Kişi	n	7	5	7	31	50
		%	14,0±4,9	10,0±4,2	14,0±4,9	62,0±6,9	100,0
	Qadın	n	8	5	8	33	54
		%	14,8±4,8	9,3±3,9	14,8±4,8	61,1±6,6	100,0
Qlaukoma	Kişi	n	7	25	51	58	141
		%	5,0±1,8	17,7±3,2	36,2±4,0	41,1±4,1	100,0
	Qadın	n	3	7	25	27	62
		%	4,8±2,7	11,3±4,0	40,3±6,2	43,6±6,3	100,0
Keratitlər	Kişi	n	2	2	2	9	15
		%	13,3±8,7	13,3±8,7	13,3±8,7	60,1±12,6	100,0
	Qadın	n	2	2	4	5	13
		%	15,4±10,0	15,4±10,0	30,8±12,8	38,413,4	100,0
Yenitörəmələr	Kişi	n	5	3	5	7	20
		%	25,0±9,7	15,0±7,9	25,0±9,7	35,0±10,6	100,0
	Qadın	n	1	1	2	1	4
		%	25,0±21,6	25,0±21,6	25,0±21,6	25,0±21,6	100,0
Digər səbəblər	Kişi	n	5	18	18	8	49
		%	10,2±4,3	36,7	36,7±6,9	16,4±5,3	100,0
	Qadın	n	4	12	10	8	34
		%	11,8±5,5	35,3±8,2	29,4±7,8	23,5±7,3	100,0
Cəm	Kişi	n	40	71	90	120	321
		%	12,5±1,8	22,1±2,3	28,0±2,5	37,4±2,7	1000
	Qadın	n	23	37	52	77	189
		%	12,2±2,3	19,6±2,8	27,5±3,2	40,7±3,5	100,0

Əməliyyat olunanların çoxu travmalarla bağlı 20-39, endoftalmit, qlaukoma, keratit, yenitörəmələrlə bağlı isə 60 və yuxarı yaşlarda olmuşdur. Göründüyü kimi evisserasiya və enukleasiya əməliyyatlarının səbəblərindən asılı pasiyentlərin yaş strukturu fərqlidir. Bu pasiyentlərin yaş səciyyələrinin tam təsviri statistikanın 2-ci cədvəldə əks olunmuşdur. Travmalar, endoftalmitlər, qlaukoma, keratit və yenitörəmələrlə bağlı əməliyyat olunanların minimal (müvafiq olaraq: 7; 4; 4; 6; 8) və maksimal (müvafiq olaraq 79; 80; 80; 82; 84) yaşları bir-birinə yaxın olsalar da yaşın modaları (18; 64; 79; 70; 65) və medianaları (29; 64; 54; 59,5; 49,5) bir-birindən kəskin fərqlənirlər. Yaşın orta göstəriciləri (müvafiq olaraq 33,0±2,38; 54,7±2,29; 52,8±1,37; 52,6±4,58 və 43,5±5,43) arasında fərq statistik dürüstdür. Gənc yaşlarda gözün itirilməsi qoca yaşlarda gözün itirilməsi ilə müqayisədə fərqli sosial yüklə səciyyələnir. Anoftalm bu pasiyentlərdə onların ehtimal olunan ömrünün axırına qədər tibbi-sosial yük kimi qalacaqdır. Bu yükün ağırlığını səciyyələndirən meyar- anoftalmla assosiasiya olunan ömrün orta davam müddəti barədə aldığımız məlumatlar 3-cü cədvəldə verilmişdir. Göründüyü kimi tibbi-sosial yükün ağırlığı daha çox travmalarla (40,5±2,8 il) və yenitörəmələrlə (30,0±5,4 il) bağlı həyata keçirilən əməliyyatlara məruz qalmış qruplarda qeydə alınır.

Evisserasiya və enukleasiya əməliyyatlarının kişi və qadın pasiyentlərdə fərqli yaşlarda həyata keçirilməsi, həm də kişi və qadınların ömrünün orta müddətini (müvafiq olaraq 70,8-71,2 və 76,1-76,5 il) fərqli olmasına görə anoftalm ilə assosiasiya olunan ömür kişi qruplarında qısadır.

Cədvəl 2

Enukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarına məruz qalmış pasiyentlərin yaşının təsviri statiskası

Əməliyyatın əsas səbəbləri / Göstəricilər	Travmaların nəticələri	Endoftalmitlər	Qlaukoma	Keratitlər	Yenitörəmələr	Digər səbəblər	Hamısı
Orta yaş	33,0	54,7	52,8	52,6	43,5	43,2	48,5
Yaşın orta xətası	2,38	2,29	1,37	4,58	5,43	2,21	0,98
Mediana	29	64	54	59,5	49,5	40	50
Moda	18	64	79	70	65	30	79
Yaşın standart kənara çıxması	19,63	23,36	19,52	24,25	26,61	20,09	22,24
Dispersiya	385,4	546,1	381,0	588,1	708,5	403,9	494,8
Eksses	-0,27	-0,50	-0,43	-0,72	-1,35	-0.72	-1,0
Asimmetriya	0,78	-0,91	-0,50	-0,72	-0,21	0,01	-0,33
Minimum	7	4	4	6	8	12	1
Maksimum	79	80	80	82	84	79	80
Say	68	104	203	28	24	83	510

Cədvəl 3

Evisserasiya və enukleasiyanın səbəblərindən asılı tibbi-sosial yükün ağırlığı (anoftalm fonunda ömrün davam müddəti)

Əməliyyatın əsas səbəbləri / Qruplar	Travmaların nəticələri	Endoftalmitlər	Qlaukoma	Keratitlər	Yenitörəmələr	Digər səbəblər
Kişi	37,1±4,5	16,4±4,8	19,1±3,7	19,0±10,1	28,4±10,4	27,6±5,1
Qadın	42,7±4,4	20,9±4,1	24,0±3,1	24,5±9,8	33,1±11,2	32,9±4,8
Hər iki cins	40,5±2,8	18,8±2,3	20,7±1,4	20,9±4,6	30,0±5,4	30,3±2,2

Alınmış nəticələrin müzakirəsi. Evisserasiya və enukleasiya əməliyyatlarına əksərən kişilərin məruz qalması, onların səbəbləri arasında qlaukoma və travmaların üstün paya malik olması barədə məlumatlarımız ədəbiyyat mənbələrində olan müvafiq məlumatlarla uzlaşır [1-4]. Əksər klinikalarda olduğu kimi Azərbaycanın klinikalarında da evisserasiya və enukleasiya nisbətən çox tətbiq olunur. Əməliyyata məruz qalmış pasiyentlərin orta yaşında fərq ədəbiyyatda göstərilmişdir. Orta yaşın ən aşağı səviyyəsi (26 il) Valeshabed və həmmüəlliflər [5] tərəfindən müşahidə edilmişdir. Rusiyada da fərqli klinikalarda aparılan əməliyyatlarda pasiyentlərin orta yaşı kəskin fərqlənir: 46,1[4] və 67 [6]. Bizim müşahidəmizə görə əməliyyat olunanların orta yaşı 48,5±0,98 təşkil edərək [4] tərəfindən alınmış məlumatlarla uzlaşır. Əməliyyatların səbəblərindən asılı pasiyentlərin orta yaşının fərqlənməsi onların tibbi-sosial yükünün ağırlığına görə qruplaşdırılması üçün zəruri şərtdir. Aldığımız nəticələr göstərir ki, ən çox evisserasiya və enukleasiya səbəb olan qlaukomanın tibbi-sosial yükü (anoftalmla assosiasiya olunan ömrün müddəti) travmaların müvafiq göstəricisindən 2 dəfəyə qədər azdır. Ona görə də tibbi profilaktik tədbirlərin prioritet istiqaməti ilk növbədə travmatizmin profilaktikasına yönəlməlidir.

Nəticələr:

1.Enukleasiya və evisserasiya əməliyyatları tibbi zərurətlə bağlı olsalar da anoftalmla nəticələndiyinə görə tibbi-sosial yükü formlaşdırır.

2.Enukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarının tibbi-sosial yükünün ağırlıq meyarı anoftalmla assosiasiya olunan ömrün orta davam müddəti istifadə oluna bilər.

3.Enukleasiya və evisserasiya əməliyyatlarına səbəb olan patologiyalar daha çox fərqli yaşlarda əməliyyat zərurətini yaratdığına görə onların tibbi-sosial yükünün ağırlığı da fərqlidir: ən ağır yük travmalarla (anoftalmla assosiasiya olunan ömür uzun), nisbətən az ağır yük qlaukoma (anoftalmla assosiasiya olunan ömür qısadır) ilə bağlı olur.

4.Tibbi profilaktika tədbirlərinin prioriteti xəstəliklərin tibbi-sosial yükünün ağırlığı nəzərə alınmaqla müəyyən oluna bilər.

ƏDƏBİYYAT

1. Ababneh O.H., Talev E.A., Abu Ameerh M.A. and Yousef Y.A. Enucleation and evisseration at a tertiary care hospital in a developing contry // BMC ophthalmology, 2015, v.15, p.120 .

2. Clarke L.C., Fraser S.G. Hospital episode statistics and trends in ophthalmic surgery 1998-2000 // BMC Opththalmalogy, 2006, v.6, p.37.

3. Vittorino M., Serrano F., Sunarez F. enucleation and evisseration: 370 cases review. Results and complications // Arch. SOC ESP oftalmol., 2007, v.82, p.415-500

4. Чеглаков П.Ю. Формирование опорно-двигательной культи при эвисцероэнуклеации и эндопротезировании с применениями имплантата для повышения подвижности глазного протеза. Автореф. дисс. … к.м.н. М. 2005, 24 с.

5. Valeshabad A.K., Naseirour M., Asghari R., et al. Enucleation and evisceration: indications, complications and clinicopathological correlations // Jnt S ophthalmol., 2014, v.7, № 4, 677-680.

6. Быкова Л.С., Зеленцев Р.Н. Причины энуклеаций по материалам ГБУЗ АО «АКОБ» в 2011 году // Бюллетень Северного Государственного Медицинского Университета, 2012, № 2, с 19-21.

7. Стентон Г. Медико-биологическая статистика. М.: Практика, 1999, 459 с.

Резюме

Медико-социальная груз эвисцерации и энуклеации глаза в зависимости от их причин

Г.М.Исмаилов

Цель исследования- получение характеристики медико-социального груза эвисцерации и энуклеации глаза в зависимости от их причин. Сплошным охватом собрана информация о 510 случаев операций эвисцерации и энуклеации. Критерием медико-социального груза является продолжительность жизни с анофтальмией (интервал между возрастом пациента на момент энуклеации или эвисцерации и средний продолжительностью предстоящей жизни). Использована описательная статистика. Эвисцерация сравнительно чаще применяется, чем энуклеация (соответственно 74,1±1,9 и 25,9±1,9%). Среди пациентов преобладает мужчины (63,0±2,1%). Ведущими первоначальными причинами оперативного вмешательства являются глаукома (39,8±2,2%), эндофталмит (20,4± 1,8%), травмы (13,3±1,5%), кератиты (5,5±1,0%) и новообразования (4,7±0,9). Эвисцерация и энуклеация формирует медико-социальный груз- жизнь с анофтальмией, которая в среднем продолжается 48,5 лет. Медико-социальный груз зависит от первоначальной причины для оперативного вмешательства, его размер высок при травмах (40,5±2,8 годы) относительно низок при эндофталмитах (18,8±2,3 годы).

Summary

Medical and social load of evisceration and enucleation of eyes, depending on their causes

G.M. Ismailov

Purpose: Getting of characteristics of the medical and social load of the evisceration and enucleation of eyes, depending on their causes. Data about 510 cases of evisceration and enucleation of eyes have been collected. Criteria for medical and social load is the period of life with anophthalmos (period between the age of the patient at the moment of enucleation or evisceration and average life expectancy). Descriptive statistics have been used. Evisceration is applied relatively often than enucleation (accordingly 74,1±1,9 and 25,9±1,9%). Men prevails among patients (63,0±2,1%). Main and leading reason for surgery are glaucoma surgery is (39,8±2,2%), entophthalmia (20,4±1,8%), trauma (13,3±1,5%), keratitis (5,5±1,0%) and neoplasms (4,7 ± 0,9). Enucleation and evisceration are forming the medical and social load –living with anophthalmos averagely longs 48,5 years. The medical and social load depends on the initial reason for surgery. It is great at traumas (40,5±2,8 years) and relatively lower at endophthalmitis (18,8±2,3 years).

Daxil olub: 29.09.2016

QADIN CİNSİYYƏT ORQANLARININ SALLANMASI FONUNDA METABOLİK SİNDROMUN YAYILMASI

M.Ş.Əsgərova

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnsitutu

Açar sözlər: yayılma dərəcəsi, metabolik sindrom, qadın cinsiyyət orqanlarının sallanması

***Ключевые слова*:** распространенность, метаболический синдром, выпадения женских половых органов

Key words: abundance, metabolic syndrome, losses of female genitals

Qadın cinsiyyət orqanlarının sallanması (QCOS) həyatın keyfiyyət səciyyələrini ciddi pisləşdirən çox yayılmış patologiyalardandır [1-6]. Bu patologiyanın risk amilləri çoxdur və onlardan biri də piylənmə hesab edilir [3,4,5]. Piylənmə də metabolik sindromun əlamətlərinə aiddir [4]. Bilavasitə metabolik sindrom fonunda QCOS-nı araşdırmış və alınmış nəticələr bu iki patologiya arasında əlaqənin olmasını sübut edir. QCOS və metabolik sindromun yayılmasında həyat tərzinin, reproduktiv davranışın və fiziki aktivliyin rolu böyük olduğuna görə, bu iki patologiyanın qoşa təzahürünün ayrı-ayrı populyasiyalarda fərqli olması ehtimalı böyükdür. Bunu nəzərə alaraq, Azərbaycan populyasiyasında QCOS və metabolik sindromun qoşa təzahürünün öyrənilməsi aktual sayılmışdır.

Tədqiqatın məqsədi. Qadın cinsiyyət orqanlarının sallanması fonunda metabolik sindromun yayılmasını qiymətləndirmək.

Tədqiqatın materialları və metodları. Müşahidə Bakı şəhərinin Sabunçu rayon 2 saylı qadın məsləhətxanasında aparılmışdır. Xidmət ərazisində yaşayan 45 və yuxarı yaşlı qadınların siyahisi tərtib edilmiş, onların hər 25 nəfərindən biri (cəmi 710) müayinəyə cəlb edilmişdir. Müşahidənin həcmi həddi xətanın 3%-dən az olmasını təmin edir ki, bu da populyasiya barəsində repezentativ nəticə almağa əsas verir. Müşahidə obyektinə daxil edilmiş qadınlar ginekoloji müayinədən keçirilmiş, onlarda metabolik sindromun əlamətləri (bədən kütləsi indeksi, qanda triqliseridlər, yüksək sıxlıqlı lipoproteidlər, qlükoza, arterial qan təzyiqi və sair) qiymətləndirilmişdir.

Bədən kütləsinin indeksi bədən kütləsini boyun m^2-la ifadə olunmuş göstəricisinə bölməklə hesablanmışdır. Birləşdirici toxumanın displaziyası Smolnovanın [9] meyarlarına görə kəmiyyətcə (ballarla) ifadə olunmuşdur. Pasiyentdə astenik tipli bədən quruluşu və ya bədən kütləsi az olanda, 40 yaşa qədər refreksiya pozğunluğunun olması, pəncənin yastılığı, toxumalarda qansızmalar qeyd olunanda, doğuşdan sonra qanaxmaları olmuş, vegetativ distoniya və urək ritmi pozulduqda hər patologiyaya görə 1 bal, skalioz və kifoz, ağır yastıpəncəlilik, varikoz xəstəliklər və babasil, öd yollarının diskineziyası, vaxtından əvəl doğuşlar qeydə alındıqda 2 bal, yırtıqlar, splanxoptoz, fəsadlaşmış varikoz xəstəliyi və sair hallarda 3 bal təyin edilərək fərdi orta bal hesablanmışdır. Orta balın <10, 10-16, >17 olmasına görə birləşdirici toxumanın displaziyası yüngül, orta ağırlıqlı və ağır dərəcəli hesab edilmişdir.

Prolapsın dərəcəsini kəmiyyətcə ifadə etmək üçün POP-Q (JCS) sistemi tətbiq edilmişdir [7,8]: Sallanmış toxuma himendən 1 sm-dən çox yuxarıda (I dərəcə), proksimal və ya distal istiqamətdə ±1 sm (II dərəcə), >1 <2 sm (III dərəcə) və >2 sm olanda (IV dərəcə). Metabolik sindromun qiymətləndirilməsi üçün aşağıdakı meyarlar istifadə olunmuşdur:

- qarın dairəsi ≥ 80 sm (abdominal piylənmə əlaməti);
- hiperglikemiya (qanda qlükoza ≥100 mq/dl);
- hiperqliseridemiya (qanda triqliseridlər ≥150 mq/dl);
- yüksək sıxlıqlı lipoproteidlərin qanda miqdarı <50 mq/dl;
- sistolik arterial təzyiq ≥130 mm civə sütunu (CS);
- diastolik arterial təzyiq ≥85mm CS.

Metabolik sindrom diaqnozu yuxarıdakı hər hansı üç meyarın normadan çox olması ilə müəyyən olunmuşdur.

QCOS-nın dərəcələrinə görə ayırd edilmiş qruplar üzrə orta yaş, bədən kütləsi indeksi, hamilə və doğuşların sayı, birləşdirici toxumanın displaziyasının təsviri statistikası verilmişdir, metabolik sindromun yayılma səviyyəsi hesablanmışdır. Statistik işlənmə kəmiyyət və keyfiyyət əlamətlərinin statistik metodları ilə aparılmışdır [10].

Alınmış nəticələr. QCOS-nın əlamətləri (POP-Q şkalasına görə) 59,8±18% qadında qeydə alınmışdır. QCOS əlamətləri olan və olmayan qadınların müvafiq olaraq 29,4±18% və 9,8±18% - də metabolik sindrom diaqnozu təsdiq edilmişdir (P<0,001).

QCOS-nın dərəcələrinə görə bölgüsündə I dərəcənin payı nisbətən çoxdur (47,1±2,4%), IV dərəcəli sallanma çox az müşahidə olunmuşdur (1,2±0,5%). QCOS-nın dərəcələrinə görə ayird edilmiş qruplarda qadınların sosial – demoqrafik səciyyələri 1-ci cədvəldə verilmişdir. Bu qruplarda qadınların orta yaşı müvafiq olaraq 56,6±0,4% (I dərəcə), 57,1±0,5% (II dərəcə), 57,8±0,8% (III dərəcə) və 71,5±2,6% (IV dərəcə) il olmuş və bir- birindən statistik dürüst fərqlənmişdir (F=8,1; ν =3; P<0,05). QCOS – nın dərəcəsi yüksək olan qruplarda qadınların orta yaşı böyükdür. Müqayisə olunan qruplarda qadınların bədən kütləsinin indeksi bir-birinə yaxın olmuş müvafiq olaraq I,II,III və IV dərəcəli sallanmalarda təşkil etmişdir: 27,6±0,2; 26,9±0,2; 27,2±0,2 və 26,2±0,9 kq/m^2 (F=3,5; ν =3; P>0,05)

Reproduktiv dövr ərzində QCOS – nın dərəcələrinə görə ayırd olunmuş qruplarda hamiləliklərin (3,9±0,1; 4,1±0,1; 4,4±0,1 və 4,6±0,4) və doğuşların (2,6±0,1; 2,7±0,1; 2,8±0,1 və 3,5±0,2) orta sayı bir – birindən statistik dürüst fərqlənmişdir. Sallanma dərəcəsinin coxalması doğuş və hamiləliklərin sayının artması ilə assosiasiya olunur. Müqayisə olunan qruplarda qadınların müvafiq olaraq 84,0±2,6; 86,9±2,7; 90,0±3,9 və 80,0±17,8%-i menopauzadan sonrakı durumda olmuşdur.

Birləşdirici toxumanın displaziyasının inteqral qiyməti QCOS-nın dərəcəsindən asılı qruplarda (I, II, III və IV dərəcələrdə müvafiq olaraq 10,8±0,4; 12,2±0,5; 13,6±0,6 və 15,0±0,9 bal) bir-birindən statistik dürüst fərqlənir, prolapsin ağırlaşması ilə mütənasib çoxalır. Bu qruplarda anamnezində cərahi əməliyyatları (14,5±2,5; 54,4±3,9; 40,0±63; 60,0±21,9%) və yaxın qohumlarda QCOS (35,0±3,4; 74,4±35; 73,3±5,7 və 100%) olanların xüsusi çəkiləri bir-birindən fərqlənirlər və oxşar trendlə dəyişirlər.

QCOS-nın dərəcəsindən asılı ayırd edilmiş qruplarda metobolik sindromun əlamətlərinin rastgəlmə tezliyi barədə aldığımız məlumatlar 2-ci cədvəldə əks olunmuşdur. Abdominal piylənmə (qarın dairəsinin ≥80sm olması) əlamətinin tezliyi 67,5±3,3%-lə 90,6±2,1% arasında dəyişərək bir-birindən statistik dürüst fərqlənmişdir (p<0,01), amma sallanmanın ağırlıq dərəcəsi ilə mütənasib dəyişməmişdir. Qanda qlükozanın acqarına miqdarı ≥100 mq/dl olan şəxslərin xüsusi çəkiləri 18,8±3,1%-lə (II dərəcəli sallanma) 51,7±6,5% intervalında (III dərəcəli sallanma) dəyişmiş (p<0,01), bu göstərici də sallanmanın dərəcəsi ilə mütənasib olmamışdır. Qanda triqliseridlərin miqadrı ≥150 mq/dl olan pasiyentlərin xüsusi çəkisi də geniş intervalda dəyişir (21,3±3,2% II və III dərəcəli sallanmalarda; 50,0±21,9% IV dərəcəli sallanmalarda), amma qruplar arasında fərq statistik dürüst deyildir (p>0,05). QCOS –nın I, II, III dərəcəsi olan qadınlar qruplarında qanda yüksək sıxlıqlı lipoproteidlərin miqdarı < 50 mq/dl olanaların xüsusi çəkiləri (4,5±1,5; 18,8±3,1 və 58,3±6,4%; p<0,001) bir-birinmdən statistik dürüst fərqlənmirlər və onların trendi sallanma dərəcəsindən asılı çoxalma ilə səciyyələnir.

Cədvəl 1

QCOS olan qadınların sosial-demoqrafik və klinik səciyyələri

QCOS dərəcələri / Göstəricilər	I n=200	II n=160	III n=60	IV n=5
Yaş, illərM±m	56,6±0,4	57,1±0,5	57,8±0,8	71,5±2,6
Bədən kütləsinin indeksi (kq/m^2) M±m	27,6±0,2	26,9±0,2	27,2±0,2	26,2±0,9
Hamiləliklərin sayı M±m	3,9±0,1	4,1±0,1	4,4±0,1	4,6±0,4
Doğuşların sayı M±m	2,6±0,1	2,7±0,1	2,8±0,1	3,5±0,2
Menopauzadan sonra olanlar (%)	84,0±2,6	86,9±2,7	90,0±3,9	80,0±17,8
Ailə anamnezində QCOS olanlar (%)	35,0±3,4	74,4±3,5	73,3±5,7	100,0
Birləşdirici toxuma displaziyası (balla) M±m	10,8±0,4	12,2±0,5	13,6±0,6	15,0±0,9
Anamnezində cərrahi əməliyyat olanlar (%)	14,5±2,5	54,4±3,9	40,0±6,3	60,0±21,9

Sistolik qan təzyiqi ≥130 mm CS olan pasiyentlərin xüsusi çəkiləri də müqayisə olunan qruplarda bir-birindən fərqlənirlər (I, II, III və IV dərəcəli sallanmaılarda müvafiq olaraq 63,5±3,4; 81,3±3,1; 61,7±6,3 və 60,0±21,9%) və əsasən xaotik dəyişirlər. Oxşar nəticə diastolik qan təzyiqi ≥85 mm CS olanların xüssusi çəkilərinə görə də izləmək olur (müvafiq olaraq 62,0±3.4; 82,8±2,9; 65,0±6.2 və 60,0±21,9%).

Metabolik sindrom diaqnozu qeyd olunan əlamətlərin hamısının normadan yüksək olmasına görə təsdiq olunur. Belə diaqnoz QCOS –nın I, II, III və IV dərəcələri fonunda müvafiq olaraq 13,5±2,4; 38,2±3,8; 56,7±6,4 və 10,0±21,9 % təşkil etmiş, bir-birindən statistik dürüst fəqlənmiş və sallanmanın dərəcələri ilə mütənasib dəyişmişdir. Göründüyü kimi QCOS-nın ağırlıq dərəcələri pasiyentlərdə metabolik sindromun riski ilə mütənasibdir.

Alınmış nəticələrin müzakirəsi. QCOS-nın risk amilləri barəsində çoxsaylı ədəbiyyatın icmalını nəşr etmiş [3] göstərirlər ki, qadının yaşı bədən kütləsinin izafiliy, hamiləlikləri və doğuşların sayı, anamnezdə cərrahi əməliyyatların, ailə anamnezində isə QCOS-nın olması prolapsın ehtimalını çoxaldır. Bu risk

amillərinin rolu bizim müşahidəmizdə sübut olunmuşdur. Bundan əlavə tədqiqatımızda birləşdirici toxumanın displaziyasının yüksək dərəcəsi, QCOS üçün risk amili kimi göstərilmişdir. [4] QCOS-nın ağırlıq dərəcələrindən asılı qruplarda orta yaşın 60-dan çox olmasını müşahidə etmidir. Bizim tədqiqatımızda QCOS-nın nisbətən gənc yaşlarda (56,6±0,4) başlanması qeydə alınmışdır. Hamiləliklərin və doğuşların orta sayı QCOS fonunda (3,9-4,6 və 2,6-3,5) və [4]- ün müşahidəsində (2,2-2,9; 1,9-2,3) fərqli olmuşdur. Hamiləliklərin və doğuşların çoxluğu azərbaycan populyasiyasında QCOS-nın nisbətən tez formalaşmasının səbəbi sayıla bilər.

Cədvəl 2

Metabolik sindromun əlamətlərinin QCOS olan qadınlarda rastgəlmə tezliyi (n; %)

QCOS dərəcələri / Əlamətlər	I n=200	II n=160	III n=60	IV n=5
Qarın dairəsi ≥80 sm	135 67,5±3,3	145 90,6±2,3	51 85,0±4,6	4 80,0±17,92
Qanda qlükoza≥100 mq/dl	55 27,5±3,2	30 18,8±3,1	31 51,7±6,5	2 40,0±21,9
Qanda triqliseridlər ≥150 mq/dl	58 29,0±3,2	34 21,3±3,2	13 21,7±5,3	3 60,0±21,9
Qanda yüksək sıxlıqlı lipoproteidlər <50mq/dl	9 45±1,5	30 18,8±3,1	35 58,3±6,4	2 40,0±21,9
Sistolik qan təzyiqi ≥130mm CS	127 63,5±3,4	130 81,3±3,1	37 61,7±6,3	3 60,0±21,9
Diastolik qan təzyiqi≥85 mm CS	124 62,0±3,4	134 83,8±2,9	39 65,0±6,2	3 60,0±21,9
Metabolik sindrom	27 13,5±2,4	61 38,2±3,8	34 56,7±6,4	3 60,0±21,9

QCOS-nın metabolik sindromla assosiasiyası barədə məlumatlarımız [4] –ün məlumatları ilə əsasən uzlaşır, amma fərqli aspektlər də vardır. Beləki, [4] qarın dairəsi ilə QCOS-nın ağırlıq dərəcələri arasında əlaqənin dürüstlüyünü sübut etmədiyi halda, bizim müşahidəmizsə bu əlaqə yüksək etibarlılıqla ($p<0,01$) qeydə alınmışdır. Triqliseridlərin qanda normadan artıq olması ehtimalı QCOS-nın dərəcələrindən asılı bizim müşahidəmizdə statistik dürüst deyildir, amma [4] bu əlaqənin dürüstlüyünü sübut etmişdir. Qanda yüksək sıxlıqlı lipoproteidlərin normadan az olması ehtimalı QCOS-nın dərəcələrindən asılı dəyişməsi bizim müşahidəmizdə statistik dürüstdür, [4]-ün müşahidəsində isə dürüst deyildir. Oxşar nəticə arterial hipertenziyanın yayılmasına görə izlənilir. Hesab edirik ki, bunların səbəbi [4]-ün müşahədısində pasiyentlərin sayının az (100 nəfər) olmasıdır. Bizim müşahidəmizdə pasiyentlərin sayı (425) kifayət qədərdir ki, statistii dürüst nəticələr almağa əsas vermişdir.

Beləliklə, QCOS və metabolik sindromun birgə təzahürü (assosiasiyası) obyektiv şərtlərlə bağlıdır, hər iki qrup patologiyanın ahıl yaşlarda və maddələr mübadiləsinin pozulması fonunda baş verməsi onların müştərək rast gəlməsinə səbəb ola bilər. Amma metobolik sindromun QCOS üçün risk amili olması da mümkündür, çünki QCOS olan və olmayan qruplarda metabolik sindromun tezliyi (29,4±2,2 və 9,8±1,8%; $p<0,001$) bir-birindən dürüst fərqlənirlər.

Nəticələr:

1. Qadın cinsiyyət orqanlarının sallanması olmayan, I, II, III və IV dərəcəli sallanması olan qadınlarda metabolik sindromun tezliyi fərqlidir (9,8±1,8; 13,5±2,4; 38,2±3,8; 56,7±6,4 və 60,0±21,9%).
2. Qadın cinsiyyət orqanlarının sallanmasının ağırlıq dərəcəsi qadınların yaşının, bətən kütləsi indeksinin, hamiləliklərin və doğuşların sayının, menopauzal statusun, ailə anamnezinin ağırlaşmasının, birləşdirci toxumanın displaziyasının fərqli səviyyələri ilə assosiasiya olunur.
3. Metabolik sindromun ayrı-ayrı əlamətlərinin tezliyi qadın cinsiyyət orqanlarının sallanması dərəcələri ilə mütənasib dəyişməsə də metabolik sindromun tezliyi ilə sallanmasının dərəcələri arasında mütənasiblik mövcuddur.

ƏDƏBİYYAT

1.Гвоздев М.Ю., Тупикина Н.В., Пушкарь Д.Ю. и др. Пролапс тазовых органов в клинической практике врача уролога. Методические рекомендации №3. Утверждена первым заместителем руководителя Департамента Здравоохранения Города Москва. 2016 г.

2. Барсуков А.Н., Пересади О.А., Куликов А.А. Пролапс тазовых органов у женщин: современное состояние проблемы // Медицинская панорама. 2011, №6, с.21-28

3. Vergeldt T.F.M., Weemhoff M., Inthou T.J, Kluivers K. Risk factors for pelvic organ prolapsed and its recurrence a systematic review // Int Urogynecol S. 2015, v.26, p.1359-1573

4. Rogowski A., Bienkowski P., Tarwaski D. et al. Association between metabolic syndrome and pelvic organ prolapsed severity // Int Urogynecol S. 2015, v.26, p.563-568

5. Hagen S., Stark D., Dougall I. A survey of prolapsed practice in Uk women's health physiotherapists: what has changed in the last decade? // Int Urogynecol S. 2016, v.27, p.579-585

6. Lyatoshinskaya P., Gumina D., Popov A., Koch M., Haymann M. Knowledge of pelvic organ prolapsed in patients and their information-seeking preferences: comparing Vienna and Moscow // Int Urogynecol 2016. Dos 10.1007/SOOL92-016-3018-4

7. Клинический протокол диагностики и лечения выпадения женских половых органов. Рекомендовано Экспертным советом РГПН-а ПВХ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерство здравоохранения и социального развития от 20 ноября 2015 года протокол №16

8. Камоева С.В. Патогенетические аспекты прогнозирования, диагностики лечения пролапса тазовых органов: Автореф. дис. … докт. мед. наук. М., 2014 257 с.

9. Смольнова Т.Ю. Клинико-патогенетические аспекты опущения и выпадения внутренних половых органов при недифференцированных формах дисплазии соединительной ткани // Кубанский научный медицинский вестник, 2009, №6, с.69-73.

10. Стентон Г. Медико-биологическая статистика. М.: Практика. 1999. 459 с.

Резюме

Распространенность метаболического синдрома на фоне выпадения женских половых органов

М.Ш.Аскерова

Цель исследования. Оценка распространенности метаболического синдрома на фоне выпадения женских половых органов. Выборка общая из 710 пациентов формирована систематическим отбором с условием получения результатов с предельной ошибкой менее 3%. Гинекологическим обследованием по системе POP-Q определена степень пролапса. Метаболический синдром оценен по величинам окружности живота (≥80 см), содержание глюкозы (≥100 мг/дл), триглицеридов (≥150 мг/дл), липопротеидов высокой плотности (<50мг/дл), систолического (≥130 мм РС) и диастолического (≥85 мм РС) артериального давления. Установлено, что у здоровых и больных пролапсом I, II, III и IV степени частота метаболического синдрома друг от друга существенно отличается (9,8±1,8; 13,5±2,4; 38,2±3,8; 56,7±6,4 и 60,0±21,9%). Выпадение женских половых органов и метаболический синдром существенно часто ассоциируется и её частота пропорционально со степени тяжести пролапса.

Summary

The prevalence of metabolic syndrome on the background of the female genital prolapse

M.Sh.Askerova

Purpose of the study. Assessment of the prevalence of metabolic syndrome on the background of the female genital prolapse. Selection among 710 patients have been conducted by the method of systematic selecting with the condition for obtaining results with maximum error of less than 3%. By means of gynecological examination according POP-Q system the degree of prolapse was determined. Metabolic syndrome was assessed on the values of the abdominal circumference (≥80 sm), glucose level (≥100 mg/dl), triglycerides (≥150 mg/dl), high-density lipoproteins (<50 mg/dl), systolic (≥130 мм РС) and diastolic (≥85 мм РС) arterial tension. It was determined that the frequency of metabolic syndrome of healthy women and patients with prolapsed of I, II, III and IV degree are significantly different (9,8±1,8; 13,5±2,4; 38,2±3,8; 56,7±6,4 and 60,0±21,9%). The female genital prolapsed and metabolic syndrome are often connected and its frequency is proportional with the severity of prolapse.

Daxil olub: 03.10.2016

TƏŞVİŞ-QORXU POZUNTULARI MÜXTƏLİF SƏVİYYƏLƏRDƏ OLAN PARODONT XƏSTƏLİKLƏRİ MÜŞAHİDƏ OLUNAN PASİYENTLƏRİN AĞIZ SUYUNDA KORTİZOL HORMONU VƏ İLTİHABLI ZÜLALLARIN TƏDQİQİ

O.S.Seyidbəyov, A.R.Əliyev, G.K.Haciyeva

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Bakı

Stomatologiya və üz-çənə cərrahiyyəsi kafedrası, Mərkəzi Elmi-Tədqiqat Laboratoriyası

Açar sözlər: parodontit, təşviş-qorxu pozuntuları, ağız suyunun zülalları, kortizol

Ключевые слова: пародонтит, тревожно-фобические расстройства, белки слюны, кортизол

Key words: parodontitis,anxiety-phobic disorders, saliva proteins, cortisol

Məlumdur ki, ambulator stomatoloji praktikada parodont xəstəlikləri olan pasientlərdə baş verən təşviş-qorxu pozuntuları davamlı hal olaraq, xroniki stress vəziyyəti meydana gətirir. Qüvvətli stress faktorlarının və qıcıqlandırıcıların təsiri ilə orqanizmdə yaranan spesifik xarakterli ümumi reaksiyaların mexanizminin aydınlaşdırılmasında Kanada alimi H.Selyenin elmi işlərinin böyük əhəmiyyəti olmuşdur. H.Selye orqanizmin q-spesifik uyğunlaşma reaksiyalarına "ümumi adaptasiya sindromu" adı verilmişdir [1]. Emosional gərginlik nəticəsində böyrəküstü vəzin beyin maddəsində adrenalinin sekresiyası reflektoru yolla sürətlənir. Bu zaman qana keçən adrenalin hipotalamusa təsir edərək, kortikoliberinin sekresiyasını sürətləndirir. Kortikoliberin hipofizin ön payında AKTH-sekresiyasını artırır. AKTH isə öz növbəsində böyrəküstü vəzin qabıq maddəsinin fəaliyyətini stimulə edir [1,2].

Təşviş-qorxu pozuntuları zamanı kortizolun ifrazında həm hipotalamus həm hipofiz vəzin ön payı həm də böyrəküstü vəzin qabıq maddəsi böyük rol oynayır [3].

Kortizolun yaşa görə sekresiyası az dəyişir.AKTH və kortizol hormonunun sutkalıq ritmi uşaq vaxtında (6-12) aylığında formalaşmağa başlayır və 3 yaşından sonra dəqiq formalaşır [1,4].

Kortizol steroid hormonu olub, böyrəküstü vəzin qabıq maddəsinin dəstəli zonasında ifraz olunur. Müəyyən edilmişdir ki, ağrı, zədələnmələr, infeksion xəstəliklər, stress, psixi gərginlik kortizolun ifrazını artırır [3].

Beləliklə, bəzi müəlliflərin sözlərinə görə və bizim apardığımız tədqiqata əsasən stomatofobiya olan xəstələrdə parodont toxuması xəstəliklərinin meydana gəlməsi riski artdığı üçün bu problemin həlli müasir dövrdə də öz aktuallığını qoruyur.

Tədqiqatın məqsədi: Parodont xəstəlikləri olan pasientlərdə Spilberq-Xanin şkalası üzrə təşviş-qorxu pozuntularının müxtəlif vəziyyətləri ilə steroid hormonu olan kartizolun və iltihablı zülalların səviyyələrini təyin etmək.

Tədqiqatın material və metodları. Parodontitin yüngül və orta ağırlıq dərəcəsi ilə 22 pasient müayinə olunmuşdur. Pasientlərin müayinəsi və müalicəsi 1 saylı klinik xəstəxanasının bazasında aparılmışdır. Biokimyavi müayinələr Ə.Əliyev adına ADHTİ-nun Mərkəzi Elmi Tədqiqat Laboratoriyasında aparılmışdır. Xəstələrin diaqnozunu klinik baxış, stomatoloji indekslərin təyini (PMA, KPÇ, PHP), ortopantomoqrammalar əsasında qoyulmuşdur. Spilberqer-Xanin şkalası üzrə (Spielberger Ch.D., 1970) 4 qrup xəstə müəyyənləşdirilmişdir: 1-ci qrup- (n=6)- aşağı həyəcanlılıq-5-8 bal, 2-ci qrup-(n=6)- orta həyacanlılıq- 9-11 bal, 3-cü qrup- (n=5)- yüksək həyacanlılıq- 12-17 bal, 4-cü qrup- (n=5)- çox yüksək həyacanlılıq- (n=5)- 12-17 bal. Bunlarla yanaşı, pasiyentlərin şikayyətlərini öyrənilməsivə anamnezi daxil olunmuşdur, hansı ki, təşviş-qorxu vəziyyətlərin dəyişikləri ilə klinik müayinəsi də aparılmışdır. Alınmış nəticələr imkan verir ki, həyəcanlılığın dərəcəsini təyin və təhlil edəkvə dentofobiyanın təzahürünü dərəcəsini aşkar edək. Kontrol qrupunu praktik sağlam adamlar üzərində tərtib etdik (n=10): Ə.Əliyev adina ADHTİ-nun stomatologiya və üz-çənə cərrahiyyəsi kafedrasının işçilərini və müdavimlərini.

Müayinə edilmiş pasientlərin orta yaş həddi 35.5±6.4 təşkil edirdi – minimal – 20, maksimal – 66. Material qismində müayinə üçün qarışmış stimulaedilməmiş tüpürcəyin nümunələri istifadə edilmişdir. Tüpürcəyin toplanmasısəhər acqarnına və dişləri firçalamamış səhərlər aparılmışdır. Tüpürcəyin toplanmasısınaq borusuna tüpürərək əldə olunmuşdur. Adətən 3-5 ml tüpürcək götürülmişdir. Tüpürcəkdə iltihablı zülalların təyinatı- ümumi zülal, albuminlər, qlobulinlər, albumin/qlobulin əlaqəsi Bioscreen MS-2000 bikimyavi analizatorda Human naborları ilə aparılmışdır (Almaniya). İL-1β və kortizolun səviyyələrini tüpürcəkdə İFA üsulu ilə Bioscren MS-500 analizatorda Вектор-Бест (Novosibirsk) və ЗАО "НВО İmmunotex" (Moskva) naborlar vasitələri ilə aparılmışdır.

Rəqəmlərin statistik məlumatlar tibbi kompyuter proqramı Microsoft Excel 2010 - ci il istifadəsi vasitəsi ilə həyata keçirilirdi. Alınan rəqəmli məlumat orta arifmetik miqdarda (M), orta səhv həcmində (m) şəkilində təqdim edilib. U kriteri əsasında (Vilkokson-Manna-Uitni) qruplar arasında ehtimal fərqləri

hesablanmışdır (P). Fərqlər etibarlı hesab olunmuşdular P≤0,05, yüksəketibarlı P≤0,01 və etibarlı olmayan P>0,05. Müxtəlif parametrlər arasında qarşılıqlı əlaqələri təyin edilməsi üçün cüt Pirson korrelasiya əmsalını (r) müayinə etmişdilər. Korrelasiyanın qiymətləndirilməsi üçün (r), hesab edirdilər ki əlaqə orta olaraq ifadə edilmişdir, əgər r<0.3; xeyli 0.3<r<0.7 və güclü olaraq r>0.7. Düz və müsbət əlaqəsi üçün eyni zamanda olan rəqəmlərin çoxalması müzakirə edilmişdir (r – müsbət), və yaxud mənfi, - bir göstəricinin artması, digəri isə aşağı düşən zaman [5].

Tədqiqatın nəticələri. Stomatoloji müdaxalidən əvvəl bizim tərəfimizdən növbəti rəqəmlər pasientlərin həyəcanlığını təyin edən Spilberqer-Xanin şkalası üzrə əldə edilmişdir: çox yüksək həyacanlılıq- 5(22.7%), yüksək - 5(22.7%), orta- 6(27.2%) vəaşağı həyacanlılıq - 6 (27.2%). Məhz buna görə də yüksək və çox yüksək həyacanlılıq olan xəstələrin ədəbiyyat mənbələrinə əsasən psixoloqun yardımında və farmokoloji preparatların qəbulunda ehtiyacları olmuşdur. Araşdırmalar zamanı aşkara edilmişdir ki, fobiyaların səbəbləri bizim pasientlərdə aşağıdakilardır: stomatoloqun qabaqdakı qəbullarında öz mənfi cavabı, özgənin neqativ təcrübəsi, müalicə təcrübəsinin neqativ köçürülməsi tibbin digər sahələrindən stomatologiyaya, şəxsi bacarıqsızlıqın duyğusu, zəifliyi, ümidsizlik, hansılar kı öz növbəsində qorxuya səbəb olurlar. Parodontitli xəstələrdə Spilberq-Xanin testləri ilə aparılan psixoloji müayinələr göstərdilər ki, müayinə edilənlərin çoxsunda müxtəlif səbəblərdən yaranan yüksək həyacanlılıq səviyyəsi, xroniki stress qeyd edilir.

Pasientlərin tüpürcəyində kortizolun səviyyəsi vəhəyəcanlılığın müxtəlif səviyyələri bizim tərəfimizdən aşkar edilmişdir.Bizim tərəfimizdən müəyyən olunmuşdur ki 1-ci qrupda həyəcanlılıqın aşağı səviyyəsi ilə (5-8 bal) kortizol miqdarı 19.8±1.4 nmol/l. 2-ci qrupda orta həyəcanlılıqla (9-11 bal), kortizolun səviyyəsi həmçinin artması müşahidə olunmuşdur 62.3±6.5 nmol/l. 3-cü qrup xəstələrdəyüksək həyacanlılıqla (12-17 bal) kortizolun artımı qeyd olunmuşdur və orta hesabla 81.5±12.7 nmol/l təşkil edirdi. 4-cü qrup xəstələrdəhəyacanlıqın çox yüksək göstəricisi ilə (18-20 bal) kortizolun ən yüksək səviyyəsi aşkar olunmuşdur- 278.4±15.1 nmol/l. Bizim tərəfimizdən tüpürcəkdə kortizolun dəişmə konsentrasiyası və həyacanlıq səviyyəsi arasında korrelasion qarşılıqlı əlaqə quraşdırılmışdır. Korrelasiya əmsalı r=0.78 təşkil edirdi. Tüpürcəkdə kortizolun konsentrasiyası daha çoxhəyacanlılıqın çox yüksək göstəricisi ilə olan xəstələrdə aşkar edilmişdir.

Bizim tərəfimizdən Spilberqer-Xanin şkalasına görə həyacanlılıqın müxtəlif dərəcəsi ilə parodontitli xəstələrdə ağız suyunda ümumi zülalın miqdar xüsusiyyətləri aşkar edilmişdir. Bildiyiniz kimi, ağız suyunda zülalların miqdarı azdır, onun konsentrasiyası xeyli azdır, nəinki qanın plazmasında. Təsdiq edilmişdir ki, ümumi zülalın konsentrasiyası orta hesabla 500 mq-dan 4 q/l qədər təşkil edir. Bizim müayinələrimizdə praktik sağlam insanlar olan qrupda ümumi zülalın səviyyəsi orta hesabla 1.14±0.1q/l, albuminlərin- 0.54±0.05 q/l, qlobulinlərin- 0.6±0.06 q/l, a/q əlaqəsi- 0.93±0.08, İL-1β- 42.2±6.4 pq/ml təşkil edirdi.

Pasientlərin həyacanlıq səviyyələrin müxtəlif qruplar üzrə bölünməsi onların tüpürcəklərində olan zülalların dəyişməsi ilə qanunda uyğunluq yaradır. Ağız suyunda iltihab zülalların səviyyələrini müayinə zamanı təyin olunmuşdur ki, 1-ci qrupda həyacanlıqın aşağı səviyyəsi ilə ümumi zülalın səviyyəsi orta hesabla 1.3±0.1 q/l, albuminlərin 0.8±0.06 q/l, qlobulinlərin 0.5±0.09 q/l, a/q əlaqəsi- 1.74±0.3, İL-1B- 49.9 pq/ml. 2-ci qrupda həyacanlıqın orta həyəcanlıq səviyyəsi ilə ümumi zülalın səviyyəsi orta hesabla 1.5±0.1 q/l, albuminlərin 0.9±0.07 q/l, qlobulinlərin 0.5±0.07 q/l, a/q əlaqəs- 2.1±0.3, İL-1β-51.1±56 pq/ml. 3-ci qrupda ağız suyunda zülalların səviyyəsində eyni tendensiya qeyd edilmişdir. Ümumi zülalın artımı – 1.8±0.1q/l, albuminlərin- 1.38±0.1 q/l, İL-1β- 59.4±6.9 pq/ml, a/q səviyyəsi- 3.9±0.9 və qlobulinlərin azalması- 0.44±0.1 q/l qədər praktik sağlam insanlar aid göstəricilər olan qrupla müqayisədə. 4-cü qrupda pasientlərdə ümumi zülalın, albuminlərin, və İL-1β göstəriciləri statistik olaraq daha mənalı olmuşdular. Ümumi zülalın səviyyəsi- 1.7, albuminlər- 2.6, İL-1β- 1.5 dəfə artmışdılar və qlobulinlərin səviyyəsi- 1.5 dəfə azalmışdır (p<0.05) kontrol qrupda olan rəqəmlərə nisbətən.

Ümumi zülalın artırılmış rəqəmləri nəzərə alaraq, onları parodont toxumalarında olan zülal quruluşun parçalanması ilə bağlamaq olar, həmçinin hematosalivator çəpərin nüfuzu ilə bağlıdır ki, qanın zərdabından olan zülallar ağız suyuna düşür.

Korrelasiya analiz düz müsbət qarşılıqlı əlaqələrini ümümi zülal və həyacanlılıq göstəricilər arasında Spilberqer-Xanin şkalası üzrə (r=0.3), albuminləırin səviyyələrin (r=0.33), İL-1β (r=0.4) və qlobulinlərin səviyyəsi ilə mənfi qarşılıqlı əlaqənin (r=-0.3) mövcudluqunu göstərdi.

Beləliklə ümumi zülalın, albuminlərin, İL-1β doğru ən yüksək göstəriciləri və doğru qlobulinlərin aşağı göstəriciləripasientlərin yüksək və çox yüksək həyacanlıq səviyyəsi ilə bizim tərəfimizdən aşkar edilmişdir. Korrelasion analiz ümumi zülalın, albuminlərin və İL-1β səviyyələrini, Spilberqer-Xanin şkalası üzrə həyacanlılıq səviyyəsini təsdiq edir. Ağız suyunun biokimyavi müayinələri (ümumi zülal, albuminlər,

İL-1β) parodontitin kəskinləşmiş mərhələsində olan göstəricilər həyacanlıq xəstələrdə də öz əksini tapa bilərlər.

Apardığımız müayinələr göstərdi ki, yüksək və çox yüksək həyacanlıqı ilə olan xəstələrdə kortizolun miqdarı aşağı və orta həyanlıqı ilə olan xəstələrə nisbətən bir neçə dəfə (4-14dəfə) artmışdır.Bunu nəzərə alaraq demək olar ki, parodontitli xəstələrdə tüpürcəkdə kortizolun olması qorxu pozuntuların ağırlıq dərəcəsini göstərir.

ƏDƏBİYYAT

1. Белая Ж.Е., Рожинская Л.Я., Мельниченко Г.А., Дедов И.И. Современный взгляд на скрининг и диагностику эндогенногогиперкортицизма // Проблемы эндокринологии, 2012, Вып.4, том 58
2. Вавилова Т.П., Янушевич О.О., Островская И.Г. Слюна, Аналитические возможности и перспектива. М., Издательство БИНОМ, 2014, 312с.
3. Гажва С.И., Горячева Т.П. Психоэмоциональный статус пациентов до и после стоматологического вмешательства // Современные пробл науки и образования, 2014,N 4, с. 21-24.
4. Подколзин А.А., Большаков Г.В., Шаныгина Д.В., Гуревич К.Г. Выделение кортизола со слюной у больных артериальной гипертензий при стоматологическом стрессе: индивидуальные особенности // Биомед.журн., 2001, Т.2, с.209-211.
5. Трухачева Н.В. Математическая статистика в медико-биологических исследованиях с применением пакета statistica. М.: ГЭОТАР- Медиа, 2012, 384с.

Резюме

Изучение в слюне гормона кортизола и воспалительных белков в слюне у больных с пародонтитом и различным уровнем тревожно-фобических расстройств

О.С.Сеидбеков, А.Р.Алиев, Г.К.Гаджиева

Обследовано 22 больных с пародонтитом легкой и средней степенью тяжести. Созданы 4 группы больных по шкале Спилбергер-Ханина. В слюне у больных определяли: кортизол, общий белок, альбумины, глобулины, IL-1β. Содержание кортизола у больных с высоким и очень высоким уровнем тревожности было повышено в несколько раз (4-14 раз) относительно больных с низким и средним уровнем тревожности. Повышенный уровень кортизола сочетался с повышением концентрации общего белка, альбуминов, IL-1β, в слюне и максимальное повышение белков определялось у больных с высоким и очень высоким уровнями тревожности.

Summary

Research of cortisol hormon and inflammatory proteins in saliva among the patients with periodontitis and varuous level ofanxiety-phobic disorders

O.S. Seyidbayov, A.R. Aliyev, G.K.Gadjiyeva

We checked up 22 patients with periodontitis of mild and moderate severity.Created 4 groups by Spilberqer-Khanin scale. Cortisol, general protein, albumins, globulins and IL-1β indicators were calculated in saliva of patients. Content of cortisol among the patients with high and highest level of anxiety were increased into the several times (4-14 times) compared with patients of low and medium level of anxiety. Increased level of cortisol combined with increase of general protein, albumins, globulins, IL-1β concentration in saliva and maximal increase of proteins determined among the patients with high andhighest levels of anxiety.

Daxil olub: 24.08.2016

LYAMBLİOZUN FONUNDA UŞAQLARDA XRONİK HEPATİTİN GEDİŞİNİN KLİNİK-LABORATOR QANUNAUYĞUNLUQLARI

T.İ.Axundova

Qazax Mərkəzi xəstəxanası, Qazax şəhəri

Açar sözlər: lyamblioz, xroniki hepatit, yayılma dərəcəsi
Ключевые слова: лямблиоз, хронический гепатит, распространенность
Keywords: giardiasis, chronic hepatitis, the prevalence

Xronik viruslu hepatitlər problemi onun öyrənilməsində əldə edilən böyük uğurlara baxmayaraq, dünya səhiyyəsi, o cümlədən Azərbaycan üçün aktual ənənəvi məsələ olaraq qalır. Tibbi əhəmiyyətinə və sosial-iqtisadi zərərin həcminə görə xronik hepatitlər infeksion patologiyada aparıcı yer tutur. Xronik B hepatiti (XBH) ilə xəstələrdə xəstəliyin proqnozu əksər hallarda HBV-nin replikasiya fəallığının səviyyəsi, qaraciyərin zədələnməsi dərəcəsi və qaraciyər fibrozunun şiddətlənməsi tempi ilə müəyyən edilir. XBH ilə xəstələrdə qaraciyər fibrozunun və sirrozunun profilaktikasının əsas prinsipi etioloji amilin aradan qaldırılmasından ibarətdir [1,2].

Məlumdur ki, infeksion və qeyri-infeksion təbiətli yanaşı gedən xəstəliklər çox vaxt viruslu hepatitlərin qeyri-qənaətbəxş gedişini əvvəlcədən şərtləndirərək premorbid fonu ağırlaşdırır. Parazitar bağırsaq xəstəlikləri də viruslu hepatitin gedişinə əhəmiyyətli təsir göstərir. Parazitar xəstəliklər Azərbaycanda qrip və KRVİ-dən sonra ən geniş yayılmış xəstəliklərdən sayılır [3,4]. Həm viruslu hepatitlərlə xəstə ümumi əhali qrupu arasında, həm də uşaq populyasiyasında bağırsaq parazitozlarının, o cümlədən lyambliozun klinikasının öyrənilməsi məsələləri müasir ədəbiyyatda tam şərh olunmamışdır [5,6]. Uşaqlarda xronik hepatitlər probleminin, o cümlədən parazitar bağırsaq xəstəliyi olan lyambliozla onların müştərək gedişinin müxtəlif aspektlərinin gələcəkdə öyrənilməsi zərurəti məhz bununla müəyyən edilmişdir ki, bu da xəstələrin həmin qrupunda səmərəli müalicə metodlarının işlənib hazırlanması kimi mühüm məsələni ön plana çıxarır.

Tədqiqat işinin məqsədi lyamblioz fonunda uşaqlarda xronik B hepatitin gedişinin əsas klinik-laborator qanunauyğunluqlarının təyin edilməsidir.

Tədqiqat işinin material və metodları.

Qarşıya qoyulan vəzifələrə uyğun olaraq 2 müşahidə qrupu seçilmişdir: 1-ci müşahidə qrupunu – lyambliozun daha qabarıq nəzərə çarpan, uzun sürən klinik forması və xronik B viruslu hepatiti ilə xəstə olan 59 pasiyent təşkil edir, 2-ci qrupu - lyamblioz olmayan və VBH-nin erkən, başlanğıc mərhələləri olan 48 pasiyent təşkil edir. XBH-nin diaqnostikası ÜST-ün qaraciyər xəstəlikləri üzrə komitəsinin beynəlxalq təsnifatına (XBT-10) uyğun olaraq aparılmış və 6 və daha çox ay ərzində qaraciyərin zədələnmələrinin klinik əlamətlərinə, anamnezə laborator və exoqrafik müayinələr kompleksinə, hepatitlərin maryerlərinin təyin edilməsinə və katamnestik müşahidələrə əsaslanmışdır. Tədqiqata pasiyentlərin klinik müayinəsi və qanın laborator müayinəsi: ümumklinik, biokimyəvi (ALT, AST, QF, ümumi bilirubin, proteinoqramma), virusoloji (HBsAg, HBeAg, anti-HBe, anti-HCV və İFA, ZPR metodu ilə HBV DNT-nin kəmiyyətcə təyin edilməsi), qarın boşluğu orqanlarının ultrasəs müayinəsi daxildir. Xəstələrin hamısında parazitoloji müayinə: koproovoskopiya və protozooskopiya aparılmışdır. Bağırsaq helmintozlarının diaqnostikası məqsədilə Turdıyev konservantı (formalin-efirli zənginləşdirmə) tətbiq etməklə nəcisin kompleks müayinəsi metodundan istifadə edilmişdir. Əldə olunan məlumatların statistik təhlili aparılan tədqiqat işinin tələblərinə uyğun olaraq tərtib edilmiş Microsoft Excel elektron cədvəllər proqramının köməyi ilə həyata keçirilmişdir.

Tədqiqat işin nəticələri və müzakirəsi. Lyamblioz olmayan XBH ilə xəstələrdə klinik simptomatika zəif ifadə olunan formadan orta formaya qədər dəyişmiş, bu zaman astenovegetativ (47,9±7,2%), dispepsiya (35,4±6,9%) sindromları üstünlük təşkil etmişdir. Uşaqların 89,6±4,3%-də hepatomeqaliya aşkar edilmişdir, 43,8±7,2% halda qaraciyərin böyüməsi orta dərəcəlidir- qabırğa qövsündən 2 sm-dən çox olmayaraq aşağı çıxmış, lakin 10,4±4,5% xəstədə bu, 4 sm-dən çox olmuşdur. Qaraciyərdənkənar əlamətlər (döşdə və çiyinlərdə 0,2-0,5 mm diametrə malik teleangiektaziyalar, boyunda damar «toru», «qaraciyər» ovucu) 5 (5,7%) uşaqda təyin edilmişdir. Hemorragik sindrom qeydə alınmamışdır.

Biokimyəvi müayinələrin təhlili göstərmişdir ki, XBH ilə xəstələrin 57,6%-də xəstəlik minimal fəallıqla (ALT 2-ci normaya qədər), 35,6%-də aşağı fəallıqla (ALT 2-4 normada), yalnız 6,8%-də orta fəallıqla (ALT 5 norma) sürmüşdür. Bilirubin, QF və qlobulinlərin γ-fraksiyalarının patoloji dəyişikliklərinin tezliyi yalnız XBH-nin orta fəallığında əhəmiyyətli olmuşdur. Lakin virusun fəallığı yüksək olmuşdur- NVV-nin DNT 62,7% halda, HBeAg isə 50,8% halda aşkar edilmişdir. Biz yanaşı

gedən fon xəstəliyi- lyambliozu olan 59 uşaqda XBH-nin gedişini təhlil etmişik. Bu zaman qızdırma, davamlı diareya, qusma ilə müşayiət olunan lyambliozun kəkin forması aşkar edilməmişdir. Lyamblioz xronik və subklinik formalarda sürmüş və orta dərəcəli intoksikasiya simptomları, hipovitaminoz, dispepsiya və dəri-allergik əlamətləri ilə özünü biruzə vermişdir. Hemoqlobinin normal göstəricilərinə baxmayaraq, 48 (81,4%) xəstədə dəri örtüklərinin solğun olması nəzərə çarpmış, 32 (54,2±6,5%) nəfərdə əllərin açıcı səthlərində və qarında follikulyar hiperkeratoz aşkar edilmişdir. 26 (44,1±6,4%) uşaqda dirsək və dizaltı büküşlərdə lokalizasiya edən atopik dermatit və neyrodermit əlamətləri, 18 (30,5±6,2%) uşaqda kəskin xeylit (uçuqlar, perioral zonanın quruluğu və qabıq verməsi) və konyunktivit qeyd olunmuşdur. Cədvəl 1-dən göründüyü kimi, uşaqların müşahidə qruplarında intoksikasiya simptomlarının tezliyi xeyli artmışdır (astenovegetativ sindrom- 47,9±7,2-dən 84,7±4,6%-ə qədər, dispepsiya- 35,4±6,9-dən 71,2±10,0%-ə qədər), həmçinin sağ qabırğaaltı nahiyədə ağrılar- 18,7±5,7-dən 32,2±6,0%-ə qədər, dəri-allergik əlamətlərinin manifestləşməsi (6,2±3,6%-dən 52,5±6,5-ə qədər) qeyd olunmuşdur. Astenovegetativ sindrom və hepatomeqaliya arasında düz korrelyasiya əlaqəsi (r=0,78) aşkar edilmişdir.

Cədvəl 1

Yanaşı gedən lyambliozla xəstə olan və parazitar invaziyası olmayan XBH ilə xəstə uşaqların klinik xarakteristikası

Simptomlar və sindromlar	Lyamblioz olan XBH ilə xəstələr (n =59)		İnvaziyası olmayan XBH ilə xəstələr (n = 48)		P
	Müt.	%	Müt.	%	
Astenovegetativ:	50	84,7±4,6	23	47,9±7,2	0,008
- tez yorulma	25	43,4±6,5	7	14,6±5,1	0,42
-zəiflik	12	20,3±5,2	9	18,7±5,7	0,02
- baş ağrıları	13	22,0±5,0	7	14,6±5,1	0,05
Dispepsiya:	42	71,2±10,0	17	35,4±6,9	0,034
- ürəkbulanma, qusma	16	27,1±5,8	2	4,2±1,3	0,42
- qarında ağrılar	19	32,2±6,0	9	18,7±5,7	0,52
- qəbizlik, ishal	7	11,9±4,2	6	12,5±4,8	0,34
Hepatomeqaliya	59	100,0	43	89,6±4,3	0,36
- 2 sm-ə qədər	7	11,9±4,2	21	43,8±7,2	0,001
- 2,0-3,0 sm	14	23,7±5,5	8	16,6±5,4	0,002
- 3,0-4,0 sm	22	37,3±6,3	9	18,7±5,7	0,24
- 4,0 sm-dən çox	16	27,1±5,8	5	10,4±4,5	0,001
Splenomeqaliya	18	30,5±6,0	-	-	0,01
Damar əlamətləri	5	8,5±3,7	2	4,2±1,3	0,01
Dəri-allergik əlamətləri	31	52,5±6,5	3	6,2±3,6	0,001
Sistolik küy	14	23,7±5,5	3	6,2±3,6	0,42
Ekstrasistolik aritmiya	7	11,9±4,2	7	4,2±1,3	0,54

Hemoqramda aşkar edilən böyük fərqlər yalnız eozinofiliyanın göstəricilərində nəzərə çarpmışdır-7,12% (norma 0,5-6%) ki, bu da XBH ilə 48 xəstə (81,4±5,0%) qeydə alınmışdır. Fon xəstəliyi lyamblioz olan XBH ilə xəstələrdə sitoliz sindromu orta dərəcədə müşahidə olunmuşdur. ALT-in orta göstəriciləri parazitar invaziyası olmayan xəstələrdən o qədər də fərqlənməmişdir (müvafiq olaraq 102,6±3,4 vah. və 92,0±3,2 vah.). Lakin bu qrupda olan xəstələrdə aşağı və orta fəallıq daha çox qeydə alınmışdır (25,0% müqabilində 71,2%, 4,2% müqabilində 18,6%). Parazitar invaziya olmadıqda minimal fəallıq üstünlük təşkil etmişdir (8,5% müqabilində 68,8%). Ümumi bilirubinin (21,6±1,8 mkmol/l) və qələvi fosfatazanın orta göstəriciləri (728,0±28,6 vah.) yalnız lyambliozu olan xəstələrdə yüksəlmişdir ki, bu da xolestatik komponentin olmasından xəbər verir. Müqayisə qruplarından olan pasiyentlərdə öd ifrazı sisteminində baş verən dəyişikliklər (öd axarlarının və öd kisəsinin divarlarının qalınlaşması və bərkiməsi, onun deformasiyası, motor funksiyasının pozulması, konkrementlərin olması) 81,4±5,0% və 45,8±7,2% halda aşkar edilmişdir, lakin əksər pasiyentlərdə onlar geriyədönən xarakter almışdır, belə ki, onların yaranmasının səbəbi parazitar infeksiya olmuşdur.

Beləliklə, lyambliozla yanaşı gedən XBH klinik mənzərənin özünəməxsusluğu, intoksikasiya və dispepsiya sindromlarının tezliyinin yüksək olması, biokimyəvi göstəricilərin normallaşmasının ləngiməsi, xolestaz əlamətləri, öd ifrazı sistemində və öd kisəsində kəskin nəzərə çarpan diskinetik dəyişikliklərlə səciyyələnmişdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Бурканова Л.В. Функциональное состояние желчевыводящих путей при инфекционном гепатите в сочетании с лямблиозом и без него // Вирусный гепатит, 2009, № 4, с.1-7

2. Крамарь Л.В., Резников В.Е., Крамарь О.Г. Распространенность лямблиоза среди жителей Волгограда // Медицинская паразитология и паразитарные болезни, 2008, №4, с.38-39

3. Халафли Х.Н. Эффективность санитарной агитации в усвоямости мер профилактики кишечных паразитозов / V Международная научно-практическая конференция "Актуальные проблемы диагностики, лечения и профилактики инфекционных и па-разитарных заболеваний", Ташкент, 2009, с.113-114

4. Халафли Х.Н. Эффективная профилактика кишечных паразитозов, как фактор повышения здоровья детей в г.Баку// Журнал инфекционной патологии, Иркутск, 2009, №1, том 16, с.31-34

5. Alter H.J., Holland P.V., Purcele R.H. Viral hepatitis. Light at the end of the tunnel // JAMA, 2009, v. 299, №3, p. 293-294

6. Boyd William P., Bachman Barbara A. Gastrointestinal infections in the compromised host // Med. Clin. N. Amer., 2010, v. 66, № 3, p.743-753

Резюме

Клинико-лабораторные особенности течения хронического вирусного гепатита у детей с лямблиозом

Т.И.Ахундова

Проведенными исследованиями определены ведущие клинико-лабораторные особенности протекания хронического вирусного гепатита В у детей с лямблиозом. Лямблиоз всегда характеризовался хронической и субклинической формой течения заболевания, отмечались выраженные симптомами гиповитаминоза, интоксикации, кожных аллергических проявлений и диспепсии. В наблюдаемых группах детей отмечалось повышение встречаемости симптомов, характерных для интоксикации (астеновегетативного с 47,9±7,2 до 84,7±4,6% и диспептического с 35,4±6,9 до 71,2±10,0%), болей в правом подреберье с 18,7±5,7 до 32,2±6,0%, а также симптомов кожных аллергических проявлений (от 6,2±3,6 % до 52,5±6,5%). Хронический гепатит В у детей с лямблиозом характеризуется разнообразием клинической картины, большей встречаемостью симптомов интоксикации и диспепсии, признаками холестаза, замедленным процессом установлении норм биохимических показателей крови, дискинезией желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Summary

Clinical and laboratory features of chronic viral hepatitis in children with giardiasis

T.I.Akhundova

Conducted research identified several clinical and laboratory features of the course of chronic hepatitis B in children with giardiasis. Giardiasis is always characterized by a chronic and sub-clinical form of the disease, the severity of symptoms observed hypovitaminosis, toxicity, allergic skin manifestations and dyspepsia. The observed groups of children was an increase in the occurrence of symptoms characteristic of intoxication (asthenovegetative from 47,9±7,2 to 84,7±4,6% and dyspeptic from 35,4±6,9 to 71,2±10,0%), right upper quadrant pain from 18.7±5.7 to 32.2±6.0%, as well as symptoms of cutaneous allergic reactions (from 6.2±3.6% to 52.5±6.5%). Chronic hepatitis B in children with giardiasis is characterized by the diversity of the clinical picture, the greater the occurrence of symptoms of intoxication and indigestion, signs of cholestasis, a sustained process of setting norms blood biochemical parameters, dyskinesia of the gallbladder and biliary tract.

Daxil olub: 31.08.2016

DÜZ BAĞIRSAĞIN BƏD XASSƏLİ TÖRƏMƏLƏRİNDƏ İCRA EDİLMİŞ ÖN VƏ AŞAĞI ÖN REZEKSİYA ƏMƏLİYYATLARI ZAMANI QOYULMUŞ STOMALARLA BAĞLI MEYDANA ÇIXAN AĞIRLAŞMALAR

E.H. Əzimov

Azərbaycan Tibb Universiteti, I cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı

Açar sözlər: düz bağırsaq, düz bağısağın xərçəngi, stoma, ön və aşağı ön rezeksiya, stoma ağırlaşmaları
Ключевые слова: прямая кишка, рак прямой кишки, стома, передняя и нижне-передняя резекция, и осложнения стомы
Keywords: rectum, rectal cancer, stoma, front and nihne-anterior resection, stoma complications

Düz bağırsağın bədxassəli törəmələrində icra edilən ön və aşağı ön rezeksiya və müvafiq anastomozların qoyulmasından sonra həyata keçirilən loop ileostomiya əməliyyatlarının həyati vacib əhəmiyyət daşıması heç kimdə şübhə doğurmur [1,2,3].

Stomalar qoyulmuş xəstələrdə stoma ilə əlaqədar baş vermiş ağırlaşmalar bəzən təhlükəli olur və təkrar əməliyyatlara, uzun müddətli çox böyük zəhmət tələb edən müalicəyə ehtiyac yaradır. Del Pinore və əməkdaşlarının apardığı tədqiqatlar zamanı təcili cərrahi durumlarda açılmış stomaların daha çox ağırlaşmalar törətdiyi müəyyən edilmişdir [1]. Ədəbiyyat araşdırması ileostomaların daha çox ağırlaşmaya yol açdığını göstərir [4,5]. Stoma ilə bağlı ağırlaşmaların 10-60% arasında olduğu qeyd edilir [6]. Tədqiqatlar bədxassəli proseslə stoma ağırlaşması arasında əlaqənin olmadığını göstərir [7,8]. Ədəbiyyat araşdırmaları ileostomaların kolostomalara nisbətən daha çox ağırlaşmalara yol açdığını göstərir [9,10,11]. Stomalarla bağlı ağırlaşma sayı çoxdur. Biz yalnız praktik fəaliyyətimiz zamanı müşahidə etdiyimiz ağırlaşmaları (işemiya, nekroz, ayrılma, prolaps, eroziya) araşdırmışıq. Mümkün olan hallarda müalicə məsələlərinə toxunmuşuq.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqatın obyektini düz bağırsağın müxtəlif şöbələrinin adenokarsinoması qeyd edərək ön və aşağı ön rezeksiya əməliyyatı keçirmiş 75 xəstə təşkil etmişdir. Bu xəstələrin 42-də aşağı ön 33-də ön rezeksiya, əməliyyatların 17-si loporoskopik yolla, 58-də isə açıq üsulla həyata keçirilmişdir. Ön rezeksiya həyata keçirilmiş xəstələrin heç birində əməliyyatdan əvvəl radioterapiya aparılmamışdır. Aşağı ön rezeksiya aparılmış xəstələr 2 yarımqrupa bölünmüşlər: 1)Total mezorektumektomiya edilmiş xəstələr 2) Parsial mezorektumektomiya icra edilmiş xəstələr. Törəmə peritoneal büküşün altında yerləşən bütün hallarda total mezorektumektomiya həyata keçirilmişdir (42 xəstə). Peritonal büküşün həmən üstündə (T2 və T3 mərhələsində olan) törəmələrdə parsial mezorektumektomiya həyata keçirilmişdir (33 xəstə). Bəzi xəstələrdə əməliyyatdan əvvəlki dövrdə törəmənin peritoneal büküşün həmən üstündə olmasını müəyyən etmək mümkün olmamışdır. Odur ki, peritoneal büküşün üzərində və altında olan xəstələrdə T3 və T4 törəmələrində əməliyyatdan əvvəl gündəlik 2-5 Qr. olmaqla 20-25 gün ərzində radioterapiya, o cümlədən kimya terapiya (5-ftorurasil) aparılmışdır. Müalicələrdən 1 ay sonra xəstələr üzərində radikal cərrahi müdaxilələr aparılmışdır. Radioterapiya aparılmış bütün xəstələrdə yanaşı olaraq ikilüləli ileostoma qoyulmuşdur. T1 və T2 kimi qiymətləndirilən hallarda radioterapiya aparılmamışdır.

Cədvəl 1

Stoma ağırlaşmaları (n=36)

Stoma ağırlaşmaları	Erkən ağırlaşmalar	Gecikmiş ağırlaşmalar
1.Qızartı	27.(75%)	-
2.Ayrılma	6.(16.7%)	-
3.Nekroz və işemiya	10 (27.8%)	-
4.Prolaps	-	3 (8.3%)
5.Parastomal	-	4 (11.1%)

Müşahidəmiz altında olan 75 xəstədən 30-da (40%) ilk 3 il ərzində residiv qeydə alınmışdır. Digər xəstələr üzərində müşahidələrimiz davam edir. Radioterapiya aparılaraq üzərində desenda rektoanostomoz qoyulmuş bütün xəstələrdə və anastomozun tamlığına şübhəli hallarda əməliyyatlar ikilüləli ileostomanın qoyulması ilə başa çatdırılmışdır (cəmi 36 xəstə). Bu xəstələrin 27-i aşağı ön 9-u isə ön rezeksiya əməliyyatına məruz qalmışlar.

Tədqiqatın nəticəsi və müzakirəsi. Tədqiqatın gedişində stomanın ayrılması, işemiya və nekrozu, prolopsusu, qızartıların və parastomol yırtıqların əmələ gəlmə səbəbləri araşdırılmış, müalicə taktikası

müəyyən edilməyə çalışılmışdır (cədvəl 1). Bütün ağırlaşma hallarında dəri qızartıları bu və ya digər dərəcədə müşahidə edilmiş və ayrılıqda qeyd edilmişdir. Stoma qoyulmuş xəstələrin 18-də (50%) yuxarıda göstərilən ağırlaşmalar qeydə alınmışdır. Cüzi dəyişikliklər (yüngül qızartılar, cüzi kənarı nekrozlar, yüngül (peristomal iltihabi dəyişikliklər) nəzərə alınmamışdır. Müşahidəmiz altında olan 27 xəstədə (75%) bu və ya digər formada qızartı, nəmlilik, sıyılma, rəng dəyişikliliyi, ekzema kimi dəri əlamətləri müşahidə edilmişdir. Biz ileostomalardan sonra stomanın qarın boşluğuna retraksiyasını müşahidə etməmişik. Stomanın stenozunu isə 1halda müşahidə etmişik (2.7%). Ədəbiyyatda bu rəqəm 5-7% arasındadır [1.9]. Müşahidəmiz altında olan xəstələrdən birində (2.7%) stoma ətrafından profuz qanaxma müşahidə edilmişdir. Qanaxma stoma ətrafına tikişlər qoyularaq saxlanmış və xəstəyə qan 300ml, plazma 200ml. köçürülmüş, əlavə hemostatik müalicə (aminkopron turşusu100ml.ə\d, disinon 30ə\d) aparılmışdır. Bu xəstədə ileostoma təhlükəli olmuşdur. Hesab edirik ki, ikilüləli ileostomalara nisbətən təklüləli ileostomalarda qanaxma riski yüksəkdir. Bu halın baş verməsi bağırsağın tam olaraq kəsilməsi və müsariqə kənarına yaxın selikaltı qişada koterizasiya olunmuş damarlardan hər an qamaxma riskinin olması ilə bağlıdır. Müşahidəmiz altında olan 6 xəstədə (16.7%) mukokutanoz ayrılma qeyd edilmişdir. Mukokutanoz ayrılma 5 xəstədə səthi, 1 xəstədə isə dərin olaraq qiymətləndirilmişdir. Dərin ayrılma zamanı peritona kimi dərin yara aşkar edilmişdir. Qeyd olunan xəstədə yanaşı olaraq şəkərli diabet və yuxarı yaş həddi aşkarlanmışdır. Qalan 5 xəstədə isə ayrılma səthi xarakter daşımışdır. Bu xəstələrin hamısında stoma iki mərtəbəli olaraq kapron sapla tikilərək yaradılmışdır. Ayrılma ağırlaşmaları müşahidələrimizin ilk vaxtlarında rast gəlinmişdir. Hesab etdik ki, heç bir halda stoma ətrafına sorulmayan tikişlər qoyulmamalıdır. Digər stomaların hamsı 2\0 vikril tikişlərlə bir mərtəbəli olaraq Brooke və Turnbull üsulu ilə yaradılmışlar. Biz ikilüləli ileostomalarda bağırsaq fragmentinin qarın boşluğuna retraksiyasının qarşısını almaq üçün ikilüləli Turnbull əməliyyatının slikon boru ilə dəstəklənməsinin tərəfdarıyıq. Dəstəkləyici sistemin 10-cu gündə çıxarılması ədəbiyyatda vurğulanmışdır. [3,7] Biz bu dəstəkləyici slikon borular növbəti əməliyyata kimi (6-8 həftə) saxlanmasını məqsədəuyğun hesab edirik. Stomaların bu cür borularla dəstəklənməsi gec dönəmdə (2 həftədən sonra) bağırsaq prolapsının qarşısını alır. Biz boruların uzun müddət qalması ilə əlaqədar (cüzi yerli iltihab) ciddi ağırlaşma qeydə almadıq. Xəstələrlə söhbətlər zamanı bu cür dəstəkləyicilərin stoma torbalarını daha etibarlı fiksasiyasına kömək etdiyi aydınlaşmışdır. Mukokutanoz ayrılmada dəstəkləyici boru bağırsağın içəriyə retraksiyasının qarşısını alır. Bu xəstələrin heç birində cərrahi müdaxilə aparılmamış, ayrılmalar infeksiyalaşmış yara kimi müalicə olunmuşdur. Digər ayrılma (səthi) qeyd edilmiş xəstələr əməliyyatdan əvvəl radio kimyaterapiya almış xəstələr olmuşdur. Hesab edirik ki, düzgün tikiş materiallarında istifadə etməmək, yuxarı yaş, şəkərli diabet, radio kimya terapiya, stomanın düzgün yaradılmaması mukokutanoz ayrılmanın başlıca səbəbləridir (Şəkil 1).

Müşahidəmiz altında olan xəstələrdən 10-da (27.8%) stomanın işemiya və nekrozu qeydə alınmışdır. Normalda stoma ağız içi rəngdə olmalıdır. Bu xəstələrdən 3-də nekroz hissəvi olmuş 1-də isə dərin olmuşdur.



Şək.1. Mukokutanoz ayrılma

2-də isə nekroz kənarı olmuşdur. 4 pasiyentdə isə bu və ya digər formada işemiya qeydə alınmış. İsti fiziloji məhlula stoma isladılmış və işemiya əlamətləri öz-özünə keçib getmişdir. Hesab edirik ki, işemiyanın başlıca 2 səbəbi var:1)həddən artıq skletizasiya, 2) stoma dəliyində sıxılma

Öz-özünə işemiyanın keçib getməsi venoz işemiyanın olduğunu göstərir. Hər 24-72 saat ərzində stomanın ciddi müşahidə edilməsi 4 xəstədə stomanın əvvəl tündləşməsi və daha sonra mavi rəngə

boyandığını aşkar etdik. Bu mərhələdə aparılan tədbirlər stomaların tədricən əvvəlki vəziyyətinə (təxminən 48 saat ərzində) qayıtmasına səbəb olmuş (işemiya keçib getmişdir). 3 xəstədə işemiya dərinləşmiş, nekroz və stomanın hissəvi olaraq qopmasına səbəb olmuşdur. Bu xəstələrdə nekrotik toxuma ayrıldıqdan sonra stoma dəri səviyyəsində qalmışdır. 1 xəstədə isə nekroz aponevroza kimi davam etmişdir (dərin nekroz), (şəkil 2).



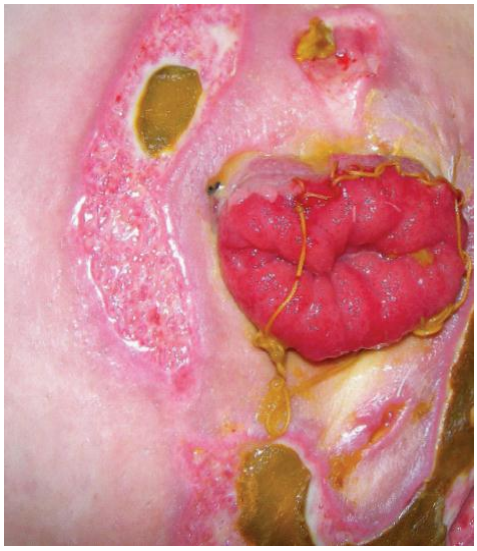
Şək. 2. Stomanın nekrozu

Bu xəstə ciddi yataq rejimi və nəzarət aparılmış heç bir halda təkrari cərrahi müdaxilə aparılmamışdır. 2 xəstədə isə stomanın bir hissəsi nekroza uğrayaraq (kənari nekroz) qopmuşdur. Stomanın tam qaralması hər zaman təcili cərrahi müdaxilə tələb edən ağırlaşma hesab edilməlidir. Əgər nekroz aponarozun altına keçmişsə, peritonit baş verməzdən qabaq stoma yenilənməlidir (müşahidəmizdə biz bu halla rastlaşmadıq). Tam nekroz baş vermiş xəstələrin hamsı təklüləli stomalar olmuşdur. Ədəbiyyat məlumatlarında da bu fikir öz təsdiqni tapmışdır [79]. Dərin nekroz baş vermiş xəstələrin hamsı düz bağırsağın bəd xassəli törəmələrində təcili qaydada (Hartman əməliyyatı) əməliyyat zamanı qoyulmuş siqmostomalar olmuşdur. Siqmostoma qoyulmuş xəstələrin izlənməsi davam edir. Bu xəstələr son 1 ildə əməliyyat etdiyimiz xəstələrdir. Bunun əsas səbəbi düz bağırsağın bəd xassəli törəmələrində limfadisseksiya zamanı aşağı musariqə arteriyası və onun şaxəli olan a.colica simistanın bağlanmasıdır. Bəzi xəstələrdə (arterioskleroz, şəkərli diabet) kənari arteriyaların bağırsaq ucunun qanlanması üçün kifayət etməməsi deyilən ağırlaşmaya gətirib çıxarır. Hesab edirik ki, stoma ucunun həddən artıq sərbəstləşdirməməklə, stoma dəliyini çox dar qoymamaqla, ödəmli stoma ətrafına çox sıx torba yerləşdirməməklə, stoma yaradılan zaman tişləri çox gərgin qoymamaqla stomaların nekrozundan qaçmaq olar. Stoma ətrafında dəridə müşahidə olunan müxtəlif formada dəri qızartıları ən çox müşahidə olunan ağırlaşmalardır (75%). Müşahidəmiz altında olan xəstələrdə kiçik nöqtəşəkilli qızartılardan tutmuş geniş ekzemalara (suluqlarla) kimi müxtəlif zədələnmələr aşkar edilmişdir. Bəzən stoma ətrafında olan bu dəyişikliklər həkimdən səbirlə və davamlı müalicə aparmağı tələb edir. Stoma yerinin düzgün seçilməməsi, yalnış stoma texnikası, xəstədə yanaşı olaraq psoriaz, atopik dermatitin mövcudluğu, dəridə olan çapıq (məsələn appendektomiya çapığı və s.) stoma torbasının uyğun yerləşdirilməməsi səbəbindən dəriyə bağırsaq möhtəviyyatının sızması dəri qızartılarının yaranmasına şərait yaradan başlıca faktorlardır (Şək. 3).

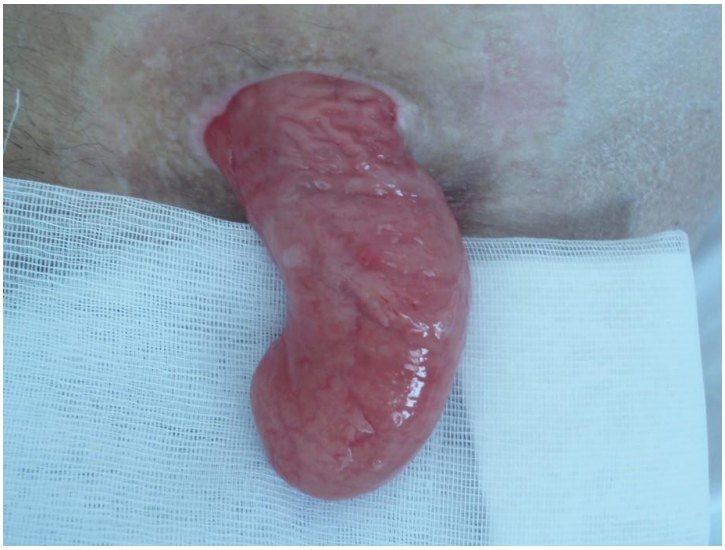
Hesab edirik ki, stoma ətrafının ciddi şəkildə təmizlənməsi, stomanın ölçüsünə və tipinə uyğun torbanın yerləşdirilməsi, kolostomik torbanın dəriyə hermtik olaraq yerləşdirilməsi və vaxtında qoruyucu kremlər və lasyonlardan istifadə dəri qızartılarının qarşısını almağa kömək edir. Biz qızartıları önləmək üçün adapt və coloplast preparatlarından davamlı şəkildə istifadə edirik. Xəstələrə əməliyyatdan əvvəl stoma haqqında maarifləndirilməsi, stomaya düzgün qulluq qaydalarının öyrədilməsi, hər bir stomalı xəstəyə-maarifləndirici proşuraların verilməsi dəri problemlərinin qarşısını almağa kömək edən vacib məsələlərdəndir. Müşahidəmiz altında olan xəstələrin 3-də (8.3%) prolapsus qeydə alınmışdır. İkilüləli ileostomalı xəstələrdə qeydə alınmış bu ağırlaşma 1-ci xəstədə əməliyyatdan sonra 10-cu gündən qalan 2 xəstədə isə 3-cü hətədən sonra meydana çıxmışdır (Şək.4).

Prolapsus əvvəl selikli qişanın kiçik qabarması şəklində, daha sonra isə sallanma şəklində özünü göstərmişdir. Prolaps proksimal ilgəyin qabarması şəklində olmuşdur (distal ilgəyin qabarmasını müşahidə etməmişik). Ədəbiyyatda distal üçün prolapsus haqda məlumatlar var [33]. Müşahidəmiz altında olan 2

xəstədə yuxarı yaş, 1-də isə əməliyyatdan sonra davamlı öskürək qeydə alınmışdır. Hesab edirik ki, qarın divarının zəifliyi, yuxarı yaş, qarındaxili təziqi artıran səbəblərin (qəbizlik, öskürək,ağır qaldırma , ağır idman,çətin sidiyə getmə) mövcudluğu prolapsusun əmələ gəlməsini şərtləndirən başlıca səbəblərdir. Biz heç bir halda prolapsusda cərrahi müdaxilə aparmamışıq. Hər 3 halda stomanın bağlanmasını əməliyyat zamanı bağırsaq ucları rezeksiya olunaraq 2 halda yan-yana 1 halda isə uc-uca tipli anastamoz qoyulmuşdur. Əgər stomanın uzun müddət bağlanmaması nəzərdə tutulmuşsa o zaman həyat keyfiyyətini yaxşılaşdırmaq məqsədilə bağırsaq seqmentinin rezeksiyası dəri- mukoza sərhədlərinin yenidən tikilməsi mümkündür [3,7].



Şək. 3. Stoma ətrafında qızartılar



Şək. 4. Stomanın prolapsusu

Müşahidəmiz altında olan xəstələrin 4-də (11.1%) parastomol yırtıq qeydə alınmışdır. Parastamol yırtıqlar bağırsaq keçməzliyi və stranqulyasiya kimi ağırlaşma ilə nəticələnmə bildiyindən önəmlidir. Müşahidəmiz altında olan 3- də parastamol yırtıqla bağlı ağırlaşma qeyd edilmədiyindən tamamlayıcı əməliyyatdan öncə plastika edilməmişdir. Hər üç halda ileostomanın bağlanması zamanı birincili tikişlərlə yırtığlar ləğv edilmiş, residiv qeydə alınmamışdır. 1 xəstə isə parastomol yırtıqla yaşamına davam etmiş, xəstədə 8-ci ayda düz bağırsaq xərçənginin lokal residivi müşahidə edilmişdir (hal-hazırda xəstə kimyaterapiya müalicəsi alır). Pasiyentdə yanaşı olaraq venral yırtıq da qeydə alınmışdır (Şək. 4). Biz parastomol yırtıqlar zamanı tamamlayıcı əməliyyata kimi gözləmə taktikasının seçilməsini məqsədəuyğun hesab edirik. Hesab edirik ki, parastomol yırtıqların əmələ gəlməsində aponevrozda olan dəliyin həddən artıq geniş olması, çəkinin artması, yuxarı yaş, şəkərli diabet, qarın qarın divarı zəifliyə, qarın daxili təziqin artması (xroniki öskürək, çətin sidiyə getmə), radiokimyaterapiya, parastamol iltihablaşma, qidalanma pozğuluqları (yetərincə vitamin və digər maddələrin alınmaması) xüsusi rol oynayır. Xüsusilə parastamol yırtığın əmələ gəlməsi yüksək riskli xəstələrdə yaxından müşahidə olunur, yuxarı tənəffüs yolları xəstəliklərinin vaxtında aşkar edərək müalicəsi, öskürən zaman əl ilə stoma nahiyyəsinin qorunması bu cür yırtığının əmələ gəlməsini önləyən vacib faktorlardır. Ədəbiyyatda kiçik yırtıqların ləğv edilməsi yerli toxumalardan istifadə, böyük yırtıqların ləğvində isə sintetik torların (prolen, marlex, goretex,və s.) həm açıq həm də laporoskopik yerləşdirilməsi haqda kifayət qədər məlumatlar var [9,8].

Beləliklə, düz bağırsağın bəd xassəli törəmələrində stomaların qoyulması həm anastomozları qorumaq baxımından həm təcili əməliyyat zamanı xəstələrin həyatlarını qurtarmaq baxımından önəmli və əvəzolunmaz bir üsuldur. Odur ki, stomalarla bağlı ağırlaşmaların vaxtında sezilməsi və taktiki yanaşma üsulları koloproktologiya ilə məşğul olan hər bir cərrahın bilməsi olduqca vacibdir.

Nəticə: 1.Düz bağırsağın xoş və bəd xassəli törəmələrində icra icra edilən ön və şağı rezeksiya əməliyyatlarından sonra ikilüləli ileostomanın qoyulması çoxtəhlükəli olan anastomoz tikişlərin tutmazlığının qarşısının alınmasında vacib proseduradır. 2.Stomalardan sonra ağırlaşmaların qarşısının alınmasında maarifləndirici proşurlərlə xəstənin təmin olunması və pasiyentlərlə söhbətlərin edilməsi çox önəmlidir. 3.Stomalarla bağlı ağırlaşmaların vaxtında sezilməsi müvafiq müalicə tədbirlərinin aparılmasını (dəri qızartılarından adapt və coloprosta istifadəsi, stoma qanaxmaların ilkin kontrol edilməsi, daimi stoması olan xəstələrdə parastomol yırtıqların cərrahi yolla müalicəsi, dəri nekrozlarda təcili cərrahi müalicə) tövsiyyə edirik. 4.Stoma qoyulmuş xəstələrdə müxtəlif formalı qızartıların əmələ gəlmə ehtimalı

75%, ayrılmaların əmələ gəlmə tezliyi 16.7%, nekroz və işemiya meydana çıxma ehtimalı 27.8%, prolaps parastomol yırtığın əmələ gəlmə təziyi isə müvafiq olaraq 8,3% və 11.2%-dır.

ƏDƏBİYYAT

1. Del Pino A., Cintron J.R., Orsay C.P. et al. Enterostomal complications: are emergently created enterstomas at. Greater risk? // Am Surg., 1997, N3, p. 653-656.
2. Köckerling F., Parth R., Meisner M. et al. Jleostomie-Koecalfistel-Kkolostomie-Welches ist das gceingnetste vorgeschaltete stuhlableiungsverfahren unter Berücksichtigung von Angle, Funktion, komplikationen und Rück Verlagerung? // Zenalb Chir., 1997, N 12, p.34-38.
3. Goosten A.W., Geelgerken R.H., Hermans J. et al. Temporany decompression of loop ileostomy and colostomy // Br. J. Surg., 1998, N85, p76-79.
4. Duchesne J.C., Wang Y.Z. Weintranb. Sh etall. Stoma complications; a multivariate analysis // Am. Surg., 2002, N 68, p961-966
5. Porter J.A., Solvati P.A., Rubin R.J. Eisenstol T.E. Complications of Colostomics Dis. Colon Rectum 1998, N32, p. 299-303.
6. Rullier E., Hheb Toux N., Haurent C. et al. Hoopilestomy versus loop. Colostomy for defunctioning loü anastomoses during rectol cancer surgery //World J Surg., 2001, N25, p.274-278.
7. Bayer J.A new approach to primary strengthening of colostomy with Morlex mesh to prevent para colostomy Hernia // Surg Cynecol Obstet, 1986, N168, p.579-580.
8. Catoldo P.A. Ostomy Complications. American college of Surgeons / 85 Annual Clinical Congress. San Francisco, 1999, p.10-15.
9. Karadağ A., Mentes B., Üner A. Et all. İmpact of Stomatherapy on quality of life With permanent. Colostomics or ileostomies // İNT. JColorectal Dis., 2003, N 18, p.234-238.
10.Tooth P.E. Ostomy care and rehabilitation in colorectal cancer // Seminars in Oncology Nursing, 2006, N22, p174-177
11.Tüzer H. Abdominal stomali hastaların stoma bakımına ilişkin bilgi düzeyleri. GÜ sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Proqramı Yüksək Lisans tezi. Ankara, 2007

Резюме

Осложнения, возникающие при стомах, произведенных при передней и нижне-передней резекциях по поводу злокачественных образований прямой кишки

Э.Г.Азимов

Были рассмотрены лишь только наблюдаемые в нашей практической работе осложнения (ишемия, некроз, отторжение, пролапс, эрозия). В возможных случаях мы коснулись вопросов их лечения. Объектом исследования явились 75 больных, подвергнутых хирургическому вмешательтству – передней и нижне-передней резекциям по поводу аденокарциномы различных отделов прямой кишки. Из этих больных 42 произведена нижне-передняя, 33- передняя резекция. Из оперативных вмешательств 17 – были проведены лапароскопическим, а 58- открытым путем. Таким образом, применение при злокачественных образованиях прямой кишки стомы является целесообразным и незаменимым способом как с точки зрения сохранения анастомозов, так и сохранения жизни больных при срочном оперативном вмешательстве. Таким образом, своевременное выявление осложнений стом и выбор тактики подхода к данной проблеме очень важно для любого врача, занимающегося колопроктологией.

Summary

Complications arising in the stoms, made for front and lower-front resection on the damage of malignant direct education

E.G.Azimov

Only complications observed in our practical work (ischemia, necrosis, rejection, prolapse, erosion) were considered. In possible cases, we touched upon the issues of their treatment. The subject of the study were 75 patients subjected to surgical intervention - anterior and lower-front resections for adenocarcinoma of various parts of the rectum. Of these patients 42 produced a lower-anterior, 33- anterior resection. Of surgical interventions 17- were carried out laparoscopic, and 58 - an open path. Thus, the use of stoma in malignant formations of the rectum is an expedient and indispensable method both from the point of view of preserving the anastomoses and saving the life of patients in case of urgent surgical intervention. Thus, timely detection of complications of stoma and choice of tactics of approach to this problem is very important for any doctor involved in coloproctology.

Daxil olub: 29.09.2016

ENDOSKOPİK POLİPEKTOMİYALAR. ERKƏN VƏ GECİKMİŞ AĞIRLAŞMALAR

A.K. Səfiyeva
Azərbaycan Tibb Universiteti; Mərkəzi Gömrük Hospitalı, Bakı

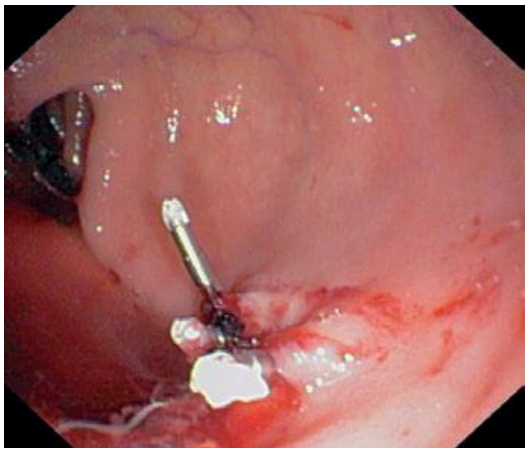
Açar sözlər: kolorektal polip, polipektomiya, perforasiya, qanaxma.
Ключевые слова: колоректал полип, полипэктомия, перфорация, кровотечение
Key words: colorectal polyps, polypectomy, perforation, bleeding.

Kolorektal poliplər xoş xassəli törəmələrdir, yogun bağırsağın və düz bağırsağın mukozasından inkişaf edir. Kolorektal poliplərin kolonoskopiya zamanı aşkarlanması və endoskopik olaraq kəsilib götürülməsi kolorektal kanserin əmələ gəlmə tezliyini önəmli şəkildə azaldır [1]. Kolonoskopiya müayinəsi bu baxımdan alternativi olmayan metod hesab olunur [2,3]. Kolorektal poliplərin əmələ gəlməsində genetik faktorların varlığının olması, ailəsində yogun və düz bağırsaq törəmələrinin olması daha erkən yaşlarda kolonoskopiya etmək tövsiyə olunur [2,3,4,5].

Kolorektal poliplərin vaxtında kəsilib götürülməsi, onun patomorfoloji incələnməsi, histoloji baxımdan nəzarətə götürülməsi yoğun və düz bağırsağın bədxassəli törəmələrinin əmələ gəlməsinin qarşısını alır [2,3].

Lakin müayinə agırlaşmalarsız keçinmir. Polipektomiyalar ən çox rastlanan ağırlaşmalar qanaxma, perforasiya, polipektomik sindromdur [6].

Ağırlaşmalar içərisində statistik ən çox rastlanan qanaxmalardır. Polipektomiya zamanı qanaxma riski 1.7%-dir. Qanaxmalar müayinə sırasında və gecikmiş ola bilər. Müayinə sırasında olan qanaxmalar skleroterapiya və isti biyopsiya ilə dayandırılır, bəzi hallarda gecikmiş qanaxmalar müşahidə edilir. Geçikmiş qanaxmalar adətən 7-12 günlərdə baş verir, statistik 2% hallarda baş verir. Qanaxmalar kiçik sızıntı şəklindən pulsasiya edici formaya qədər ola bilər. Köndələn çənbər bağırsaqda qanaxmalar daha çox baş verir, bu da bağırsaq divarının daha nazik olması, selikaltı qatda daha çox səthi arteriyaların olması ilə izah olunur [7]. Qanaxmalar daha çox polip ölçülərindən və qan təchizatından asılı olaraq dəyişə bilər. Həm erkən, həm də gecikmiş qanaxmalar üçün seçim təkrarı endoskopiya və endoskopik hemostazdır. Polipektomiyalar zamanı baş verən qanaxmaların endoskopik yolla dayandırılır, bunlara skleroterapiya, hemoklip, koaqulyasiya aiddir.



Şək 1. Qanaxma zamanı hemoklipin qoyulması [8]

Digər ən çox yayılan ağırlaşmalardan biri də perforasiyadır. Kolonoskopik polipektomiyaların 0.04-2.1%-də perforasiyalar müşahidə edilir. Perforasiyalara səbəb adətən bağırsaq divarının termal nekrozudur. Perforasiyalar daha çox yaşlı xəstələrdə, divertikulu olan xəstələrdə rastlanır. Polipektomiyalardan sonra xəstədə ağrı, peritoneal qıcıqlanma müşahidə edilirsə o halda "perforasiya" haqda düşünmək və diaqnozun təsdiqi üçün müayinələr lazımdır. Kiçik perforasiyalar hemokliplə müalicə oluna bilər.

Tədqiqatın məqsədi endoskopik polipektomiya zamanı baş verən mümkün ağırlaşmalar və onların təhlilindən ibarətdir.

Tədqiqatın material və Metodları. Müayinəyə Mərkəzi Gömrük Hospitalında 2010-2016-cı illəri əhatə edən, kolonoskopik müayinədən keçən xəstə qrupu daxil edilmişdir. Xəstə qrupuna bağırsaq şikayətləri olan, qəbizliyi olan, anamnezində qanaxması müşahidə olunan, ailəsində kolorektal kanser anamnezi olan xəstələr aiddir. Tədqiqat qrupundan poliplərlə bərabər bədxassəli törəməsi aşkarlanan xəstələr çıxarılmışdır. Bağırsağın iltihabi xəstəlikləri fonunda psevdopolipləri olan xəstələr də tədqiqatımıza aid deyildir. Müayinədən keçən xəstələrin hamısı prosedura haqqında bilgiləndirilmiş, razılıq

alınmışdır.Yanaşı xəstəliyi olan xəstələr müvafiq mütəxəsislər tərəfindən konsultasiya edilmişdir. Qandurlaşdırıcı alan xəstələr xüsusi sxemlə fraksiparinə keçirilmişdir. Müayinə əsasən sedasiya altında aprılmışdır. Kolonoskopik müayinə və polipektomiyaların uyğun və uğurlu şəkildə aparılması üçün bağırsaq təmizliyi tam yetərli olmalıdır, əks halda nəzərdən qaçan poliplər və polipektomiyadan sonra polip yerindən lokal iltihabi poses inkişaf edə bilər. Biz də müayinə sırasında bu qaydaya əməl etmişik, polipektomiyalar yetərli bağırsaq təmiziyi olduğu halda aparılmışdır.

Kolonoskopik müayinə aparılmış xəstələrin 118-də poliplər aşkarlanmış, onlara endoskopik polipektomiya edilmişdir. Aşkarlanan poliplər iki texnika ilə götürülmüşdür: 75-i biyopsiya sıxacı , 59-u sıxıcı həlqə. Poliplərin sıxıcı həlqə və ya biyopsiya sıxacı ilə götürülməsinə poliplərin ölçülərinə və formalarına görə qərar verilmişdir. Ölçüləri 0.5 cm kiçik olanlar biyopsiya sıxacı ilə alınmışdır. Ölçüləri 0.5 böyük olanlar, ayaqcıq üzərində olan poliplər, əsası geniş olan poliplər isə sıxıcı həlqə ilə kəsilib götürülmüşdür. Poliplərin kəsilib götürülmə texnikası əsasən bu şəkildə aparılmışdır: kiçik poliplər biyopsiya sıxacının dişləri arasına alınaraq mukozadan götürülmüşdür, qanaxma olmadığı hallarda əsasən yeri koaqulyasiya edilməmişdir. Böyük polipləri isə yeri bəlli olduqdan sonra polipektiomiya üçün olan sıxıcı həlqə işçi kanaldan keçirilərək polip üzərindən həlqə açılaraq polipin boynundan keçirilir, minimal yuksəkliyiə qaldırılır, ətraf toxumlara kontakt olub olmaığına əmin olduqdan sonra elektrokoaqulyasiya edilir. Poliplərin daha rahat bir şəkildə kəsilib götürülməsi həm də polipketomiya zamanı uyğun mövqenini seçilməsidir. Polipektomiya üçün ən uyğun mövqe saat 5,6 rızasıdır. Bəzən əsası geniş olan polipləri sıxıcı həlqəyə almaq çətin olur, bu halda isə 0.9%-li fizioloji məhlul onun əsasına vurularaq qabardılır, sonra sıxıcı həlqəyə alınaraq yuxarıya dogru minimal dartılır, polip bu halda daha təhlukəsiz kəsilib götürülür. Götürülən materialların hamısı bir qayda olaraq patoloji incələnməyə göndərilmişdir. Polipektomiyalar zamanı baş verən ağırlamalar polipin həm ölçüsündən, həm də yerləşməsindən asılıdır. Sag tərəfli polipektomiya daha ciddi müdaxilədir, köndələn çənbər bağırsaqda aparılan polipektomiyalar isə daha risklidir, çünki divar burda daha nazik, submukozal səthi arteriyalar daha çoxdur. Xüsusi ciddi hazılrıq rektosigmoidal keçiddə aparılan polipektomiyalar zamanı olmalıdır. Rektosigmodal keçid yogun bağırsağın düz bağırsağa keçid yeridir. Bağırsağın ən dar yeri olduğu üçün müdaxilələr zamanı agırlaşmalar daha çox burda izlənir.

Kiçik ölçülü polipləri olan və sixici biopsia ilə polipektomiya olunan xəstələr müayinədən sonra dərhal evə buraxılır, sadəcə bir gün yüngül pəhriz tövsiyə edilir. Böyük ölçülü, geniş əsası olan poliplər isə ilk 3 günü kontrolda saxlanılır, iltihablaşmış poliplər götürüldükdən sonra antibiotik terapiyası tövsiyə olunur, ilk 5 gündə yüngül, sulu qidalar məsləhətdir.

Tədqiqatın nəticələri və müzakirə. Bizim tədqiqatlar göstərir ki, ağırlaşmalar adətən sıxıcı həlqə ilə edilən polipektomiyalar zamanı müşahidə edilir. Ağırlaşmalar bağırsaq təmizliyindən, polipin yerləşməsindən, ölçüsündən, əsasının geniş və ya dar olmasından, müayinəni edəcək həkimin təcrübəsindən asılıdr. Bizim nəticələrdə 118 xəstə üzərində aparılan polipektomiyalardan biyopsi sıxacı ilə alınan poliplərdən sonra heç bir ağırlaşma müşahidə olunamamışdır, ağırlaşmalar əsasən sıxıcı həlqə ilə alınan polipektomiyaların payına düşür.

Polipektomiyalar zamanı iki xəstədə polipektomik sindrom, 1 xəstədə perforasiya, üç xəstədə isə qanaxma olmuşdur. Postpolipektomik sindromu olan xəstələrin hər ikisi müdaxilədən bir gün sonra qarında ağrı, köpmə və diskomfort şikayətləri ilə daxil olmuşdur, xəstələr klinik olaraq dəyərləndirilmiş, qan təhlilərində hər iki xəstədə C-reaktiv zülal yuksək olmuş, bir xəstəyə Tam qarın boşluğu KT edilmiş: Perisigmoidal nahiyyədə ödem izlənmişdir. Hər iki xəstəyə antiobiotik terpaiyası verilmiş və xəstələr nəzarətə götürülmüşdür. Bir həftə antibiotik müalicəsi və bağırsaq istirahətindən sonra şikayətlər tamamən keçmiş və normal həyat tərzinə dönmüşdür. Bir xəstədən alınan polipin patolji incələnməsində cavab tubulovilloz adenom, bir xəstədə isə tubular adenom gəlmişdir. Hər iki xəstədə polip sıxıcı həlqə rektosigmoidal keçiddən götürülmüşdür.

Bir xəstədə isə polipektomiyadan bir gün sonra qarnında ağrı, yüksək hərarət, köpmə hissləri olduğu üçün təkrari klinikaya müraciət etmiş, xəstəyə Tam adomen KT edildi: Qarın boşluğunda sərbəst hava, Perisiqmoid piy toxuması ödemli. Siqmoid bağırsaq divarları minimal qalınlaşıbdır. Xəstəyə aparılan müayinələr nəticəsində rektosigmoidal bölgədə aparılan polipektomiyadan sonra perforasiya təsqidləndi. Xəstə cərrahi əməliyyata hazırlandı, -S-vari bağırsağın rezeksiyası edildi. Bu xəstədə alınmış polipin patoliji incələnməsində iltihablaşmış tubulivilloz adenoma, yüksək dərəcəli diplaziya qeyd edilmişdir.

Üç xəstədə isə qanaxma müşahidə edilmişdir. Bir xəstədə qanaxma həmən müayinə sırasında izlənmiş, xəstəyə skleroterapiya edilmişdir. İki xəstədə isə qanaxma müdaxilədən iki həftə sonra başlamışdır. Bir xəstədə qanaxma qaraciyər əyrliyinə yaxın köndələn çənbər bağırsaqda edilmiş polipektomiya yerindən

olmuş, xəstəyə hemoklip və skleroterapiay aparılmışdır, digər xəstədə isə qanaxma- S-vari bağırsaqdan edilmiş polipektomiya yerindən olmuşdur, xəstəyə həm skleroterapiya, həm də koaqulaysiya edilmişdir.

Hər üç xəstə stasionar nəzarətində olmuş, qan analizləri, ümumi klinik əlamətlərlə kontrolda saxlanılmşdır, antibotikterapiaysı aprılmışdır. Bir həftə sonra normal həyata dönmüşdür.

Nəticə olaraq qeyd etmək istəyirik ki, postpolipektomik sindromu olan və perforasiya olunan xəstələrdə polip rektosigmiodal keçiddə olmuş, ölçüləri 1 cm böyük poliplərdir. Perforasiya əsasən polipin alınması zamanı koaqulyatorun təmasına bağlı yaranır, bəzən əks divarın zədələnməsi, barotravma hesabına da yaranır. Perforasiya riski yaşlı xəstələrdə və yanaşı divertikul patologiyası olan xəstələrdə daha yüksəkdir. Qanaxması olan xəstələr də isə qanaxma qandurluşdırıcı qəbuluna bağlı olduğu düşünüldü.

ƏDƏBİYYAT

1. Anfrew R.M., Hongmei N. Epidemiology of colorectal cancer // Int. J Mol Epidemiol Genet., 2016, v.7(3), p.105-114.
2. Robertson D.J., Greenberg E.R., Beach M. et al. Colorectal cancer in patients close colonoscopic surveillance // Gastroenterology, 2005, v.129(1), p.34-41
3. Farrar W.D., Sawhney M.S., Nelson D.B. et al. Colorectal cancers found after a complete colonoscopy // Clin. Gastroenterol. Hepatol., 2006, v.4(10).
4. Winawer SJ, Zauber AG, Fletcher RH, Stillman JS et al US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer;American Cancer Society. Guidelines for colonoscopy surveillance after polypectomy:a consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer and the American Cancer Society // Gastroenterology, 2006, v.130(6)
5. Tae Oh Kim. Optimal Colonoscopy Surveillance Interval after Polypectomy // Clin Endoscopy, 2016, v.49(4), p.359-363
6. Amato A., Radaelli F., Dinelli M. et al. Early and delayed complictaions of polypectomy in a community setting: The SpoC prospective multicentre trial // Dig Liver Dis., 2016, v.48(1), p.43-8.
7. Lonhert M.S., Wittmer A., Doniec J.M. Endoscopic removal of large colorectal polyps // Zentralbl Chir., 2004, v.129(4)
8. Atlas of Colonscopy. Techniques. Diaqnosis. Interventional Procedures. Helmut Messmann. 2006

Резюме

Эндоскопические полипэктомии. Ранние и поздние осложнения

А.К.Сафиева

Термин «полип» описывает скопление ткани выступающей в просвет кишечника, не имея патологического назначения. Эндоскопия, а именно, тотальная колоноскопия, является наиболее информативным и важным методом диагностики полипов. Распознание и эндоскопическое удаление полипов на ранней стадии уменьшает риск развития карциномы кишечника, но обследование не проходит без осложнений. Самые частые осложнения во время полипэктомии: перфоция, кровотечении, постполипэктомический синдром.

Summary

Endoscopic polypectomy. Early and late complications

A.K.Safiyeva

The term “polyp” describes a mass of tissue protruding into the lumen of the bowel, without implying pathological relevance. Endoscopy, i.e., total colonoscopy, is essential and it is the main diagnostic tool. It is the most informative method of colorectal polyps’ diagnosis. Early-stage polyps can be detected and removed endoscopically therefor reduce the incidence of carcinoma, but it is not complication free. Possible complications related of polypectomy include perforation, bleeding, postpolypectomy syndrome.

Daxil olub: 15.09.2016

2-Cİ TİP ŞƏKƏRLİ DİABET VƏ ÜRƏK-DAMAR XƏSTƏLİKLƏRİNİN KLİNİK-EPİDEMİOLOJİ TƏDQİQATIN NƏTİCƏLƏRİ

S.X. Mehdiyev, İ.İ. Mustafayev, M.N.Məmmədov

Ə. Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə institutu, Bakı;
Dövlət elmi-tədqiqat profilaktik təbabət mərkəzi, Moskva

Açar sözlər: 2-ci tip şəkərli diabet, ürək-damar xəstəlikləri, yayılması
Ключевые слова: сахарный диабет типа 2, сердечно-сосудистые болезни, расспространенность
Key words: diabetes mellitus type 2, cardiovascular diseases, prevalence

2-ci tip şəkərli diabet (2TŞD) ürək-damar xəstəliklərinin (ÜDX) ciddi risk faktoru hesab edilir [1]. Əgər 2TŞD ürək-damar riskini kişilərdə 2 dəfə, qadınlarda 3 dəfə artırırsa, şəkərli diabet (ŞD) və arterial hipertenziya (AH) birlikdə olduqda bu risk 4 dəfəyə qədər yüksəlir [2]. ŞD ilə birlikdə bir və daha artıq risk faktoru yaxud hədəf orqan zədələnməsi olarsa, belə xəstələr çox yüksək, risk faktoru olmayan digər diabetli xəstələr isə yüksək risk qrupuna aid edilirlər [3]. Diabetli xəstələrdə ölümün əsas səbəbi məhz ürək-damar ağırlaşmalarının payına düşür. Ona görə də xəstəliyin müalicəsində əsas məqsəd diabetin adekvat idarə olunması ilə bərabər, hədəf orqanları zədələnmələrinin vaxtında aşkar edilməsi və onun düzgün korreksiyasından ibarətdir ki, nəticədə xəstəlikdən əlillik və ölüm göstəricilərini əhəmiyyətli dərəcədə azaltmaq olar [4,5]. Odur ki, hər bir regionda bu sahədə müalicə-profilaktika tədbirlərini düzgün aparmaq üçün kliniki-epidemioloji vəziyyətin periodik öyrənilməsi vacib əhəmiyyət kəsb edir.

Qeyd edilənləri nəzərə alaraq, tədqiqatın **məqsədi** 2TŞD-li xəstələrdə əsas ürək-damar xəstəliklərinin yayılma tezliyi, onların instrumental meyarları və xəstələrin qəbul etdikləri müalicə taktikaları haqqında məlimatlar əldə etməkdən ibarət olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Təsadüfi seçmə yolu ilə 1 dəfəlik kliniki-epidemioloji tədqiqatda 528 nəfər 2TŞD-li xəstə iştirak etmiş, xəstələrin orta yaşı 54,1±0,3 (30-69) il olmuşdur. Xəstələrin arterial təzyiqi (AT) civəli manometrlə xəstənin oturmuş vəziyyətində Korotkov üsulu ilə 5 dəqiqəlik intervalla 2 dəfə olmaqla 2 mm c. süt. dəqiqliklə ölçülmüşdür.

Xəstələr Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının ekspertləri tərəfindən hazırlanmış "ARİC" sorğu anketi vasitəsilə AH-nin müddəti, AT-nin daha çox müşahidə edilən orta rəqəmləri, qəbul edilən antihipertenziv terapiya (AHT) sxemləri və onun istifadə formaları haqqında suallara cavab vermişlər. Ürəyin işemik xəstəliyinin (ÜİX) kliniki əlamətləri, ROSE sorğusu üzrə cavablar, xəstələrin qəbul etdikləri antianginal müalicə taktikaları, keçirilmiş miokard infarktı (Mİ), ritm pozulmaları və ürək çatışmazlığının (ÜÇ) simptomları anamnestik və obyektiv müayinələr vasitəsilə dəqiqləşdirilmişdir.

Elektrokardioqrafik olaraq sol mədəciyin hipertrofiyası (SMH(EKQ)) Sokolov-Layon (>3,5 mV, RaVL>1,1 mV) və Kornel indeksinə (QRS>2440 mV x msan.) görə, keçirilmiş Mİ-nin EKQ göstəriciləri (Mİ(EKQ)) müxtəlif aparmalarda patoloji Q dişi yaxud QS-ə və xəstənin epikrizinə yaxud əvvəliki EKQ lentlərinin dinamikasına görə, EKQ-yə görə ÜİX-nin (ÜİX (EKQ)) olması isə mənfi T dişləri və ST seqmentinin horizontal yaxud çəp enən depressiyasına əsasən qoyulmuşdur. Kişilərdə sol mədəcik miokardının kütlə indeksinin >115 q/m², qadınlarda isə >95 q/m² olması sol mədəcik hipertrofiyasının exokardioqrafik əlamətləri (SMH (ExoKQ)) kimi qiymətləndirilmiş, sol mədəciyin normal dolma təzyiqi ilə relaksasiyasının pozulması, psevdonormal mənzərə, yüksək dolma təzyiqi ilə geri dönən və geri dönməyən restriksiya diastolik disfunksiyanın (DD(ExoKQ)), sol mədəciyin atım fraksiyasının ciddi azalması və son diastolik həcmin artması isə sistolik disfunksiyanın ExoKQ əlamətləri (SD(ExoKQ)) kimi götürülmüşdür.

EKQ-nin holter monitorinqi zamanı müxtəlif tipli ritm pozulmaları, T dişi və ST seqmentinin dəyişiklikləri "Toshiba" aparatı vasitəsilə (Yaponiya) müəyyən edilmişdir.

Statistik təhlil variasiya və diskriminant analiz üsullarinin köməyi ilə aparılmışdır.

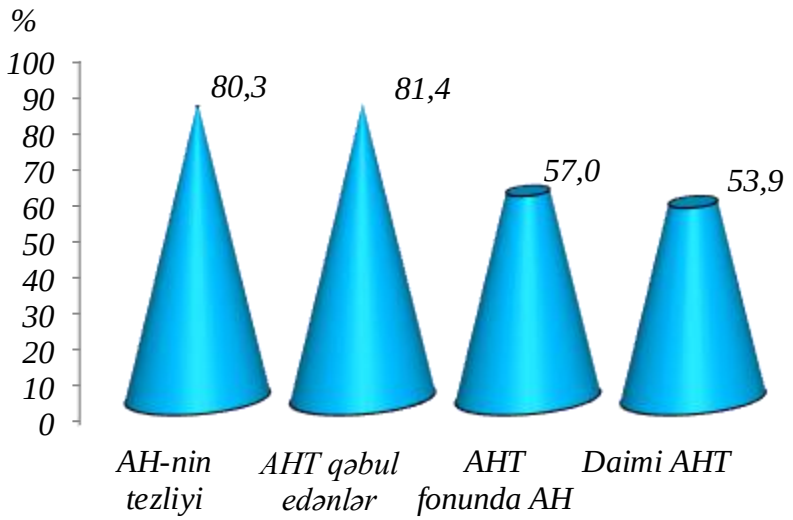
Tədqiqatın nəticələri. 2TŞD-li xəstələrdə sistolik AT-nın orta göstəricisi I dərəcəli AH-yə, diastolik AT-nın orta göstəricisi isə normal diastolik AT-yə uyğun olmuş (cədvəl 1), 53,4±2,2% (n=282) xəstədə sistolik AH, 34,1±2,1%-də (n=180) isə diastolik AH müəyyən edilmişdir.

Cədvəl 1

Hemodinamik göstəricilərin xüsusiyyətləri (n=528)

Sistolik AT (mm c. süt.)	Diastolik AT (mm c. süt.)	Nəbz (vurğu/dəq.)
142,7±1,1 (90-245)	83,7±0,5 (60-130)	86,4±0,5 (52-148)

Diabetli xəstələrdə AH-nin orta davam etmə müddəti 9,2±0,4 (0,1-45) il (≤5 il-47,6±2,4%, 6-10 il-24,5±2,1%, 11-20 il-17,2±1,8%, 21-30 il-7,1±1,2%, >30 il-3,5±0,9%) olmuşdur. AH-nin xəstələr arasında rast gəlmə tezliyi kifayət qədər yüksək olmuş və tədqiqata cəlb edilən 2TŞD-li xəstələrin 4/5-nü təşkil etmişdir (şək. 1). AHT-ni xəstələrin əksəriyyəti (4/5-ü) istifadə etmişdir ki, onların da 2,8±0,8%-i (n=12) β-adrenoblokatorlar (BAB), 31,1±2,2%-i (n=132) angiotenzin çevirici fermentin inhibitorları, 3,5±0,9%-i (n=15) kalsi ionlarının antaqonisti (amlodipin), 0,7±0,4%-i (n=3) tiazidə bənzər diuretik (indapamid), 1,4±0,6%-i (n=6) angiotenzin II reseptorların blokatorları ilə monoterapiya, 38±2,4%-i (n=161) kombinə olunmuş AHT-dən ibarət olmuşdur. 3,8±0,9% (n=16) xəstə əsas qrup hipotenziv preparatlara aid olmayan dərmanları (raunatin, nifedipin, klofelin, papazol, dibazol) qəbul etmiş, 18,6±1,9% (n=79) xəstəyə isə AH-nin olmasına baxmayaraq, müalicə təyin edilməmişdir. Diabetli xəstələrin yarıdan bir qədər çoxu hipotenziv terapiyanı daimi formada qəbul etmiş, 38,3±2,6%-i (n=132) preparatları yalnız AT yüksələn zaman, 7,8±1,4%-i (n=27) isə kurs şəklində istifadə etməklə kifayətlənmişlər.



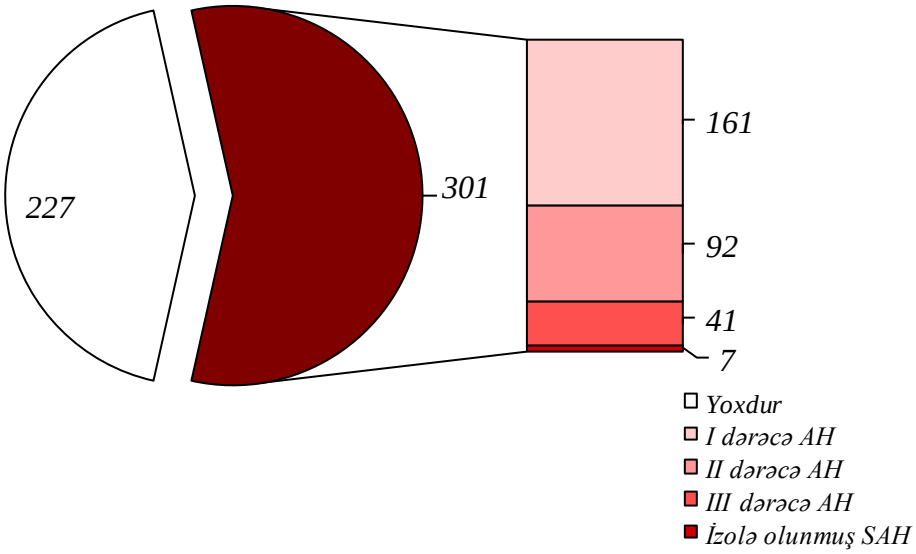
Şək. 1. 2TŞD-li xəstələrdə AH-nin xüsusiyyətləri

AHT-ni xəstələrin əksəriyyəti (4/5-ü) istifadə etmişdir ki, onların da 2,8±0,8%-i (n=12) β-adrenoblokatorlar (BAB), 31,1±2,2%-i (n=132) angiotenzin çevirici fermentin inhibitorları, 3,5±0,9%-i (n=15) kalsi ionlarının antaqonisti (amlodipin), 0,7±0,4%-i (n=3) tiazidə bənzər diuretik (indapamid), 1,4±0,6%-i (n=6) angiotenzin II reseptorların blokatorları ilə monoterapiya, 38±2,4%-i (n=161) kombinə olunmuş AHT-dən ibarət olmuşdur. 3,8±0,9% (n=16) xəstə əsas qrup hipotenziv preparatlara aid olmayan dərmanları (raunatin, nifedipin, klofelin, papazol, dibazol) qəbul etmiş, 18,6±1,9% (n=79) xəstəyə isə AH-nin olmasına baxmayaraq, müalicə təyin edilməmişdir. Diabetli xəstələrin yarıdan bir qədər çoxu hipotenziv terapiyanı daimi formada qəbul etmiş, 38,3±2,6%-i (n=132) preparatları yalnız AT yüksələn zaman, 7,8±1,4%-i (n=27) isə kurs şəklində istifadə etməklə kifayətlənmişlər.

Xəstələrin AHT qəbul etmələrinə baxmayaraq, onların 57,0±2,2%-də (n=301) AT-nin hədəf səviyyəsinə nail olunmamış, 30,5±2,0% (n=161) xəstədə I dərəcəli, 17,4±1,7%-də (n=92) II, 7,8±1,2%-də (n=41) III dərəcəli AH, 1,3±0,5%-də (n=7) isə izolə olunmuş sistolik AH aşkar edilmişdir (şək.2). 28,4±2,0% (n=150) xəstədə sistolik AT I dərəcəyə, 24,1±1,9%-də (n=127) diastolik AT I dərəcəyə, 16,1±1,6% (n=85) xəstədə sistolik AT II, 8,0±1,2%-də (n=42) diastolik AT II, 8,9±1,2%-də (n=47) sistolik AT III, 2,1±0,6% (n=11) xəstədə isə diastolik AT III dərəcəyə uyğun gəlmişdir. Taxikardiya (nəbzin sayı>80 vurğu/dəq.) isə xəstələrin 31,4±2,0%-də (n=166) qeyd edilmişdir.

ÜİX-nin orta davam etmə müddəti 4,0±0,4 (1-18) il (n=60) olmuş, 76,7±5,5% (n=46) xəstədə bu göstərici ≤ 5 il, 20,0±5,2%-də (n=12) 6-10 il, 3,3±2,3%-də (n=2) isə >10 il təşkil etmişdir. Sorğu zamanı diabetli xəstələrin təxminən 1/10-də ÜİX-nin kliniki əlamətlərinin olması aşkar edilmiş (cədvəl 2) və onların arasında sabit gərginlik stenokardiyasının ağırlıq dərəcəsi 1,7±1,7% (n=1) xəstədə I funksional sinfə (FS), 78,3±5,3%-də (n=47) II, 16,7±4,8%-də (n=10) III, 3,3±2,3%-də (n=2) isə IV FS-yə uyğun olmuşdur. ROSE sorğusu vasitəsilə isə ÜİX təxminən 2 dəfə çox aşkar edilmiş, sabit gərginlik stenokardiyasının ağırlıq dərəcəsinin orta göstəricisi II FS-yə uyğun olmuşdur. Diabetli xəstələrin yalnız

1/3-i antianginal müalicə qəbul etmiş və bu zaman orta hesabla 6,4±3,3 preparatdan istifadə edilmişdir. 5,0±4,9% xəstə BAB+amlodipin kombinasiyasını, 10,0±6,7%-i yalnız metabolik terapiya, 5,0±4,9%-i nitrat, 5,0±4,9%-i hipolipidemik terapiya+ antiaqreqant+ metabolik preparatlar, 10,0±9,8%-i hipolipidemik müalicə+ antiaq ;,0±4,9%-i antiaqreqant+meta z BAB-la monoterapiya qəbı



Şək. 2. AH-nin ağırlıq dərəcələrinin xüsusiyyətləri, SAH- sistolik arterial hipertenziya

Cədvəl 2

Kardiovaskulyar xəstəliklərin yayılması və müalicəsinin tezliyi (n=528)

ÜİX	ROSE sorğusu	ÜİX (müalicəsi)	Mİ	Aritmiya	ÜÇ
n=60 11,4±1,4%	n=111 21,0±1,8%	n=20 33,3±6,1%	n=38 7,2±1,1%	n=61 11,6±1,4%	n=141 26,7±1,9%

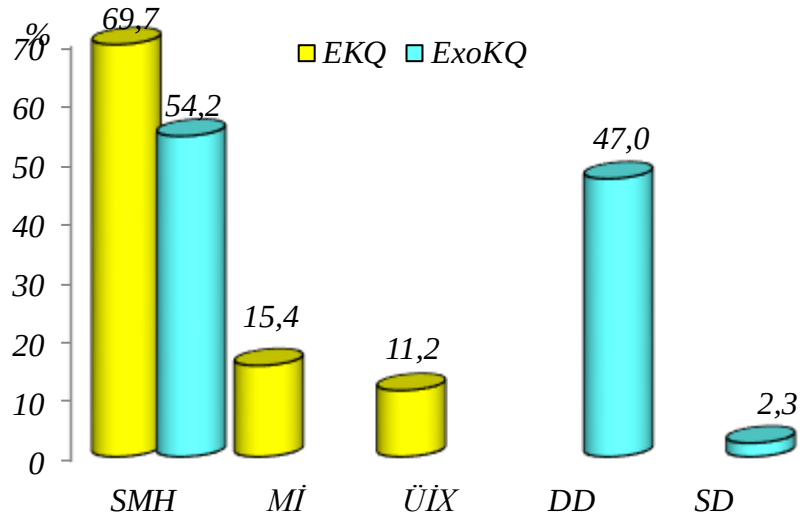
Xəstələrin təxminən 1/10-i anamnezlərində Mİ-nin olmasını qeyd etmiş, keçirilmiş Mİ-nin orta müddəti 7,5±1,4 (1-35) il olmuşdur. Eyni zamanda sorğuda iştirak edənlərin 1/10-i anamnezlərində müxtəlif ritm pozulmaları, ¼-i isə ÜÇ simptomlarının olmasını bildirmişlər (cədvəl 2).

3 saylı şəkildən göründüyü kimi, SMH(EKQ) əlamətləri SMH(ExoKQ) göstəricilərinə nisbətən daha çox, Mİ(EKQ) əlamətləri sorğudan 2 dəfə artıq aşkar olunmuş, ÜİX(EKQ) meyarları adi sorğu ilə eyni tezlikdə, ROSE sorğusundan isə az müşahidə edilmişdir. ExoKQ müayinəsi zamanı xəstələrin yarısında DD, az bir hissəsində (2,3%) isə SD qeyd edilmişdir.

EKQ-nin holter müayinəsi zamanı 32,7±3,1% (n=73) xəstədə ventrikulyar, 3,1%-də (n=7) atrioventrikulyar düyün, 21,0±2,7%-də (n=47) supraventrikulyar ekstrasistoliya, onların isə 3,1±1,2%-də (n=7) bigeminiya, 4,0±1,3%-də (n=9) trigeminiya, 2,7±1,1%-də (n=6) kvadrigeminiya tip, 5,8±1,6%-də (n=13) cüt, 1,8±0,9%-də (n=4), qrup şəkilli, 5,8±1,6-də (n=13), interpolə olunmuş (qoyma), 1,3±0,8%-də (n=3) T üzərində R tipli ekstrasistolalar aşkar edilmişdir. 4,9±1,4% (n=11) xəstədə ST seqmentinin depressiyası, 12,5±2,2%-də (n=28) mənfi T dişləri, 0,4±0,4%-də (n=1) müsbət, hündür, iti uclu, simmetrik T dişləri, 0,4±0,4%-də (n=1) qulaqcığın titrəməsi, 2,2±1%-də (n=5) qulaqcığın fibrilyasiyası, 4,0±1,3%-də (n=9) paroksizmal supraventrikulyar, 1,3±0,8% (n=3) xəstədə isə ventrikulyar taxikardiya epizodları müəyyən olunmuşdur.

Müzakirə. Tədqiqatın nəticələrindən məlum olmuşdur ki, xəstələrdə sistolik AH (xəstələrin yarısında) diastolik AH-dən (xəstələrin 1/3-də) çox aşkar edilmiş, diabetli xəstələrdə AH-nin ağırlıq dərəcəsi ilə onun rast gəlmə tezliyi arasında tərs mütənasiblik müvcud olmuşdur. Sistolik və diastolik AT-nın dərəcələri arasında fərq özünü daha çox II və III dərəcədə göstərmiş, II dərəcədə sistolik AT diastolikdən 2 dəfə, III dərəcədə isə 4 dəfə çox aşkar edilmişdir. Sistolik AH-nin üstünlük təşkil etməsini diabetli xəstələrdə aortanın aterosklerozunun baş verməsinin sürətlənməsi, xəstələrin 1/3-də taxikardiyanın olmasını isə ŞD-nin dekompensasiyası, AH-nin olması və digər faktorlarla əlaqələndirmək olar. Tədqiqatların nəticələrinə görə, 2TŞD-li xəstələrin 60%-dən çoxunda AH-yə rast gəlinir [6], bizim populyasiyada isə bu rəqəm daha yüksək olmuş və 80,3% təşkil etmişdir ki, bunun da azaldılması üçün ŞD-nin adekvat müalicə olunması və birincili profilaktika tədbirlərinin daha da gücləndirilməsi lazımdır.

Tədqiqata cəlb edilən 2TŞD və AH-li xəstələrin əksəriyyətinin (81,4%) AHT qəbul etməsini yaxşı göstərici, müalicəyə baxmayaraq, onların 57%-də AT≥140/90 mm c. süt. olmasını isə aparılan müalicənin qeyri-adekvatlığı kimi qiymətləndirmək olar. Bizim tədqiqatda AH-si olan 2TŞD-li xəstələrin 2,8%-nə BAB-la monoterapiya təyin edilmişdir. Hərçənd ki, BAB-ın 2TŞD-li xəstələrdə metabolik yanaşı təsirləri sübut edilməyib, ancaq onun ilk seçim preparatı kimi monoterapiyada istifadə edilməsini düzgün taktika hesab etmək olmaz [7]. 2TŞD-li xəstələrdə AT-nin hədəf səviyyəsinə nail olmaq üçün kombinasiyalı hipotenziv terapiya daha məqsədəuyğun hesab edilir ki, burada da renin-angiotenzin-aldosteron sistemi blokatorlarının dihidropiridin qrup kalsi antaqonistləri və/və ya tiazidə bənzər diuretiklərlə kombinasiyasına üstünlük verilməlidir [8]. Bizim xəstələrin isə yalnız 38%-i kombinasiyalı AHT qəbul etmiş və müalicə olunanların isə ancaq 2/5-də AT-nin səviyyəsinə adekvat nəzarət etmək mümkün olmuşdur. Tədqiqat iştirakçıları arasında AHT qəbul etməyənlərin tezliyi də yüksək olmuşdur (xəstələrin təxminən 1/5-i) ki, onlar arasında da müalicənin vacibliyi haqqında təbliğat daha da gücləndirilməlidir. Sübuta ehtiyac yoxdur ki, AH-li xəstələrin müalicəsi fasiləsiz olmalıdır, ancaq bizim xəstələrin yalnız yarısı bu vacib prinsipə əməl etmişdir.



Şək. 3. İnstrumental müayinələrlə patologiyaların aşkar edilmə tezliyi (%)

ŞD ÜİX-nin əmələ gəlməsini sürətləndirən və proqnozunu pisləşdirən patologiyalardan hesab edilir [9]. Əgər cavan diabetli xəstələrin 0,7%-də ÜİX aşkar edilmişdirsə [10], 30-69 yaşlı bizim xəstələrdə bu göstərici ondan 16 dəfə çox olmuşdur. Diabetli xəstələrdə diabetik avtonom kardiopatiyanın olması ilə əlaqədar olaraq bir çox hallarda onlarda döş arxası ağrılar qeyd edilmir. Bu qrup xəstələrdə stenokardiya xəstəliyinin diaqnozu atipik əlamətlərə və yaxud digər ağrısız şikayətlərinə əsasən qoyula bilər ki, ROSE sorğusu da bu simptomları aşkar etməyə imkan yaratmışdır. Ona görə də adi sorğuya nisbətən ROSE sorğusu ilə ÜİX (gərginlik stenokardiyası) 2 dəfə çox müəyyən edilmişdir.

Diabetli xəstələrdə ÜİX-nin bütün formalarında BAB-ın geniş istifadəsinin tövsiyyə edilməsinə baxmayaraq [11], bizim populyasiyada antianginal müalicə qəbul edənlərin yalnız 20%-i bu preparatlardan istifadə etmişdir.

Nitratların isə ÜİX-nin proqnozuna təsirinə dair məlumatlar yoxdur və onların simptomatik preparat kimi istifadəsi məsləhət görülür [11], bizim tədqiqatda isə ÜİX olan xəstələrin 5%-i nitratları uzun müddət ərzində istifadə etmişlər.

Məlumdur ki, ÜİX-nin müalicəsində amlodipin antiişemik təsirli preparat kimi geniş istifadə edilir [11,12], nəzarətimizdə olan diabetli xəstələrin isə yalnız 10%-i bu preparatdan istifadə etmişlər.

Aspirinin də ÜİX-də ağırlaşmaların qarşısının alınmasında effektivliyi sübut edilmişdir [13]. Bizim xəstələr arasında antianginal müalicə sxemlərində aspirinin istifadə edilmə tezliyi 60% təşkil etmişdir.

2TŞD-li xəstələrin 95,3%-nin hipolipidemik müalicəyə ehtiyacının olmasına baxmayaraq [10], Eriksson M. et al. [14] görə xəstələrin 51%-nə, bizim xəstələrin isə yalnız 15%-nə hipolipidemik terapya təyin edilmişdir.

Ritm pozulmaları 2TŞD-li xəstələrdə proqnozu pisləşdirən patologiyalara aiddir [15]. Bizim xəstələrdə də holter müayinəsi zamanı ventrikulyar taxikardiya, səyrici aritmiya, qulaqcıqların titrəməsi,

supraventrikulyar taxikardiya kimi həyat üçün təhlükəli patologiyalara rast gəlinmişdir. Nəzərə alsaq ki, diabetli xəstələrdə bir çox hallarda ritm pozulmalar simptomsuz yaxud az simptomlu olur, onların skrininqinin aparılması çox vacibdir.

2TŞD ÜÇ-nin inkişafının ciddi risk faktoru hesab edilir və bu patologiyaların müştərək rast gəlməsi hospitalizasiyanı və ölüm riskini əhəmiyyətli dərəcədə artırır [16]. Boonman-de Winter LJ. et al. [17] görə, 60 yaşdan yuxarı 2TŞD-li xəstələrin 28%-də ÜÇ aşkar edilmişdir ki, bunları 5%-də sol mədəciyin atma fraksiyası azalmış, 23%-də isə saxlanılmışdır. Bizim populyasiyada isə sistolik disfunksiyanın rast gəlmə tezliyinin təxminən eyni olmasına baxmayaraq, diastolik ÜÇ bundan 2 dəfə çox aşkar edilmişdir ki, bunu da xəstələrin əksəriyyətində (81%) diabetin gedişinə adekvat nəzarətin olmaması ilə əlaqələndirmək olar. Ancaq diabetli xəstələrdə miokardial disfunksiyanın yayılma tezliyi 75%-ə qədər ola bilər ki, xəstəliyin simptomları olmadığından ilkin mərhələlərdə onun aşkar edilməsi çox vaxt ləngiyir [16].

Beləliklə, 2TŞD-li xəstələrdə ÜDX və onların risk faktorlarının vaxtında aşkar edilməsi, adekvat korreksiya olunması istiqamətində səyləri daha da artırmaq lazımdır.

Nəticələr: 1. 2TŞD-li xəstələrdə AH-nin rast gəlmə tezliyi və AHT-yə riayətkarlığın yüksək olmasına baxmayaraq, diabetli xəstələrin yalnız 43%-də AT-nin hədəf səviyyəsinə nail olunmuş və onların yalnız yarısı müalicəni fasiləsiz qəbul etmişlər. AH-nin ağırlıq dərəcələri ilə onun yayılma tezliyi arasında tərs mütənasib əlaqə aşkar edilmişdir. 2. ROSE sorğusu ÜİX-nin kliniki əlamətlərinin daha yaxşı aşkar edilməsinə şərait yaratmış, ÜİX-li xəstələrin yalnız 1/3-i antianginal müalicə qəbul etmişlər. Diabetik kardial avtonom neyropatiya ilə əlaqədar olaraq Mİ(EKQ) əlamətləri anamnestik məlumatlardan 2 dəfə çox aşkar edilmişdir. 3. Diabetli xəstələrdə həyat üçün təhlükəli ritm pozulmalarının müəyyən edilməsi üçün EKQ-nin holter monitorinqinin aparılması vacibdir. 4. SMH(EKQ) əlamətləri ExoKQ göstəricilərindən çox aşkar edilmiş və xəstələrdə diastolik ürək çatışmazlığı üstünlük təşkil etmişdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Ning F., Tuomilehto J., Pyorala K. et al. Cardiovascular disease mortality in Europeans in relation to fasting and 2-h plasma glucose levels within a normoglycemic range // Diabetes Care, 2010, v.33,p.2211-2216.

2. Mogensen C.E. New treatment guidelines for a patient with diabetes and hypertension // J Hypertens Suppl., 2003, v.21, p.25-30.

3. Perk J., De Backer G., Gohlke H. et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012) // Eur Heart J., 2012, v.33, p.1635-1701.

4. Patel A., MacMahon S., Chalmers J. et al. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial): a randomised controlled trial // Lancet, 2007, v.370, p.829-840.

5. Holman R.R., Paul S.K., Bethel M.A. et al. Long-term follow-up after tight control of blood pressure in type 2 diabetes // N Engl J Med., 2008, v.359, p.1565-1576.

6. Nilsson P.M., Cederholm J., Zethelius B.R. et al. Trends in blood pressure control in patients with type 2 diabetes: data from the Swedish National Diabetes Register (NDR) // Blood Press, 2011, v.20, p.348-354.

7. Ostergren J., Poulter N.R., Sever P.S. et al. The Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial: blood pressure lowering limb: effects in patients with type II diabetes //J Hypertens, 2008, v.26, p.2103-2111.

8. Weber M.A., Bakris G.L., Jamerson K. et al. Cardiovascular events during differing hypertension therapies in patients with diabetes // J Am Coll Cardiol., 2010, v.56, p.77-85.

9. Lenzen M., Ryden L., Ohrvik J. et al. Diabetes known or newly detected, but not impaired glucose regulation, has a negative influence on 1-year outcome in patients with coronary artery disease: a report from the Euro Heart Survey on diabetes and the heart // Eur Heart J., 2006, v.27, p.2969-2974.

10. Sosale B., Sosale AR., Mohan AR. et al. Cardiovascular risk factors, micro and macrovascular complications at diagnosis in patients with young onset type 2 diabetes in India: CINDI 2 // Indian J Endocrinol Metab., 2016, v.20(1), p.114-8.

11. Steg P.G., James S.K., Atar D. et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation // Eur Heart J., 2012, v.33, p.2569-2619.

12. Hamm C.W., Bassand J..P, Agewall S. et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC) // Eur Heart J 2011, v.32, p.2999-3054.

13. Dillinger J.G., Drissa A., Sideris G. et al. Biological efficacy of twice daily aspirin in type 2 diabetic patients with coronary artery disease //Am Heart J., 2012, v.164, p.600-606

14. Eriksson M., Zethelius B., Eeg-Olofsson K. et al. Blood lipids in 75,048 type 2 diabetic patients: a population-based survey from the Swedish National diabetes register // Eur J Cardiovasc Prev Rehabil., 2011, v.18, p.95-105.

15. Du X., Ninomiya T., de Galan B. et al. Risks of cardiovascular events and effects of routine blood pressure lowering among patients with type 2 diabetes and atrial fibrillation: results of the ADVANCE study // Eur Heart J., 2009, v.30, p.1128-1135.

16. Ofstad A.P. Myocardial dysfunction and cardiovascular disease in type 2 diabetes // Scand J Clin Lab Invest., 2016, v.76(4), p.271-81.

17. Boonman-de Winter L.J., Rutten F.H., Cramer M.J. et al. High prevalence of previously unknown heart failure and left ventricular dysfunction in patients with type 2 diabetes // Diabetologia, 2012, v.55, p.2154-2162.

Резюме

Сахарный диабет типа 2: результаты клинико-эпидемиологического исследования

С.Х. Мехдиев, И.И. Мустафаев, М.Н.Мамедов

Целью исследования явилось изучение частоту основных сердечно-сосудистых заболеваний, критерии их инструментальной диагностики и тактики лечения у больных сахарным диабетом 2 типа (СД2Т). В одномоментном когортном исследовании участвовало 528 больных, у которых признаки основных сердечно-сосудистых заболеваний определялись посредством опросника ARIC и обективных исследований. Были выявлены электрокардиографические (ЭКГ) и эхокардиографические (ЭхоКГ) критерии гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), инфаркта миокарда (ИМ), ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической сердечной недостаточности (ХСН) и проведено холтеровское мониторирование ЭКГ. У больных частота АГ составила 80,3%, причем отмечалось преобладание систолической АГ (53,4%) по сравнению с диастолической (34,1%). Несмотря на то, что 81,4% больных принимали антигипертензивную терапию, у 57% пациентов артериальное давление (АД) было ≥140/90 мм рт. ст. 39,5% больных получали лечение в виде монотерапии, 38%- комбинированную терапию, и лишь у 53,9% - это лечение носило длительный характер. Согласно опросу у 11,4% пациентов были выявлены клинические признаки ИБС (по опроснику ROSE 21%), среди которых 33,3% получали антиангинальное лечение. У 7,25 больных отмечался ИМ в анамнезе, 11,6% - нарушение ритма, 26,7% же отмечали признаки ХСН. У 69,7% больных наблюдалось ЭКГ признаки ГЛЖ, а у 54,2% ГЛЖ по ЭхоКГ, у 15,4%- ИМ, у 11,2% ЭКГ признаки ИБС, у 47%- ЭхоКГ признаки диастолической, у 2,3%- систолической дисфункции левого желудочка. По данным холтеровского мониторирования ЭКГ у 64,7% пациентов были выявлены различные формы нарушения ритма. У больных СД2Т только у 2/5 части (43%) были достигнуты целевые уровни АД, приверженность больных ИБС к антиангинальной терапии была низкой (33,3%), ЭКГ признаки ИМ по сравнению с опросом выявлялись в 2 раза чаще. ЭКГ признаки ГЛЖ по сравнению с ЭхоКГ критериями выявлялись чаще, а также отмечалось преобладание диастолической сердечной недостаточности над систолическим.

Summary

Diabetes mellitus type 2: results of clinico-epidemiological research

S.Kh. Mehdiyev, I.I. Mustafaev, M.N.Mamedov

Objectives: Occurrences the main cardio-vascular diseases in patients with diabetes mellitus type 2 (DM2), achieving information about theirs diagnostic instrumental examinations criteria and treatment tactics. There were 528 patients with DM2 in cross-sectional cohort study, it was clarified the signs of the main cardio-vascular diseases by "ARİC" questionary and objective medical examinations. Electrocardiographic (ECG) and echocardiographic (EchoCG) criteria of left ventricular hypertrophy (LVH), myocardial infarction (MI), coronary heart disease (CHD) and chronic heart failure (CHF) were determined, holter ECG monitoring was implemented. It was determined that the patients systolic arterial hypertension (AH) (53.4%) were higher than diastolic (34.1%), frequency of AH composed of 80.3%. Although 81.4% of the patients took antihypertensive therapy, in 57% of the patients arterial pressure (AP) was ≥140/90 Hg. 39.5% of patients received monotherapy, 38% of them used combined therapy, only 53.9% of the patients received permanent treatment. Using questionary, it were determined clinical signs of CHD in 11.4% patients (by ROSE questionary 21%), only 33.3 % of them used antianginal therapy. There were following anamnesis in the patients: 7.2% MI, 11.6% rhythm disturbances, 26.7% CHF. It was determined in 69.7% patients ECG signs and 54.2% patients EchoCG signs of LVH, in 15.4% MI, 11.2% patients ECG signs of CHD, in 47% patients EchoCG signs of diastolic dysfunction and 2.3% systolic dysfunction of left ventricle, in the case of holter ECG monitoring it was found different rhythm disturbances in 64.7% of the pa-

tients. AP was achieved its target level 2/5 of the patients (43%) with DM2, in patients with CHD following the antianginal therapy was low (33.3%), ECG signs of MI were determined twice more comparing with questionary. ECG signs of left ventricular hypertrophy were found out frequently compared with EchoCG signs, diastolic heart failure prevailed in patients.

Daxil olub:05.10.2016

HEDYSARUM CİNSİNƏ AİD BİTKİLƏRİN FİTOKIMYƏVİ TƏDQİQİ VƏ TİBBDƏ İSTİFADƏ PERSPEKTİVLƏRİ

C.İ. İsayev, N.T.Babayeva
Azərbaycan Tibb Universiteti, Farmakoqnoziya və botanika kafedrası

Açar sözlər: Hedysarum, ksantonlar, mangiferin, flavonoidlər
Ключевые слова: копеечник, ксантоны, мангиферин, флавоноиды
Keywords: sweetvetch, xanthones, mangiferin, flavonoids

Bitkilərdən alınmış bioloji fəal maddələr əsasında hazırlanmış dərman preparatları geniş spektr müalicəvi təsirə malikdir və praktik təbabətdə çoxsaylı xəstəliklərin müalicəsində tətbiq olunurlar. Lakin nəzərə almaq lazımdır ki, tibb və əczaçılıq sənayesini dərman xammalı mənbəyi kimi təmin edən təbii flora tükənməz deyil, ona görə də ölkənin mövcud bitki xammal ehtiyatının səmərəli istifadə olunması mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Qiymətli yabanı dərman bitkilərinin geniş şəkildə tədarük olunması və müxtəlif məqsədlərlə istifadə olunması bir çox bitki növlərinin təbii ehtiyatının azalmasına, bəzən isə onların populyasiyasının tam yox olmasına gətirib çıxarır. Ona görə də bioloji fəal maddələrin yeni xammal mənbələrinin axtarılması, tərkibində maksimal miqdarda təsiredici maddələr olan yeni bitki xammallarının müəyyən edilməsi müasir əczaçılığın, xüsusən farmakoqnoziyanın vacib vəzifələrindəndir.

Məqalənin tərtib olumasında məqsəd son illər köpükotu cinsinə marağın artmasını nəzərə alınaraq, bu bitkilərin kimyəvi tərkibinin öyrənilməsi, onlardan alınmış bioloji fəal maddələrin farmakoloji xassələrinin tədqiqi, həmçinin praktik təbabətdə istifadə olunan dərman vasitələri haqqında məlumat toplamaqdır. İcmalda daha çox son illlərdə köpükotu cinsinə aid bitkilərdə aşkar olunmuş ikincili metabolitlər haqqında məlumatlar ümumiləşdirilmiş, cinsə aid bitkilərin praktik təbabətdə istifadə problemləri şərh edilmiş və eləcə də Azərbaycan florasında yayılmış köpükotu bitkiləri haqqında məlumat verilmişdir.

Azərbaycanda müxtəlif coğrafi ərazilərdə yayılmış *Hedysarum* – köpükotu cinsinə aid bitkilərin farmakoqnostik baxımdan araşdırılması perspektivli və aktual məsələ hesab oluna bilər. Köpükotu cinsi paxlakimilər fəsiləsinə daxildir və Azərbaycanda bu cinsə aid 9 bitki növü əsasən Böyük Qafqaz və Kiçik Qafqaz dağlarının ərazilərində, eləcə də Naxçıvan dağlıq və Naxçıvan aran geobotanik bölgələrində rast gəlinir. Cinsə aid bitkilərdən *H. atropatanum, H. ibericum, H. formosum, H. sericeum, H. armenum, H. caucasicum, H. vegetius, H. elegans* və *H. juncea* maraq kəsb edən bitki növləridir [11]. Köpükotu cinsinə 300-ə yaxın birillik və çoxillik bitkilər daxildir. Cinsə aid bitkilər ot, kol, yarımkol bitkilərdir, onların gövdələri qısadır və ya heç olmur. Bu bitkilər meşə ərazilərində, müxtəlif tip çəmənliklərdə, çay qırağında, daşlı-çınqıllı ərazilərdə və s. coğrafi mühitdə bitir. *Hedysarum* cinsinin bitkiləri Asiya, Avropa, Afrika və Cənubi Amerika da daxil olmaqla Yer kürəsinin cənub yarımkürəsində daha çox yayılmışdır. Keçmiş SSRİ ölkələrində bu cinsə aid 100-dən çox bitki növü yayılmışdır [6].

Yayılma arealına görə *Hedysarum* cinsi qoloarktik hesab olunur. Cinsin növ müxtəlifliyi xüsusən Asiya ölkələrində müşahidə olunur. Köpükotu cinsinin bitkilərinə tundranın cənub sərhədlərindən tutmuş cənubda geniş ərazilərə malik olan səhraların şimal sərhədlərinə qədər olan ərazilərdə rast gəlinir.

Hedysarum cinsinə daxil olan bitkilər *Obscura, Gamotion, Multicaulia, Fruticosa, Spinosissima, Cinifera* və *Subacaulia* seksesiyalarına bölünür. Azərbaycan florasından olan köpükotu növlərindən *H. caucasicum* və *H. armenum Obscura*; *H. atropatanum, H. formosum, H. Ibericum Multicaulia*; *H. elegans, H. sericeum Subacaulia* və *H. vegetius Grinifera* seksiyasına daxildir. Əvvəllər sistematiklər *H. juncea* bitkisini *Lespedeza* cinsinə aid edidrilər. Son zamanlar bu bitki növü də *Hedysarum* cinsinə daxil edilmişdir [1, 6].

H. atropatanum Bunge ex Boiss.-Azərbaycan köpükotu. Çoxillik boz-gümüşü rəngdə bitkidir. Gövdələrin sayı çoxdur, qalın, düzqalxandır, səthi sıx tükcüklərlə örtülmüşdür, 30-40 sm

hündürlüyündədir. Təklələkvari mürəkkəb yarpaqları 5-9 yarpaqcıq cütündən ibarətdir. Yarpaqcıqlar 7-20 mm uzunluğunda və 4-12 mm enindədir. Yarpaqcıqlar uzunsov və ya ellipsvaridir. Ləçəkləri çəhrayı-bənövşəyi rəngdədir. Paxlameyvələri 3-4 üzvlüdür, üzvlər qısa tükcüklərlə örtülüdür.

H. ibericum Bieb,Gürcü köpükotu. Çoxillik çılpaq bitkidir. Gövdələri düzqalxan və budaqlanmış vəziyyətdədir, 50-60 sm-ə qədər hündürlüyündədir. Təklələkvari mürəkkəb yarpaqları 3-6 yarpaqcıq cütündən ibarətdir. Yarpaqcıqlar uzunsov-ellipsvari və ya uzunsov formada olub, 8-20 mm uzunluğunda və 3-9 mm enindədir. Ləçəkləri tünd-qırmızı rəngdədir. Paxlameyvələri 2-5 üzvlüdür, üzvlər kənarları boyunca qalınlaşmışdır, səthində qabırğaşəkilli çıxıntılar yerləşir.

H. formosum Fisch.& C.A.Mey.ex Basin,Göyçək köpükotu. Çoxillik, bozumtul rəngdə bitkidir. Gövdələri qalın, düzqalxan olub, səthi sıx tükcüklərlə örtülmüşdür, 20-60 sm-ə qədər hündürlüyündədir. Təklələkvari mürəkkəb yarpaqları 6-10 yarpaqcıq cütündən ibarətdir. Yarpaqcıqlar uzunsov oval-yumurtaşəkilli, ellipsvari və ya uzunsov ellepsvari formadadır, 10-20 mm qədər enindədir. Ləçəkləri zəif sarımtıl rəngdədir. Paxlameyvələri 2-5 üzvlüdür, səthi xırda tükcüklərlə örtülüdür.

H. sericeum Bieb. -İpək köpükotu. Çoxillik gümüşü-boz rəngdə bitkidir. Üzərində çiçəklər olan gövdələri yarpaqsızdır, düzqalxan və ya azca əyilmiş vəziyyətdədir. 8-22 sm hündürlüyündədir. Təklələkvari mürəkkəb yarpaqları 1-4 yarpaqcıq cütündən təşkil olunmuşdur. Yarpaqcıqlar yaşıl və ya bozumtul rəngdədir, alt səthə nisbətən üst səthi tükcüklərlə seyrək örtülmüşdür, yumurtaşəkilli-ellipsvari və ya ellepsvari formadadır. Ləçəkləri solğun-sarı rəngdədir. Paxlameyvələr 2-4 üzvlüdür, üzvlər mərciməkşəkillidir, eninə-qabırğalıdır.

H. armenum Boiss.& Tchih.- Erməni köpükotu. Çoxillik çılpaq bitkidir. Gövdələri düzqalxan və ya üfiqi vəziyyətdə olub, 30 sm-ə qədər hündürlüyündədir. Təklələkvari mürəkkəb yarpaqları 9-11 yarpaqcıq cütündən ibarətdir. Yarpaqcıqlar tünd-yaşıl rəngdə olub, uzunsov-ellipsvari formadadır, 7-15 mm-ə qədər uzunluğunda və 5 mm-ə qədər enindədir. Ləçəkləri tünd-qırmızı rəngdədir. Paxlameyvələri 3-5 üzlüdür, üzvlər girdə-ellipsvari formadadır.

H. caucasicum Bieb.- Qafqaz köpükotu. Çoxillik, yaşıl və çılpaq bitkidir. Yarpaqlı gövdələri düzqalxan və ya üfiqi vəziyyətdə olub, 30-60 sm-ə qədər hündürlüyündədir. Təklələkvari mürəkkəb yarpaqları 7-10 yarpaqcıq cütündən ibarətdir.Yarpaqcıqlar yumurtavari-uzunsov və ya uzunsov-ellipsvari formada olub, 8 mm-ə qədər enində və 20 mm-ə qədər uzunluğundadır. Ləçəkləri tünd-qırmızı rəngdədir. Paxlameyvələri 3-6 üzvlüdür, səthi hamar və ya tükcüklüdür. Üzvlər uzunsov-ellipsvari formadadır.

H. vegetius (Trautv.) B.Fedtsch.- Boylu köpükotu. 20-50 sm hündürlüyündə çoxillik bitki olub, səthi sıx tükcüklərlə örtüldüyündən, boz rəngdədir. Gövdələri düzqalxandır və ya azca əyilmiş şəkildədir. Təklələkvari mürəkkəb yarpaqları 3-6 yarpaqcıq cütündən ibarətdir. Yarpaqcıqlar 12-32 mm uzunluğunda və 8-16 mm enindədir. Uzunsov-xətkeşşəkilli və ya xətkeşşəkilli formadadır. Çiçək qrupu yarpaqlardan uzundur, üzərində 10-20 çiçək yerləşir. Ləçəkləri qırmızımtıl-sarı rəngdədir. Bəzən bənövşəyi rəngdə ola bilir. Paxlameyvələri 1-3 üzvlüdür, səthi uzun və sapşəkilli cod tükcüklərlə sıx örtülmüşdür.

H. elegans Boiss.& Huet.- Zərif köpükotu. Gümüşü-boz rəngli çoxillik bitkidir. Üzərində çiçəklər olan gövdələri yarpaqsızdır, 7-25 sm hündürlüyündədir. Təklələkvari mürəkkəb yarpaqları 1-4 yarpaqcıq cütündən ibarətdir. Yarpaqcıqlar hər iki tərəfdən sıx tükcüklərlə örtülüdür. Oval, oval-yumurtaşəkilli, ellipsvari, bəzən isə əks-yumurtaşəkilli formada ola bilir. 12-22 (32) mm uzunluğunda, 8-12 (16) mm enindədir. Ləçəkləri tünd qırmızı-bənövşəyi rəngdədir. Paxlameyvələri 3-4 üzvlüdür, üzvlərin səthi ağımtıl tükcüklüdür, qabırğalıdır, üzərində qabarcıqlı tükcüklər yerləşir.

H. jaxarticum M.Pop. *(H. junceum)* (*Lespedeza juncea*) - cilvari lespedez. Lənkəran aran geobotanik ərazisində rast gəlinir. Çoxillik bitkidir, odunlaşmış kökümsova malikdir. Gövdəsi və budaqları odunlaşmışdır. Üçlü yarpaqları var, yarpaqaltlığı qısa və tikanlıdır. Çiçəkləri sarımtıl rəngdə olub, 2-7 sayda olmaqla qısa çətirəbənzər salxıma toplanmışdır [11].

Köpükotu cinsinə aid bitkilər çoxdandır ki, müxtəlif ölkələrin xalq təbabətində xroniki ağciyər xəstəliklərindndə, ürək-damar xəstəliklərində, eləcə də dərinin virus mənşəli xəstəliklərində geniş istifadə olunur. Bu bitkilərin unikal müalicəvi xassəsi bilavasitə onların tərkibində olan flavonoidlər, ksantonlar, polisaxaridlər, triterpen saponinlər və s. bioloji fəal maddələrlə bağlıdır [1,2, 7-10, 12-22].

Müxtəlif köpükotu növlərindən ksantonlara aid olan mangiferin alınmışdır ki, bu maddə də yüksək bioloji fəallığa malikdir. Mangiferin əsasında hazırlanmış "Alpizarin" preparatı virus əleyhinə vasitə hesab olunur, herpesin, müxtəlif formalı dəmrov, ziyil, stomatitlər, müxtəlif etiologiyalı burun-boğaz-qulaq xəstəliklərinin müalicəsində təyin olunur. Son illər aparılmış çoxsaylı tədqiqatlar nəticəsində mangiferinin hepatoprotektor, immunostomulyator, bədxassəli şiş əleyhinə, MSS-ni stimullaşdırmaq, diuretik, ödqovucu, vərəm əleyhinə, hipoqlikemik və s. müalicəvi xassələri müəyyənləşdirilmişdir. Aparılmış tədqiqatlar nəticəsində mangiferinin antioksidant xassəsinin lizosomal membranları stabilləşdirməklə əlaqədar olduğu

aşkar edilmişdir ki, bu da özünü iltihab əleyhinə, bədxassəli şiş əleyhinə və immunostimulyator fəallıq şəklində büruzə verir [5,6].

Köpükotu bitkilərinin çox istifadə olunduğu ölkələrdən biri də Çindir. Burada cinsə aid 42 bitki növü yayılmışdır. Ənənəvi çin təbabətində cinsə aid bitkilər yüz illərdir ki, orqanizmdə enerjisini artırmaq və immun sistemini gücləndirmək üçün müxtəlif xəstəlikləri zamanı istifadə olunur. Məlumdur ki, dərman bitkilərinin bioloji fəallığı bilavasitə onların tərkibində üstünlük təşkil edən təsiredici maddələrdən, eləcə də müşaiyətedici birləşmələr kompleksindən asılıdır. Son illər tədqiqatçılar daha çox tərkibində geniş spektr təsir gücünə malik fenol birləşmələri: flavonoidlər, ksantonlar, katexinlər və s. olan bitkilərə xüsusi önəm verirlər. Bu birləşmələr iltihab əleyhinə, kapilyar möhkəmləndirici, ödqovucu, şüalanmaya qarşı, bədxassəli şiş əleyhinə, immunmodulaedici və s. müalicəvi təsirələrə malikdir. Həmçinin son illər təbii birləşmələrin antioksidant təsirinə xüsusi önəm verilir ki, onlar da sərbəst radikalları özünə birləşdirmək və orqanzimdən xaric etmək xassəsinə malikdir ki, bu fəallıq da köpükotu cinsinə daxil olan əksər bitkilərdə müşahidə olunur. *Hedysarum* cinsinə aid bir çox növlər: *H. polybotrys, H. limprichtii, H. vicioider* və *H. smithianum* ənənəvi çin təbabətində bu gün də geniş tətbiq olunur. *H. polybotrys* 2010-cu ildən Çin farmakopeyasına daxil edilmişdir. Müəyyən edilmişdir ki, bu bitkinin ənənəvi müalicəvi xüsusiyyəti diurezi və toxuma regenerasiyasını artırması ilə əlaqədardır. Aparılmış farmakoloji tədqiqatlar nəticəsində bitkinin tərkibində yüksək miqdarda polisaxarid olduğundan şəkərli diabet və bədxassəli şiş əleyhinə fəallığa malik olması müəyyən edilmişdir. Bitkinin ekstraktı bir çox müasir qidaya bioloji əlavələrin və bitki mənşəli kosmetik vasitələrin istehsalında potensial vasitə kimi tətbiq olunur. Ümumiyyətlə, *Hedysarum* növlərinin fitokimyəvi tədqiqi və farmakoloji xassələrinin öyrənilməsi yeni dərman preparatlarının hazırlanması baxımından dünyanın bir çox ölkələrində diqqət mərkəzindədir [24-28, 30-35]

Hal hazıra qədər *Hedysarum* cinsinə aid bitkilərdən müxtəlif xromatoqrafik üsullardan istifadə edilməklə 200-yə qədər fərdi şəkildə bioloji fəal maddələr təcrid edilmiş və ^{1}H-NMR, ^{13}C-NMR, 2D-NMR, HR/MS spektrləri vasitəsi ilə təyin edilmişdir. Kimyəvi quruluşuna görə bu maddələr flavonoidlər, ksantonlar, triterpen saponinlər, kumarinlər, liqnanlar, azot təbiətli birləşmələr, karbohidratlar, piyli yağlar, benzofuran birləşmələrə və s. aiddir. Alınmış birləşmələrin bəziləri haqqında 1 saylı cədvəldə məlumat verilmişdir.

Köpükotu cinsinə aid bitkilərin tərkibində olan bioloji fəal maddələrin bir qrupunu da karbohidratlar təşkil edir. Müxtəlif *Hedysarum* növlərindən 6 monosaxarid alınmmışdır. Bunlardan beşi: ramnoza, arabinoza, ksiloza, qalaktoza və qlükoza *H. polybotrys* növündən alınmışdır. Sukroza isə *H. polybotrys, H. taipecum, H. austrosibirucum* və *H. sikkimense* növlərindən təcrid edilmişdir. Bu bitkilərdən polisaxaridlər onların xammalından alınmış sulu çıxarışlara etanol əlavə etməklə əldə edilir. Homogen polisaxaridlər Savage metodu ilə, eləcə də sephadex G-200 sorbentindən istifadə etməklə boru xromatografiyası vasitəsilə alınmışdır. Polisaxaridlərin fiziki kimyəvi xassələri GC, HPGC, GPC-MALLS və s. üsullarla öyrənilmişdir [14,16,18,27,32].

Son illər *H. polybotrys* bitkisindən HPS4-1A adlandırılan yeni neytral heteropolisaxarid alınmışdır. HPS4-1A birləşməsinin mütləq və nisbi molekulyar çəkisi müvafiq olaraq $7{,}386\times10^{4}$ və $6{,}68\times10^{5}$-dən çoxdur. Birləşmənin tərkibi L-ramnoza, L-arabinoza, D-qlükoza və D-qalaktoza (1:2:1:2) monosaxaridlərindən təşkil olunmuşdur. Suda həll olan sulfatlaşmış glükan anion mübadiləsi və gel xromatoqrafiyası üsulundan istifadə edilməklə *H. polybotrys* bitkisindən alınmışdır. Elemental analiz nəticəsində bu birləşmənin kiçik sulfat qruplarına malik polisaxarid olması sübut edilmişdir [18].

Türkiyə ərazisində bitən köpükotu növləri də bəzi tədqiqatçılar tərəfindən öyrənilmişdir. Daha çox bu cinsə daxil olan bitkilərin anatomik quruluşu və irsi xüsusiyyətləri tədqiq edilmişdir [12,13,17].

Bəzi köpükotu növlərinin anatomik quruluşu da tədqiq edilmişdir [4, 23, 32]. Kökün anatomik quruluşunda ən xarici təbəqədə qoruyucu toxuma kimi parçalanmış periderm müşahidə olunur. Qabıq 7-8 laylıdır, peridermlə yanaşı mərkəzə qədər uzanır. Qabıq və floema sklerenxim tipli hüceyrə qrupu ilə təmsil olunmuşdur. Floema yaxşı inkişaf etmişdir. Floema və ksilema 2-3 qatlı kambi ilə bölünmüşdür. Ksilemada damarlar nizamsız yerləşir. Gövdənin eninə kəsiyi oval, kənarları çıxıntılıdır. Gövdənin eninə kəsiyində birqatlı, düzbucaqlı, qalın olmayan kutikuladan təşkil olunmuş epidermis müşahidə olunur. Kollenxima epidermisin altında yerləşir. Floema və ksilema yaxşı inkişaf etmişdir. Floemanın yuxarısında sklerenxim hüceyrələr müşahidə olunur.

Köpükotu bitkilərinin tərkibində olan vacib kimyəvi birləşmələr arasında flavonoidlər xüsusi önəm daşıyır. Polifenol birləşmələrin böyük qrupu olan flavonoidlər *Hedysarum* cinsinə daxil olan bitkilərdə ən çox aşkar edilmiş təbii birləşmələrdəndir. Hal hazıra qədər bu cinsə aid bitkilərdən alınmış və kimyəvi quruluşu müəyyənləşdirilmiş 80-ə qədər fərdi flavonoid (flavon, flavonon, izoflavonon, xalkon, flavanol və

s.) vardır. Flavonlar *Hedysarum* cinsində dominantlıq təşkil edən flavonoidlərdir. Son məlumatlara görə bu bitkilərdən 20-dən çox flavon və 5-ə qədər flavonon alınmışdır [32,35].

Cədvəl 1

N	Kimyəvi birləşmənin adı	Maddələrin alındığı bitkilərin növü
1	Afrormozin	H. multijugum, H. kirghisorum, H. semenovii
2	Antozid	H. alpinum
3	Astraqalozid	H. neglectum
4	Avikulyarin	H. neglectum
5	Diosmin	H. setigerum
6	Glükoizomangiferin	H. flavescens
7	Glükomangiferin	H. flavescens
8	Hiperozid	H. sericeum, H. caucasium, H. komarovii, H. sachalinense, H. neglectum, H. connatum, H. alpinum
9	Formononetin	H. theinum, H. polybotrys, H. multijugum, H. semenovii, H. austrosibirucum, H. kirghisorum
10	İzokversitrin	H. sericeum, H. caucasium
11	İzomangiferin	H. flavescens, H. alpinum, H. denticulatum, H. connatum, H. alpinum
12	İzoramnetin	H. alpinum
13	Kversetin	H. austrosibirucum, H. sericeum, H. caucasium, H. setigerum, H. connatum, H. alpinum
14	Kversitrin	H. setigerum, H. connatum, H. alpinum
15	Linarin	H. setigerum
16	Mangiferin	H. sericeum, H. caucasium, H. flavescens, H. alpinum, H. denticulatum, H. komarovii, H. sachalinense, H. neglectum, H. connatum
17	Medikarpin	H. theinum, H. polybotrys, H. semenovii
18	Naringenin	H. polybotrys
19	Ononin	H. polybotrys, H. multijugum, H. kirghisorum, H. semenovii, H. austrosibirucum
20	Polistaxozid (kversetin-β-L-arabinozofuranozid)	H. komarovii, H. sachalinense, H. neglectum, H. connatum, H. alpinum
21	Roiforin	H. setigerum

Ümumiyyətlə, flavonoidlər köpükotu cinsinə aid 22 bitki növünün müxtəlif orqanlarında: yarpaq, gövdə, çiçək və kökündə aşkar edilmişdir. Tədqiqatlar nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, bu birləşmələr cinsə aid bitkilərin daha çoxyarpaq və çiçəklərində rast gəlinir. *H. flavescens* növünün tərkibində 8,6-13,2%, *H. gmelini* və *H. neglectum* növlərinin tərkibində isə 6,8-15, 3 mq/q flavonoid aşkar edilmişdir. Bu bitkilərin tərkibində flavonollardan kversetin, kversitrin, hiperozid, polistaxozid və avikulyarin üstünlük təşkil edir [1,2,32].

H. theinum növünün tərkibində oliqomer katexinlər müəyyən edilmişdir.

Flavonon birləşmələr, həmçinin naringin və bu tipdə olan digər birləşmələr əsasən *H. multijugum* və *H. Polybotrys* bitkilərində aşkar edilmişdir.

Qeyd etmək lazımdır ki, izoflavonlar əksər *Hedysarum* növlərində tapılmış ikincili metabolitlərdir. Bu cinsə aid olan bitkilərdən 30-dan artıq izoflavon alınmışdır. Xüsusən *H. polybotrys, H. multijigum* və *H. Scoparium* bitkilərinin tərkibində bu birləşmələrə böyük miqdarda rast gəlinir [32].

Cinsə aid bitkilərdə 4 xalkon tipli birləşmə müəyyən edilmişdir. İsolikviritigenin *H. polybotrys* və *H. gmelinii* növlərində aşkar olunmuşdur. *H. theinum* və *H. kirghisorum* bitkilərində 5 flavanol müəyyən edilmişdir.

Hedysarum cinsinə aid bitkilərdə müxtəlif flavonoid birləşmələrinin olmasına baxmayaraq, konkret maddələrə daha çox rast gəlinir. Bu fikir müxtəlif ərazilərdə bitən və ya becərilən və 48 qrup halında birləşdirilmiş köpükotu bitkilərinin kimyəvi tərkibinin YEMX-sı vasitəsilə tədqiq olunması sayəsində formalaşmışdır. Tədqiqatlar nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, *Hedisarum* köklərində daha çox 5 əsas

flavonoid vardır. Ononin, formononetin-7-0-D-qlükopiranoz-6-O-malonat, formononetin və medikarpin bütün bitki nümunələrində aşkar edilmişdir. Bu maddələr marker birləşmələr kimi *Hedysarum* bitki nölərinin köklərinin keyfiyyətini qiymətləndirmək üçün istifadə oluna bilər. Naringenin əksər bitki növlərində aşkar edilsə də, bəzi növlərdə rast gəlinməmişdir. Müxtəlif bitki nümunələrində aparılmış tədqiqatlar nəticəsində bu cinsə aid bitkilərin köklərində flavonoidlərin toplanma miqdarına bitkinin toplanma vaxtının, bitdiyi və ya yetişdirildiyi ərazinin coğrafi şəraitinin, eləcə də xammalın işlənməsi üsullarının təsir etdiyi əsas amillər olduğu müəyyən edilmişdir [2, 6, 32].

Ksantonlar köpükotu cinsinə aid bitkilərdə rast gəlinən vacib bioloji fəal maddələrdən hesab olunur. Bitkilərin tərkibinə tez-tez rast gəlinən mangiferin *H. aericeum, H. havescen, H. denticulatum, H. komarovii, H. sachalinense, H. neglectum, H. connatum* və *H. alpinum* və s. bitkilərdə aşkar edilmişdir. Qlükomangiferin və qlükoizomangiferin *H. flavescents* növündən alınmışdır [5, 6, 8, 22, 32].

Qərbi Sibirin meşə-çöl ərazilərində bitən *H. alpinum, H. flavescens, H. austrosibirucum, H. neglectum, H. theium, H. gmelinii* və *H. tschuens*syarpaqlarında ksanton məcmuyunun və mangiferinin miqdarı öyrənilmişdir. Bu birləşmələr daha çox *H. flavescens* (6%) və *H. alpinum* (4,3%) növlərində aşkar edilmişdir. *H. austrosibirucum, H. neglectum, H. theinum* növlərində 2 dəfə az, *H. gmelinii* növündə isə 1 %-ə qədər mangiferin və ksanton məcmuyu müəyyən olunmuşdur. Ksantonlar *H.tschuense* növündə müəyyən edilməmişdir. Apaprılmış tədqiqatlar nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, yabanı şəkildə bitən bitkilərə nisbətən becərilən bitkilərdə ksantonlar daha çox sintez olunur [1, 2].

Hedysarum cinsindən olan bitki növlərindən 11 pterokarpan birləşmələri alınmış və identifikasiya edilmişdir.

Hedysarum cinsinə aid bitkilərdə, xüsusən *H. polybotrys* növündə 12 triterpen birləşmə müəyyən edilmişdir [14, 16].

Köpükotu cinsinə aid bitkirdən hal hazıra qədər 12-dən çox kumarin təbiətli birləşmə aşkar edilmişdir. Aureol, A, B, C, E, D, F hedisarinkumestanlar, H metilhedisarinkumestan, 1,3,9-trimetoksikumestan *H. multijigum* növnüdə, 3,9-dihidroksikumestan isə *H. gmelinii* növündə müəyyən olunmuşdur [32].

Hedysarum növlərində yalnız 2 liqnan tipli birləşmə aşkar edilmişdir. Syrangaresinol *H. polybotrys* növündən, isolarikiresinil-9′-*O*-β-D-qlükopiranozid *H. setigerum* növündən təcrid edilmişdir.

Köpükotu bitkilərində 5 alkaloid: protokatexin turşusu, dokozanokin turşusunun-2, 3-dihidroksipropil efiri, berberin, hipaforinvə sparagin turşusu 2 aminturşu: triptofan və quanozin aşkar edilmişdir [32].

Hedysarum cinsinin bitkilərində fitosterinlərdən stigmasterol, daukosterol, sitosterol və sitosterolun iki törəməsi də daxil olmaqla 6 sterol birləşmə aşkar olunmuşdur.

Cinsə aid bitkilərdən 7 piyli yağ: heksakozan, tetrakozan, begen, palmitin, linol və olein turşusu; 3 piyli spirt: qliserol-monopalmitat, heksakozil-asetat və tetrakozanol və 2 efir birləşməsi: triolein-qliserid və heksadekan turşusunun 2,3-dihidroksil efiri alınmışdır.

Hedysarum növlərində 10 benzofuran törəmələri aşkar edilmişdir. Əksər benzofuran birləşmələri *H. Multijugum* və *H. polybotrys* növlərindən alınmışdır.

Digər təbii birləşmələrlə yanaşı köpükotu cinsinə aid bitkilərin tərkibində aşı maddələri də tədqiq edilmişdir. Apaırlmış tədqiqatlar nəticəsində cinsə aid bitkilərin tərkibində kondensləşmiş aşı maddələrinin olması sübut edilmişdir. Müəyyən edilmişdir ki, epiqallokatexin (15-75%) və qallokatechin (50-66%) əsas tərkib hissələridir. Beləliklə, bu birləşmələrə prodelfinidin tipi ekstraksiya ediləbilən kondensləşmiş aşı maddələri kimi baxmaq olar [30].

Hedysarum cinsinə daxil olan bitkilərdən alınmış bioloji fəal maddələrin farmakoloji xüsusiyyətləri də müxtəlif ölkə tədqiqatçıları tərəfindən tədqiq edilmişdir. Cində aparılmış tədqiqatlar nəticəsində bu bitkilərin potensial antioksidant, anti-aging (yaşlanma əleyhinə), şişəleyhinə, immun sistemi gücləndirici və şəkərli diabetəleyhinə vasitə kimi farmakoloji xüsusiyyətləri sübut edilmişdir [32].

Məlumdur ki, müxtəlif tipli sərbəst radikallar insanı əhatə edən ətraf mühitdə olan birləşmələrdən əmələ gəlir və ya bitkilərin endogen metabolizmi nəticəsində formalaşır. Son illər tibb elminin güclü inkişafı sayəsində insanlarda əsrin bəlasına çevrilmiş beyin disfunksiyası, bədxassəli şiş və ürəyin işemik xəstəliklərinin yaramnasında müxtəlif sərbəst radikalların rolu tədqiq olunmağa başlanmışdır. Aparılmış tədqiqatlar nəticəsində sərbəst radikalları neytrallaşdıran antioksidant maddələrin insan sağlamlığında həyati əhəmiyyət kəsb etdiyi təsdiq edilmişdir. Bu baxımdan köpükotu cinsinə daxil olan bitki növləri də az əhəmiyyət daşımır. Ədəbiyyat məlumatlarının araşdırılması göstərir ki, cinsə aid olan bitkilərdən alınmış kimyəvi ekstraktların bəzilərinin güclü antioksidant xüsusiyyətlərə malik olması ilə bağlı məlumatlar mövcuddur. Belə ki, *H. Polybotrys* növünün köklərindən alınmış *HPS-3* polisaxaridi superoksid anionu (O^{2-}), hidroksil radikalı (•OH), 2,2-difenil-1-pikrilhidrazil (*DPPH*) kimi sərbəst radikalları neytrallaşdırmaq

xüsusiyyətinə malikdir. Bu birləşmə 0,05-dən 5,00 mq/ml-ə qədər qatılıqda qeyd olunan sərbəst radikalları müvafiq olaraq 55,92%, 59,32%, 53,69% və 87,66% səviyyəsində neytrallaşdırır [19].

H. polybotrys bitkisindən alınmış ononin izoflavonoidinin 3-(4,5- dimetiltiazol-2-il)-2,5-difenil tetrazolium-bromid üsulu ilə *SH-SY5Y* hüceyrələrinin və *H2O2-injured DJ-1 gene-transfected SH-SY5Y* hüceyrələrinin sağalma ehtimalını artırması sübut edilmişdir. Bu onu göstərir ki, hidrogen-peroksid ilə induksiya olunan oksidativ zədələnməyə qarşı ononin müdafiəedici təsirə malikdir.

Qocalma təbii prosesdir. Hər bir orqanizm müəyyən yaşdan sonra bu prosesə məruz qalır. Anti-aging maddələr orqanizmin qocalma prosesini ləngidir və ya qismən qarşısını alır. Tədqiqatlar nəticəsində müəyyən edilmişdir ki, *H.polybotrys* bitkisindən alınmış *HPS* birləşməsi qocalma və digər səbəblərdən yaranmış hüceyrə disfunksiyasını bərpa etmək üçün hüveyrədaxili RNT-nin tərkibinə təsir edərək proteinin sintezini artıra bilir. Bu birləşmə həmçinin bilavasitə lipid peroksidlərinin orqanzimdən xaric olunmasını təmin edir, dovşanların aortasının saya əzələ hüceyrələrinin superoksid dismutaza aktivliyini gücləndirir, eləcə də siçanların eritrositlərinin superoksid dismutaza aktivliyini artırır. Bu da onu göstərir ki, *HPS* birləşməsi yaşlı siçanlarda göstərdiyi anti-aging xüsusiyyəti aktioksidazaların fəallaşması ilə bağlıdır. *H. austrosibiricum* bitkisindən alınmış sulu çıxarış D-qalaktoza ilə induksiyadan sonra yaşlı siçanların beyin hüceyrələrində və qaraciyərindəki malondialdehid birləşməsinin miqdarını əhəmiyyətli dərəcədə azaldır. Bu çıxarışlar həmçinin nəzərəçarpacaq dərəcədə superoksid dismutazanın və glutation-peroksidazanın aktivliyini artırır. Bitkinin sulu ekstraktı ilə müalicədən sonra heyvanların beyin toxumasında monoaminoksidazanın aktivliyi azalmış, dalaq və timis indeksləri yüksəlmişdir. *H. austrosibiricum* antioksidazaları aktivləşdirmək və sərbəst radikalları orqanizmdən xaric etməklə qocalma prosesini xeyli yavaşıdır [14-16,18,19].

Hedysarum cinsinə daxil olan bitki növləri immun sistemə də müsbət təsir göstərir. Məlumdur ki, immun sistem orqanizmdə müxtəlif patoloji dəyişikliklərə səbəb olan ekzogen mikroorqanizmləri müəyyənləşdirir və onları bədəndən xaric edir. *H. polybotrys* bitkisindən alınmış *HPS* polisaxarid birləşmənin immun sistemə mühafizəedici təsiri müəyyənləşdirilmişdir. Bu birləşmə humoral və hüceyrə səviyyəsində immun sistemin funksiyalarını gücləndirir, *in vivo* tədqiqatlarda limfositlərin proliferasiyasını önəmli şəkildə ($p<0,001$) artırması müşahidə edilmişdir [21].

H. polybotrys növündən alınmış saponin məcmuyu *RHTS* tsiklofosfamidin zəiflətdiyi immun funksiyalarını yenidən bərpa edir. Dalaq və timusun fəaliyyətini gücləndirir. İntraperitonal makrofaqların faqositik indeksini yüksəldir. *H. polybotrys* bitkisindən alınmış sulu ekstraktlar normal makrofaqotik funksiyaları 10 ng/ml LPS vasitəsilə intensivləşdirir [34].

Heyvanlar üzərində aparılmış tədqiqatlar nəticəsində köpükotu kökündən alınmış vasitələrin immun sistemi zəiflədilmiş siçanlara müalicəvi təsiri sübut edilmişdir. Belə ki, siçanların immun sistemi *in vivo* şəraitdə tsiklofosfamid vasitəsilə zəiflədilmiş, onlara köpükotu kökündən alınmış vasitə təyin edilmişdir. Müalicə kursundan sonra heyvanların dalaq indeksi, HC50, $CD19^{+}B$ limfosit subqrupları və İL-4 zərdab tərkibi yoxlanmışdır. Bu göstəricilərdə müxtəlif dərəcədə artım müşahidə edilmişdir. Tsiklofosfamidlə immun sistemi zəifləmiş heyvanlarda immunitetin bərpa olunması aşkarlanmışdır.

Bədxassəli şiş xəstəlikləri ölüm törədən səbəblər arasında öncül yeri tutur. Ona görə də son illər bu xəstəliklərin gedişini zəiflədən və ya qarşısını alan vasitələrin axtarılması istiqamətində mühüm işlər görülür. *Hedisarum* cinsinə aid bitkilərdən alınmış bioloji fəal birləşmələrin bəziləri xərçəng hüceyrələrinin inkişafının qarşısını alması müəyyən edilmişdir. *H.polybotrys* bitkisinin köklərindən alınmış *HPS-1* birləşməsinin *in vitro* şəraitdə mədə xərçəngi hüceyrələrinin və hepatosellular karsinomanın hüceyrələrinin proliferasiyasını inhibə etməsi sübut edilmişdir. *HPS-1* birləşməsinin 50-400 μg/mL qatılıqda *HEP-G2* hücüeyrələrinin proliferasiyasını yüksək dərəcədə qarşısını alır ($p<0,05$). 400 μg/mL qatılıqda inhibə faizi 40,0%-ə bərabər olmuşdur. Həmçinin *HPS-1* MGC-803 hüceyrələrinin inkişafını ləngidir($P < 0,05$). Tədqiqatlar eləcə də təyin edilən qatlıqla göstərdiyi effektivlik arasında ciddi fərqin olmadığını göstərmişdir. Bütün bu qeyd olunanlar bədxassəli şiş xəstəliklərinin müalicəsində *HPS-1* birləşməsinin potensial olmasına dəlalət edir. Digər tədqiqatlarla təmizlənmiş *HEP-G2* birləşməsinin xərçəng hüceyrələrinə qarşı sitotoksik effekti tədqiq edilmişdir. 3-hidroksi-9-metoksi pterokarpan birləşmənin bu hüceyrələrin proliferasiyasını inhibə etdiyi müşahidə edilmişdir [24].

H. polybotrys bitkisindən alınan *HPS* birləşməsi antidiabetik xüsusiyyətə də malik olması təsdiq edilmişdir. Bu birləşmənin hipoglikemik aktivliyinin tədqiqini apararkən müxtəlif molekul kütləli 4 fraksiya alınmışdır. Siçanların ALX müalicəsində *HPS1*, *HPS3*, *HPS4* fraksiyalarına müvafiq aclıq hiperqlisemiyasında artım müşahidə edilmişdir. 200mq/kq *HPS3* fraksiyası qandakı şəkərin səviyyəsini maksimum dərəcədə azalmasına səbəb olmuşdur (12 gün müddətində 56%). Qeyd etmək laızmdır ki, bu göstərici metforminin oral qəbulu ilə müqayəsədə daha yüksəkdir. Plazma insulinin konsentrasiyası nəzarət

qrupuna daxil olan siçanlarla müqayisədə *HPS3* fraksiyası ilə müalicə olunan siçanlarda daha yüksəkdir. Qeyd olunanlarla yanaşı *HPS3* fraksiyası insulinin sekresiyasını yüksəldir, qlükoza alımını artırır, qlükoneogenik prekursorları, qlükozanın oksidasiyasını azaltmaqla α-faktor (*TNF-α*) bədxassəli şiş nekrozunu, leptin və sərbəst yağ turşularının sekeresiyasını inhibə edir. Buna görə də, *HPS3* fraksiyası şəkərli diabet törədilmiş siçanlarda insulinə müqaviməti artırır. Bu fraksiyanın başqa bir faydalı xüsusiyyəti lipid peroksidləşmsini zəiflətməsidir [18].

H.polybotrys bitkisinin bir çox digər müalicəvi xassələri də müəyyənləşdirilmişdir. Ürək və beyin hipoksiyasına qarşı önəmli mühafizəedici effektə malikdir. Həmçinin boyümə faktorlarına müsbət təsir edir, analgetik, iltihabəlyhinə və virusəleyhinə effekt göstərir [14, 16, 21].

Müxtəlif ədəbiyyat mənbələrində 300-dən çox *Hedysarum* növlərindən yalnız 21-nin farmakoloji aktivliyi və kimyəvi tədqiqi haqqında məlumatlar verilir. Buna baxmayaraq, bir çox köpükotu növləri həm fitokimyəvi baxımdan hərtərəfli tədqiq edilmiş, həm də onlardan alınan müxtəlif bioloji fəal maddələrin farmakoloji xassələri öyrənilmişdir. *H. polybotrys* və *H. austrosibiricum* növlərinin hipertoniya, şəkərli diabet, bədxassəli şiş və immun sisteminin xəstəliklərinin müalicəsində farmakoloji təsiri yüksəkdir. *Hedysarum* cinsinə aid bitkilərin kimyəvi tərkibinin öyrənilməsi sayəsində onlardan flavonoidlər, ksantonlar, triterpen saponinlər, kumarinlər, liqnanlar, azot birləşmələri, sterinlər, karbohidratlar, piyli yağlar, benzofuran törəmələri və polisaxaridlər kimi müxtəlif qrup bioloji fəal maddələr alınmışdır [5, 8, 32].

Aparılmış ilkin elmi tədqiqatlar *Hedysarum* cinsinə daxil olan növlərin tibb praktikasında istifadəsi üçün empirik bazanı təmin edir. Lakin nəzərə almaq lazımdır ki, *Hedysarum* növlərinin toksikliyi və təhlükəzisliyi hələ də geniş şəkildə tədqiq edilməmişdir. Bu bitki növləri üçün təsdiq edilmiş doza hədinin aşılması və toksiklik haqqında heç bir məlumat yoxdur. Bu səbəbdən ənənəvi təbabətdə istifadə olunan müalicəvi vasitələr, eləcə də bu bitkilərdən təcrid olunaraq alınan təbii birləşmələr daha ətraflı farmakoloji tədqiqatlara cəlb olunmalıdır.

Son illər Azərbaycan florasında olan yabanı bitkilərin tərkibində ksantonlar bəzi tədqiqatçılar tərəfindən tədqiq edilmişdir [3]. Lakin bu sahədə daha geniş elmi araşdırmaların aparılması zəruridir. Ona görə də ölkə florasında köpükotu cinsinə aid 9 bitki növünün olması, eləcə də hal hazıra qədər onlardan heç birinin elmi araşdırmalara cəlb olunmaması bu bitkilərin perspektivli olmasına dəlalət edir.

ƏDƏBİYYAT

1. Высочина Г.И., Кукушкина Т.А. Биологически активные вещества некоторых видов рода Hedysarum // Химия растительного сырья, 2011, № 4, с. 251-258.

2. Высочина Г.И., Кукушкина Т.А., Карнаухова Н.А., Селютина И.А. Флавоноиды дикорастущих и интродуцированных растений некоторых видов рода Hedysarum // Журнал в интересах устойчивого развития, 2011, №19 с. 365-371.

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

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

5. Кукушкина Т.А., Высочина Г.И., Карнаухова Н.А., Селютина И.Ю. Содержание мангиферина и суммы ксантонов в растениях некоторых викорастущих и интродуцированных видов Hedysarum (Fabaceae) // Растительные ресурсы, 2011, вып. 1, с. 99-106.

6. Неретина О.В., Громова А.С., Луцкий В.И., Семенов А.А. Компонентный состав видов рода Hedysarum \\ Растительные ресурсы, 2004, том 40, выпуск 4, с. 111-138.

7. Неретина О.В. Химический состав экстрактивных веществ копеечника щетинистого: Hedysarumsetigerum Turcz. ex Fisch. Et Meyer тема: Автореф дисс. .. канд. фарм. наук. 2004, 24 с.

8. Федорова Ю. С, Сравнительное фитохимическое исследование некоторых видов растений рода Hedysarum: Автореф дисс.... канд. фарм. наук. Самара, 2011, 23 с.

9. Федорова Ю.С., Сухих А.С., Кузнецов П.В. Сравнительный хроматографический анализ фракционного состава фитопрепаратов растений рода копеечник // Сорбционные и хроматографические процессы, 2011, т. 11, вып.4, с.575-580.

Федорова Ю.С., Кузнецов П.В. Сравнительный фитохимический анализ биологически активных веществ некоторых фитопрепаратов рода Hedysarum // Вестник Российской Академии естественных наук (ЗСО), 2010, вып. 12, с. 183-186.

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

11. Aktoklu E., Guner A., Aslan A. et al. Hedysarum. A checklist of flora of Turkey (vascular plants) / Nezahat Gokyiğit Botanic Garden and Publication of Flora Researches Association, Istanbul, 2012.

12. Arslan E., Ertugrul K., Tugay O., Dural H. Karyological studies of the genus Onobrychis Mill. and the related genera Hedysarum L. and Sartoria Boiss. & Heldr. (Fabaceae, Hedysareae) from Turkey // Caryologia: International Journal of Cytology, Cytosystematics and Cytogenetics, 2012, vol. 65, p. 11-17.

13. Cheng F., Zou K., Zhu S., Katsuko K. A new phenylpropionate derivative from the rhizomes of Hedysarum polybotrys // Chi. J. Nat. Med., 2009, v.7, p. 351-353.

14. Chen S.G., Li Y., Zhao J., Gao K. Three new prenylfuranoisoflavonoids from the roots of Hedysarum scoparium // Chin J. Chem., 2008, v.26, p. 531-535.

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

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

17. Hu F.D., Li X.D., Zhao L.G., Feng S.L., Wang C.M. Antidiabetic properties of purified polysaccharide from Hedysarum polybotrys // Can. J. Physiol. Pharm., 2010, v.88, p. 64-72.

18. Hui H.P., Feng S.L., Zhao L.G., Shi Y.K., Liu X.H. Purification and structure identification of HPS // LiShizhen Med Materia Medica Res, 2010, v.21, p. 2302-2303.

19. Ghanavatia F., Amirabadizadeh H. Pollen grain morphology in Iranian Hedysareae (Fabaceae) // Crop Breeding Journal, 2012, v.2(1), p. 25-33.

20. Guan-Cheng H., Chia-Jung L., Kun-Teng W. et al. Immunomodulatory effects of Hedysarum polybotrys extract inmice macrophages, splenocytes and leucopenia //Molecules, 2013, v.18, p.14862-14875.

21. Kukushkina T.A., Vysochina G.I., Karnaukhova N.A., Selyutina I.Y. Content of mangiferin and total amount of xanthones in plants of some wild-growing and introduced Hedysarum (Fabaceae) species // Rastitelnye Resursy 2011, v.47, p.99-106.

22. Qiao D.Y., Pei X.S., Song G. Comparison of anatomical structure and photosynthetic characteristics between the two photosynthetic organs of the desert plant Hedysarum scoparium // Sciences in cold and arid regions, 2010, v.2(3), p.241-249.

23. Li Y.Z., Huang J., Guo H.C., Ren B. Chemical constituents from Hedysarum polybotrys and their antitumor activities // Chin. Trad. Herb. Drugs, 2009, v.40, p.1195-1198.

24. Liu Y., Hai L.Q., Zhao Y.Y., Zhang Q.Y. Studies on the chemical constituents of Hedysarum semenovii // China Pharm., 2008, v.22, p.568-569.

25. Liu Y., Zhao Y.Y., Chen H.B., Zhang Q.Y. Isolation and structural elucidation of an unstable isoflavonoid glycoside malonate from radix hedysari //J. Chin. Pharm. Sci., 2010, v.19, p.100-103.

26.Ma D., Feng S.L., Zhao L.G., Liu X.H., Li B., Li X.D., Hu F.D. Purification of the radix Hedysari polysaccharide and determination of its constitution // Chin JAMP, 2008, v.25, p.177-179.

27. National Pharmacopoeia Committee: Chinese Pharmacopoeia I, China Medical Science and Technology Press, 2010, 142 p.

28. Nechepurenko I.V., Polovinka M.P., Salnikova O.I., Pokrovskii L.M., Komarova N.I., Salakhutdinov N.F., Nechepurenko S.B. Components of the ethylacetateextract of Hedysarum theinum roots // Chemystry of Natural Compounds, 2007, v.43, p. 5-9.

29. Tibe O., Meagher L.P., Fraser K., Harding D. Condensed tannins and Flavonoids from the Forage Legume Sulla (Hedysarum coronarium) //J. Agr. Food. Chem., 2011, v.59, p. 9402-9409

30. Wei W., Li Q., Yu Y., Honq L. Saponins from roots of Hedysarum multijugum // China journal of Chinese material medica, 2016.

31. Yinmao D., Dongyan T., Na Z., Yue L., Chunhong Z., Li L., Minhui L. Phytochemicals and bbiological studies of plants in genus Hedysarum //Chemistry Central Journal, 2013, v.7

32. Yi L., Wei W., Yuying Z. et al. Chemical analysis of the Hedysarum multijugum root by HPLC fingerprinting // Journal of Chinese Pharmaceutical Sciences, 2015, v.24(10), p.654-659

33. Yi L., Qingving Z., Hubiao C., Yuying Z. Structural determination of saponins from Hedysarum polybotrys // J. Magnetic Resonancetin Chemistry, 2016

34. Yu L., Hu B., Yu Y., Pendfei Y. Quantification and Stability Studies on the Flavonoids of Radix hedysari // Journal of Argicultural and Food Chemistry, 2016.

Резюме

Фитохимические исследования растений рода Hedysarum и их перспективы в медицине.

Дж.И. Исаев, Н.Т.Бабаева

Целью создания статьи является, учитывая интерес в последние годы к роду копеечниковых, изучение химического состава этих растений, исследование фармакологических особенностей

биологически активных веществ, полученных из них и сбор информации о лекарственных средствах, применяемых в практической медицине. В обзоре больше всего охвачена информация последних лет о ксантонах, флавоноидах, изофлавоноидах, кумаринах и полисахаридах растений рода копеечниковых, затронуты проблемы использования растений этого рода в практической медицине. Было выявлено наличие 9 видов растений этого рода во флоре Азербайджана и дана краткая информация о наиболее распространённых видах. Более интересными растениями рода являются данные виды: *H. atropatanum, H. formosum, H. sericeum, H. caucasicum, H. vegetius, H. elegans* и *H. juncea*.

Summary

Phytochemical studies and pharmacological perspectives of the plants in genus Hedysarum.

C.İ. İsayev, N.T.Babayeva

The purpose of the article is, considering the growing interest to the plants of genus hedysarum in recent years, to study the chemical composition of these plants, to investigate the pharmacological properties of biologically active substances derived from them and to collect information on medicinal products used in the medicine. The review is covered the most recent informations about xanthones, flavonoids, isoflavones, plant polysaccharides and coumarins which identified in the genus of Hedysarum, and interpreted the main problems of plants used in medicinal practice. There are nine species of this genus was found in the flora of Azerbaijan and given a summary of the most common types. H. atropatanum, H. formosum, H. sericeum, H. caucasicum, H. vegetius, H. Elegans and H. juncea are most interesting species of this genus.

Daxil olub: 13.10.2016

ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ

Э.М.Абиева, З.И.Гасымов, Л.И.Абасова

НИИ Кардиологии Минздрава Азербайджанской Республики, г.Баку

Açar sözlər: risk amilləri,profilaktika
Ключевые слова: факторы риска,профилактика
Key words: risk factors,prevention

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются наиболее актуальной проблемой здравоохранения большинства стран мира, в том числе Азербайджана, несмотря на значительный прогресс последних десятилетий в диагностике и лечении кардиоваскулярной патологии. Эксперты Всемирной Организации здравоохранения (ВОЗ) прогнозируют дальнейший рост сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, как в развитых, так и развивающихся странах, обусловленный старением населения и особенностями образа жизни.

ССЗ атеросклеротического генеза, начинают развиваться задолго до появления первых клинических симптомов.Исходами заболеваний являются инфаркт миокарда,как нефатальный так и фатальный,инсульт,сердечная недостаточность.Больные,в основном,асимптоматические, нередко умирают внезапно, не получив надлежащей медицинской помощи.

Основополагающими принципами и источниками знаний по современной профилактике ССЗ являются кардиоваскулярная эпидемиология и доказательная медицина.Доказательная база по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний представляет собой как данные рандомизированных многоцентровых контролируемых сравнительных исследований(РКИ), примером являются РКИ по снижению артериального давления до целевых значений,так и данные проспективных наблюдений за особенностями питания людей определенного географического ареала,питания ассоциированного с низкими показателями ССЗ и смертности,примером является

Средиземноморская диета. Развитие ССЗ тесно связано с особенностями образа жизни и факторами риска (ФР)- курением, нездоровым питанием, недостаточной физической активностью (ФА), избыточной массой тела (МТ), артериальной гипертонией (АГ), психосоциальными факторами и рядом других.

Факторы риска- предрасполагающие факторы, увеличивающие вероятность возникновения или ухудшения сердечно-сосудистых заболеваний. Существуют специально разработанные шкалы (калькуляторы) для оценки сердечно-сосудистого риска,основанные на проспективном наблюдении десятков,сотен тысяч людей,в основном, без сердечно-сосудистых заболеваний сердца в течение последующих 10 лет. Основные из них, это первая в истории,созданная кардиологами США, Фрамингемская шкала (Framingham Risk Score), а также более поздняя европейская шкала SCORE (Systemic Coronary Risk Estimation). Эти калькуляторы позволяют спрогнозировать риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, в первую очередь инфаркта, инсульта- Фрамингемская шкала и сердечно-сосудистой смертности (шкала SCORE) в ближайшие 10 лет у человека с известными исходными данными о поле, возрасте, потребление табака, уровня холестерина, уровня систолического артериального давления,в том числе уровень АД на приеме антигипертензивных препаратов. Последующая модификация FRS калькулятора и шкалы SCORE,а также другие шкалы риска развития ССЗ- PROCAM,REYNOLDS RISK SCORE (учитывалась женская популяция), FINRISK (учитывались также пациенты и с Сахарным Диабетом 2 типа), ASCVD RISK CALCULATOR (последний по времени,разработан в США), включают также наследственную отягощенность по ИБС, холестерин липопротеинов высокой плотности, избыточную массу тела, ожирение, уровень гликированного гемоглобина, С-реактивный белок, сахарный Диабет II типа и некоторые другие показатели. Со всеми калькуляторами риска можно ознакомиться и использовать, при соответствующем поиске в интернете. Азербайджан, внесен Европейским Обществом Кардиологии в список европейских стран с высоким риском,исходя из высокой сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности в нашей стране, поэтому предложена соответствующая шкала SCORE. Существует также шкала SCORE для стран с низким риском. В Азербайджане, кардиологи используют, к сожалению не массово, европейскую шкалу SCORE (интерактивная версия HeartScore, на сайте www.heartscore.org) эффективно позволяющую устанавливать степень риска и определять необходимую пациенту помощь. Риск менее 1 % считается низким, в пределах >1 до 5%- умеренным, в пределах >5 до 10%-высоким, >10%- очень высоким.Пациенты с о высокими уровнями отдельных факторов риска- суммарный риск >5<10% по шкале SCORE и пациенты с: диагностированными сердечно-сосудистыми заболеваниями атеросклеротического генеза, сахарным диабетом II и I типа при наличии микроальбуминурии, хроническими болезнями почек, суммарный риск > 10 % по шкале SCORE, имеют ВЫСОКИЙ и ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ кардиоваскулярный риск и нуждаются в активных мероприятиях по снижению уровней всех факторов риска. Известно, что модификация ФР приносит, прежде всего, пользу лицам с высоким исходным риском. Тем не менее, на популяционном уровне более высокая смертность приходится на группы с низким и умеренным кардиоваскулярным риском, так как они гораздо более многочисленны (так называемый парадокс Роуза). Поэтому,коррекция факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у лиц с низким и умеренным суммарным риском по шкале SCORE также важна как и превентивные интервенции в группах высокого и очень высокого риска.

Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний подразделяются на модифицируемые или устранимые и не модифицируемые или не устранимые факторы риска.

Не модифицируемые факторы риска: Возраст- мужчины старше 40 лет .Женщины после 50 лет или после менопаузы. Наследственность- наличие родственников, умерших от болезней сердца, а также генетические мутации выявляемые современными методами скрининга. Пол-наибольший риск имеют мужчины, а также женщины старшего возраста после наступления климакса. Расовая принадлежность

Модифицируемые факторы риска: Повышенный холестерин крови**;** Повышенное Артериальное давление**;** Неправильное питание; сахарный диабет; гиподинамия; злоупотребление табаком; избыточный вес и ожирение

В последнее время отмечают существенный вклад стресса в развитие ИБС,а также хронических заболеваний почек, социального статуса,уровня С-реактивного белка,гомоцистеина и некоторых других факторов.

Главной задачей предупреждения развития ишемической болезни сердца является устранение или максимальное снижение влияния тех факторов риска, на которые возможно повлиять, то есть на модифицируемые факторы риска. Для этого ,еще до появления первых симптомов, необходимо придерживаться рекомендаций по модификации образа жизни.

Рекомендации по профилактике ИБС заключается в следующем:

1.Отказ от курения. Полное прекращение курения, в том числе пассивного. Общий риск смертности у тех, кто бросил курить, снижается в два раза в течение двух лет. Через 5 –15 лет,происходит

выравнивание с риском у тех, кто никогда не курил. Если вы самостоятельно не можете справиться с этой задачей, обратитесь к специалисту за консультацией и помощью.

2.Физическая активность. Всем больным с ИБС рекомендуется ежедневная физическая активность в умеренном темпе, например ходьба, – не менее 30 минут в день, домашние занятия, такие как уборка, работа в саду, ходьба от дома до работы. По возможности 2 раза в неделю рекомендованы тренировки на выносливость. Пациенты с высоким уровнем риска (например, после инфаркта или с сердечной недостаточностью) нуждаются в разработке индивидуальной программы физической реабилитации. Ее необходимо придерживаться всю жизнь, периодически изменяя по рекомендации специалиста.

3.Диета. Рекомендуется так называемая Средиземноморская диета. Целью является оптимизация питания. Необходимо уменьшить количество твердых животных жиров, холестерина, простых сахаров. Снизить потребление натрия (поваренной соли). Уменьшить общую калорийность рациона, особенно при избыточной массе тела. Для достижения этих целей необходимо придерживаться следующих правил:

-Максимально ограничить потребление любого животного жира: сала, сливочного масла, жирного мяса. Уменьшить потребление жиров до 30% от общей калорийности пищи (2000 ккалорий). Уменьшить потребление холестерина до 300 мг/сутки. Соотношение полиненасыщенных к полинасыщенным жирным кислотам должно быть 1.5.

-Ограничить количество яиц до 2-3 штук в неделю.

-Ограничить (а лучше полностью исключить) жареные продукты,предпочтение отдавать пище вареной, приготовленной на пару, а также гриль.

-Максимально ограничить кондитерские изделия, пирожные, торты и т.п.

-Снизить употребление поваренной соли до 5 г в день, а у больных артериальной гипертензией до 3 и менее грамм в день(учитывается возможный прием мочегонных препаратов).

-Увеличить количество свежих овощей и фруктов.

-Увеличить потребление злаков, по возможности минимально обработанных

-Включить в рацион омега-3 жирные кислоты (океаническая рыба, рыбий жир).

-Употреблять жирную рыбу как минимум три раза в неделю вместо мяса мелкого и крупного рогатого скота,так называемого “красного мяса”.

-использование орешек, фисташек в питании

-умеренное употребления красного сухого вина(если нет религиозных ограничений).

Такая диета обладает высоким защитным действием для сосудов и предотвращает дальнейшее развитие атеросклероза.

4.Снижение веса. Целями программы снижения веса при ИБС является достижение индекса массы тела в пределах 18,5(19) – 24,9 кг/м^2 и окружности живота менее 100 см у мужчин(желательно менее 94 см) и менее 90 см(желательно менее 80 см) у женщин. Для достижения этих показателей рекомендуется увеличить физическую активность, снизить калорийность пищи, а при необходимости разработать индивидуальную программу снижения веса и придерживаться ее. На первом этапе необходимо снизить вес хотя бы на 10% от первоначального и удерживать его.Высокая степень ожирения,а также метаболический синдром предполагает совместные усилия кардиолога(или терапевта), эндокринолога и диетолога.

5.Артериальное давление. Если оно в пределах нормы, необходимо проверять его два раза в год. Если артериальное давление повышено, необходимо принять меры по рекомендации врача. Очень часто требуется длительный прием лекарств, снижающих давление. Целевой уровень давления- менее 140/90(80) мм.рт.ст у людей без сопутствующих заболеваний, возможно, менее 130/90 у людей с сахарным диабетом или заболеваниями почек.

6.Снижение потребление алкоголя. В соответствии с последними рекомендациями ВОЗ количество принятого алкоголя не должно превышать одной бутылки сухого вина в течение недели.

7.Контроль за уровнем холестерина. Ежегодное обследование,особенно лиц после 40 лет с наследственной отягощенностью по ИБС должно включать анализ крови на холестерин,глюкозу в крови. Если эти показатели повышены, необходимо начать лечение по рекомендации врача.Рекомендуется снижение холестерина липопротеинов низкой плоности(Х-ЛПНП)ниже1.8 ммоль/л(70мг/дл) или хотя бы не менее 50% от исходно высокого уровня у пациентов с очень высоким риском.Снижение Х-ЛПНП менее 2.5ммоль/л(100мг/дл) у пациентов с высоким риском и снижение Х-ЛПНП менее 3 ммоль/л(115мг/дл) у лиц с умеренным риском.

8. Контроль за уровнем сахара в крови

HbA1C (гликированный гемоглобин) менее 7% у пациентов с СД2типа. Лица с предиабетом (высокий риск развития диабета), HbA1C 5,7-6,4%,нарушенной толерантностью к глюкозе нарушенной глюкозой натощак, должны проходить ежегодное, как минимум, обследование.

Вопрос о том, "где" следует проводить профилактику, предполагает только простой ответ: везде! Профилактика кардиоваскулярных заболеваний должна осуществляться на всех уровнях общества и во всех медицинских учреждениях. Меры должно включать в себя увеличение расходов на профилактику в здравоохранении для мероприятий, которые делают общество более здоровыми. Все врачи должны осознавать вопрос о профилактике и пропаганду здорового образа жизни как свою профессиональную ответственность за конкретных пациентов и следует поддерживать политику поощрения здорового образа жизни. Пациенты также должны иметь право знать и иметь поддержку со стороны органов здравоохранения о мерах по профилактике и принятия обоснованных решений по надежным усилиям по профилактике.

Внедрение эффективных методов профилактики и лечения ССЗ в странах Западной Европы, США, Японии, Австралии, Новой Зеландии позволили за 20 лет снизить кардиоваскулярную смертность в этих странах на 50 % и более. Знаменитый Северокарельский проект (North Karelia Project), начатый в Финляндии в 1972–1978гг в качестве демонстрационного и перенесенный на национальный уровень в виде широкомасштабной государственной комплексной программы профилактики не инфекционных заболеваний, обеспечил в последующие 25 лет существенное снижение числа курящих мужчин (более чем на 20%) и усредненного уровня холестерина в популяции, 80 % снижение смертности от ССЗ у населения трудоспособного возраста, значимое увеличение продолжительности жизни и улучшение базовых показателей общественного здоровья. Нам, в Азербайджане, следует прилагать максимум усилий по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, с целью приблизиться к показателям смертности вышеуказанных стран.

ЛИТЕРАТУРА

1.Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press 1992.

2.Кардиоваскулярная профилактика Национальные рекомендации / Всероссийское научное общество кардиологов. М., 2011

3.Mamedov M.N. Treatment of dyslipidaemia: from recommendations to clinical practice / Cardioprogress. Moscow, 2014

4.Piepoli M.F., Hoes A.W., Agewall S, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). // Eur Heart J., 2016, v.37(29), p.2315-81

5.Chamnan P., Simmons R.K., Khaw K.T. et al. Estimating the population impact of screening strategies for identifying and treating people at high risk of cardiovascular disease: modelling study // BMJ, 2010, v.340, p.1693.

6.Nielsen A.D., Videbech P., Gerke O. et al. Population screening for coronary arterycalcification does not increase mental distress and the use of psychoactive medication // J Thorac Imaging., 2012, v.27, p.202-206.

7. Backer G, Graham I, Taskinen MR. et al. European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation // Eur Heart J., 2011, v.32, p.1769-1818.

8.Graham I., Atar D., Borch-Johnsen K. et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts) // Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2007, Suppl 2, p.1-113.

9. Sundstrom J., Arima H., Woodward M. et al. Blood pressure-lowering treatment based on cardiovascular risk: a meta-analysis of individual patient data // Lancet, 2014, v.384, p.591-598.

10.National Institute for Health and Care Excellence. Lipid Modification: Cardiovascular Risk Assessment and the Modification of Blood Lipids for the Primary and Secondary Prevention of Cardiovascular Disease. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2014.

10.NICE Public Health Guidance 25. Prevention of Cardiovascular Disease. http://www.nice.org.uk/guidance/PH25.

11.World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases 2010. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44579/1/9789240686458_eng.pdf.

12.Graham I., Atar D., Borch-Johnsen K. et al. European Atherosclerosis Society (EAS).European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice // Eur J Cardiovasc Prev Rehabil, 2007, v.14, Suppl 2, p.1-113.

13. Kotseva K., Wood D., De Backer G. et al. Management of cardiovascular risk factors in asymptomatic high-risk patients in general practice: cross-sectional survey in 12 European countries // Eur J Cardiovasc Prev Rehabil., 2010, v.17(5), p.530-40.

14.Global strategy for prevention and control of non-comminicable diseases. Geneva: WHO, 2008.

15. Wood D., De Backer G., Faergeman O. et al. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on coronary prevention // Eur Heart J., 1998, v.19(10), p.1434-503.

16. De Backer G., Ambrosioni E., Borch-Johnsen K. et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: third joint task force of European and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts) // Eur J Cardiovasc Prev Rehabil., 2003, v.10(4), p.1-78.

17. Cooney M.T., Dudina A., D'Agostino R., Graham I.M. Cardiovascular risk-estimation systems in primary prevention: do they differ? Do they make a difference? Can we see the future? // Circulation, 2010, v.122, p.300-310.

18.Cooney M.T., Dudina A.L., Graham I.M. Value and limitations of existing scores for the assessment of cardiovascular risk: a review for clinicians // J Am Coll Cardiol., 2009, v.54, p.1209-1227.

19. van Dis I., Geleijnse J.M., Boer J.M. et al. Effect of including nonfatal events in cardiovascular risk estimation, illustrated with data from The Netherlands // Eur J Prev Cardiol., 2014, v.21, p.377-383.

20. Pyorala K., De Backer G., Graham I. et al. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society and European Society of Hypertension // Eur Heart J., 1994, v.15, p.1300-1331.

21.Cooney M.T., Dudina A., De Bacquer D. et al. How much does HDL cholesterol add to risk estimation? A report from the SCORE Investigators // Eur J Cardiovasc Prev Rehabil., 2009,v.16, p.304-314.

22. Guidlines // Diabetes Care, 2017, 40Suppl.

Xülasə

Ürək-damar sistemi xəstəliklərinin profilaktikası: müasir yanaşma

E.M.Abiyeva, Z.İ.Qasımova, L.İ.Abbasova

Müxtəlif risk faktorları ürək-damar xəstəliklərinin baş vermə ehtimalını artıran və ya pisləşməsinə hər hansı bir zəmin hazırlayan faktorlardır. Ürək-damar sistemi xəstəliklərinin risk faktorları 2 qrupa ayrılır: modifikasiyası mümkün olan; modifikasiyası mümkün olmayan. Modifikasiyası mümkün olmayan risk faktorlarına aiddir: yaş, irsiyyət, cins, irqi mənsubiyyət. Modifikasiyası mümkün olan: siqaret çəkmə, qanda yüksək xolesterin, yüksək arterial təzyiq, düzgün qidalanmamaq, şəkərli diabet, hipodinamiya, alkoqoldan sui istifadə, hipodinamiya, piylənmə. Məqalədə bu risk faktorlarını aradan qaldırılaraq ürək-damar sistemi xəstəliklərinin profilatikası məsələlərinə toxunulmuşdur.

Summary

Prevention of cardiovascular diseases: modern approaches

E.M. Abiyeva, Z.I.Gasymov, L.I.Abasova

The majority of cardiovascular disease (CVD) is caused by risk factors that can be controlled,treated or modified, such as high blood pressure, cholesterol, overweight/obesity, tobacco use,lack of physical activity and diabetes, alcohol abuse. However, there are also some major CVD risk factors that cannot be controlled:sex,age, family history, race.Modern risk score estimation tools allow to calculate 10 years risk of cardiovascular mortality and morbidity and to modify risk factors according to results. The article by eliminating the risk factors of cardiovascular diseases, profilatikası touched.

Daxil olub: 13.10.2016

TƏLƏBƏLƏRDƏ SİQARETÇƏKMƏNİN STOMATOLOJİ STATUSA TƏSİRLƏRİNİN ÖYRƏNİLMƏSİ

C.A.Səfərov

Azərbaycan Tibb Universiteti, Terapevtik Stomotologiyaları kefedrası, Bakı

Açar sözlər: siqaretçəkmə, karies, parodontun vəziyyəti
Ключевые слова: курение, кариес, состояние пародонта
Keywords: smoking, caries, periodontal condition

Siqaretçəkmənin insan sağlamlığı üçün zərərli olmasına baxmayaraq, çoxsaylı insanlar bunu bilə -bilə siqaret çəkməklə məşğuldurlar. Ən geniş yayılmış zərərli vərdişlər içərisində ön sırada duran siqaret orqanizmə zərə verir və uzun müddət siqaret çəkən şəxslərdə təəsüflər olsun ki, geridönməz xəstəliklər inkişaf edə bilir [2,6].

Siqaretin orqanizmə vurduğu məlum zərərlərə aşağıdakıları misal göstərmək olar:

1. Siqaret adətən çəkildiyi mühitdə pis və ağır iy yayılır,
2. Dəridə tündləşmə və yaşlı görünmə,
3. Dişlərin üzərində tünd piqmentləşmə, diş əti, paradont xəstəlikləri,
4. Ağız boşluğu və udlaqda dad hissiyatını pozmaqla bərabər qeyd olunan strukturlarda xərçəng riski də yaradır,
5. Qırtlaq və nəfəs borusunda iltiahba, səs tellərinin zərər görməsilə bərabər onlarda xoş və bədxassəli şişlərin inkişafına şərait yaradır,
6. Ürək və damarlara zərər vurmaqla ürək tutması və damarların tutulması, təzyiqin yüksəlməsi kimi təhlükəli vəziyyəətlərə gətirib çıxara bilir,
7. Beyində iflic, yaşlanmış insanda Alzheimer xəstəliyinin meydana gəlməsinə şərait yaradır. Hər siqaretlə alınmış nəfəs orta hesabla 50 min orqanizm, xüsusilə beyin –sinir sistemi hüceyrələrinin ölümünə gətirib çıxarır,
8. Gözlərdə katarakta və yaşlanan zaman kor olmaya gətirib çıxara bilir,
9. Burunda iybilmə qabiliyyətini zəiflədir,
10. Ağciyərlərdə xərçəng riski, bronxit və emfizema kimi patologiyalara yol açır,
11. Mədə və yemək borusunda qanama, xoralaşma və xərçəng proseslərinə rəvac verir,
12. Mədəaltı vəzi problemlərinin inkişafına şərait yaradır,
13. Qadınlarda uşaqlıq və yumurtalıqdakı problemlərlə əlaqədar sonsuzluq, erkən uşaqsalma, şikəst və yarımçıq doğum, erkən yaşda menapauza, qadın cinsiyyət orqanlarının xərçəngi kimi proseslərə yol açır,
14. Kişilərdə xayalar və cinsiyyət orqanlarında impotensiya, ereksiyanın pozulması, spremanın mayalama qabiliyyətinin aşağı düşməsi, anadangəlmə problemlərə yola açа bilər,
15. Sidik kisəsində xərçəng prosesinə şərait yaradır,
16. Əllərdə, barmaqlarda cüzi saralma, dırnaqlarda zəifləmə müşahidə edilir,
17. Skelet sümüklərində rezorbsiya proseslərinə yol açır,
18. Aşağı və yuxarı ətrafların damarlarında genəlmələr və digər xəstəliklər əmələ gətirir,
19. Orqanizmdə yorğunluq, halsızlıq, əsəb gərginliyi, stress və reflekslərdə zəifləmə qeydə alınır [1, 8, 9].
20. Siqaret dünyada məlum ölüm səbəbləri arasında ikinci yerdə dayanır. Siqaret çəkmədə artım indiki sürətlə davam edərsə 2030-cu ildə 9 milyondan çox insanın siqaretdən öləcəyi güman edilir (World Health Report, 2002). Siqaret çəkən şəxsin özü ilə birlikdə onun tüstüsünün təsirilə kənardakı şəxslər də müxtəlif patologiyalara cəlb oluna bilərlər. Siqaret tüstüsünün meydana gətirdiyi sağlamlıq risklərinə ən başda ağciyər xərçəngi olmaqla, dilin, udlağın, qırtlağın, yemək borusunun, sidik kisəsinin, böyrəklərin, sümük və çanaq orqanlarının xərçəngləri kimi müxtəlif şiş prosesləri ilə bərabər ateroskleroz və xroniki abstruktiv ağciyər xəstəlikləri kimi patologiyaları misal göstərmək olar [3,10].
21. Son 20 ildə icra edilmiş eksperimental tədqiqatlar siqaret çəkmənin parodont xəstəlikləri üçün mütləq risk amili olduğunu sübut etmişdir. Mütəmaid olaraq, siqaret tüstüsü olan mühitdə olan şəxslərdə parodontit xəstəliyinin meydana gəlmə riski 2/3 dəfə artmış olur. Əvvəlki tədqiqatlar siqaret çəkənlərdə çəkməyənlərlə müqayisədə diş əti qanamalarının daha az müşahidə olunduğunu göstərir [4,5,7].

Tədqiqatın məqsədi III və V kurs tələbələrində siqaretçəkmənin dişlərin sərt və paradont toxumalarına təsirlərinin öyrənilməsidir.

Tədqiqatın material və metodları: Bu məqsədlə tərəfimizdən ATU –da müalicə işi və stomatologiya fakültələrində III kursda təhsil alan 198 nəfər siqaret çəkən və 235 nəfər siqaretçəkməyən ümumilikdə 353

nəfər oğlan tədqiqata cəlb edilmişdir. Sonradan siqaret çəkənlərdən 18 nəfər, siqaretçəkməyən şəxlərdən isə 35 nəfər müxtəlif səbəblərdən tədqiqatda iştirakı davam etdirməkdən imtina etməli olmuşlar, tədqiqatlar 180 nəfər siqaret çəkən və 200 nəfər siqaret çəkməyən şəxslər üzərində davam etdirilməli olmuşuq. Tədqiqata cəlb edilmiş tələbələrdə ilk əvvəl III kursda, daha sonra isə V kursda ağız boşluğu hərtərəfli müayinə edilmiş, onlarda kariesin yayılması (say və %-lə), kariesin intensivliyi, KPÇ- ortalama, Fyodorov-Volodkina gigyenik indeksi, tam sağlam parodontun rast gəlinməsi (say və %-lə), diş ətindən qanaxma (say və % -lə), diş daşlarının olması (say və % -lə) və parodont ciblərinin olmasına (say və % -lə) görə müayinə aparılmış, siqaret çəkənlər və çəkməyənlərin III və V kursdakı müayinələrinin nəticələri həm biri –birilə, həm də qruplar üzrə müqayisə edilmişdir. Stomatoloji müayinələr stomatoloji güzgü, adi və paradontal zondlar vasitəsilə aparılmışdır. Tələbələrin hamısı ümumi vəziyyəti sağlam olan və eyni yaş intervalında olan şəxslər olmuşlar. Alınmış nəticələr parametrik və qeyri0parametrik üsullardan istifadə etməklə statistik işlənmişdir. Statistiki üsullar variasion üsullarla tədqiq olunmuşdur (orta riyazi kəmiyyət- M, onların standart xətası- m, Styudentin dürstlük əmsalı- t müəyyən edilməklə). Kliniki tədqiqatın nəticələrinin statistiki işlənməsi standart proqram paketinin köməyilə icra edilmişdir (Windows üçün Microsoft Excel и Statistica 7.0).

Tədqiqatın nəticələri və müzakirəsi. Tədqiqat nəticəsində 180 nəfərdən ibarət siqaret çəkən tələbələr qrupunda III kursda aparılmış stomatoloji müayinələr zamanı kariesin yayılması 165 nəfərdə olmaqla qrupun 91,7±2,06% -ni əhatə etsə də, eyni kurs üzrə təhsil alan siqaret çəkməyən tələbələrdə bu göstəricilər uyğun olaraq, 253 nəfər və 86,5±2,42% qeydə alınmışdır. V kursda isə yuxarıda qeyd etdiyimiz siqaret çəkən tələbələrdə kariesin yayılması 166 nəfərdə olmaqla pis vərdişə düçar olmuş tələbələr qrupunun 62,2±2,00% -ni əhatə etdiyi halda, siqaretdən uzaq olan tələbələrdə müvafiq göstəricilər uyğun olaraq, 155 nəfər və 87,5±2,34% müşahidə edilmişdir.

Kariesin intensivliyi üzrə apardığımız müayinələr zamanı isə siqaret çəkən III kurs tələbələrində bu göstərici 4,37±0,12 olduğu halda, V kursda bu göstərici artaraq 4,87±0,15 qeydə alınmışdır. Siqaret çəkməyən müayinələrə cəlb edilmiş tələbələr qrupunda isə III kursda kariesin intensivliyinin orta göstəricisi 3,98±0,9, V kursda isə bu göstərici bir qədər yüksək, 4,42±0,11 müəyyənləşdirilmişdir.

KPÇ indeksi üzrə tədqiqatlar zamanı K parametrinin qrup üzrə orta göstəricisi III kursda təhsil alan oğlan tələbələr arasında siqaret çəkənlərdə 1,89±0,07 müəyyən edildiyi halda, onların siqaret çəkməyən həmkarlarında uyğun göstərici III kurs üzrə 1,18±0,05, V kurs üzrə isə 1,15±0,05 müəyyən edilmişdir.

KPÇ indeksinə əsasən P parametrinin göstəriciləri üzrə müayinə və hesablamalar zamanı III kursda təhsil alan siqaret çəkən 180 nəfər tələbələr qrupunda bu orta göstərici 2,11±0,08 müəyyən edildiyi halda, həmin tələbələr V kursda müayinə edildikdə müvafiq göstərici yüksək, 2,51±0,08 hesablanmışdır. Siqaret çəkməyən tələbələrdə isə III kursa qeyd olunan parametr üzrə hesablamalar zamanı uyğun göstərici 2,51±0,08 olduğu halda, V kursda vəziyyət kifayət qədər fərqli olmaqla 2,98 aşkar edilmişdir.

KPÇ indeksinin Ç parametrinin müəyyən edilməsi üzrə aparılan müayinələr zamanı isə siqaret çəkən tələbələrdə III kursda bu göstərici 0,38±0,04 olduğu halda, həmin tələbələrdə uyğun göstərici 0,39±0,04 hesablanmışdır. Siqaretçəkməyənlərdə isə müvafiq göstərici III kursda 0,29±0,03, V kursda isə 0,31±0,03 hesablanmışdır.

Siqaret aludəçisi olan və olmayan tələbələrin ağız boşluqlarının gigiyenik vəziyyətinin qiymətləndirilməsi məqsədilə öyrənilən Fyodorov-Volodkina gigiyenik indeksi üzrə müayinələr zamanı III kursda təhsil alan və siqaret çəkən tələbələrdə müvafiq indeksin göstəricisi 1,48±0,014 müəyyənləşdirilməsinə baxmayaraq, V kursda bu göstərici 1,50±0,015 aşkar edilmişdir. Bu indeksin siqaret çəkməyən 200 tələbə arasında orta göstəricisi III kursda 1,22±0,11, V kursda isə 1,25±0,013 müəyyən edilmişdir.

Müayinələrə cəlb edilmiş tələbələrdə tam sağlam paradont toxumalarının rast gəlinməsi üzrə tədqiqatlar zamanı III kursda siqaret çəkən 180 tələbə arasında cəmi 5 nəfərdə tam sağlam paradont toxumalarına rast gəlinmişdir ki, bu da qrup üzrə cəmi 2,78±1,22% təşkil etmişdir. Bu tələbələrdə V kursda aparılmış müayinələr zamanı daha acınacaqlı hal qeydə alınmaqla heç bir tələbədə sağlam paradont toxuması müşahidə edilməmişdir ki, bu da siqaretin 2 il ərzində tələbələrdə paradonta mənfi təsirlərinin təcəssümüdür. Siqaretdən uzaq olan 200 nəfər tələbədə isə III kursda 18 nəfərdə tam sağlam parodont toxumalarının olması qeydə alınmışdır ki, bu da qrup üzrə 9,0±2,02% təşkil etmişdir. V kursda isə bu tələbələrdə 7 nəfərdə tam sağlam paradont toxumalarına rast gəlinməklə qrupun 3,5±1,3% -ində rast gəlinmişdir (cədvəl 1).

Paradont xəstəliklərinin ilkin əlaməti olan diş ətindən qanaxma halının siqaret çəkən və çəkməyən oğlan tələbələr arasında rast gəlinməsi və yayılması üzrə stomatoloji müayinələrimiz nəticəsində siqaret çəkən tələbələrdə III kursda qeyd etdiyimiz əlamətin rast gəlinməsi 64 nəfərdə olmaqla qrupun 35,6±3,57% -ni

əhatə etməsinə baxmayaraq, eyni kursda təhsil alan və siqaretdən asılılığı olmayan tələbələrdə diş ətindən qanaxma 93 nəfərdə rast gəlinməklə 200 nəfərlik qrupun 46,5±3,53% -ində müşahidə edilmişdir ki, bu da zərərli vərdişə düçar olmuş qrupun uyğun göstəricisindən 10% çoxdur. V kursda apardığımız müayinələr zamanı isə siqaretdən asılı olan tələbələrdə qeyd olunan əlamətin rast gəlinməsi 6 nəfərdə olmaqla, müayinə qrupunun 3,3±1,34% -ni əhatə etdiyi halda, siqaretdən asılı olmayan tələbələr qrupunda daha çox şəxslərdə, daha doğrusu 33 nəfərdə qeydə alınmaqla qrupun 16,5±2,62% -ində müşahidə edilmişdir.

Cədvəl 1

Siqaret çəkən və çəkməyən tələbə qruplarında ağız boşluğunun vəziyyətinin bəzi göstəricilərinin müqayisəsi.

Ağız boşluğunun vəziyyətinin göstəriciləri	Təhsil aldıqları kurs	Siqaret çəkənlər (n=180)		Siqaret çəkməyənlər (n=200)	
Kariesin olması (say və % -lə)	III kurs	165	91,7±2,06	153	86,5±2,42 *
	V kurs	166	92,2±2,00	155	87,5±2,34 *
Kariesin intensivliyi	III kurs	4,37±0,12		3,98±0,09 *	
	V kurs	4,86±0,15		4,42±0,11 *	
K	III kurs	1,89±0,07		1,18±0,05 *	
	V kurs	2,04±0,07		1,15±0,05 *	
P	III kurs	2,11±0,08		2,51±0,08 *	
	V kurs	2,42±0,09		2,98±0,10 *	
Ç	III kurs	0,38±0,04		0,29±0,03	
	V kurs	0,39±0,04		0,31±0,03	
Fyodorov-Volodkina gigiyenik indeksi	III kurs	1,48±0,014		1,22±0,011 *	
	V kurs	1,50±0,015		1,25±0,013 *	
Kliniki sağlam paradont (say və % -lə)	III kurs	5	2,78±1,22	18	9,0±2,02 *
	V kurs	-	-	7	3,5±1,30 *
Diş ətindən qanaxma (say və % -lə)	III kurs	64	35,6±3,57	93	46,5±3,53 *
	V kurs	6	3,3±1,34	33	16,5±2,62 *
Diş daşlarının olması (say və % -lə)	III kurs	83	46,1±3,72	73	36,5±3,40
	V kurs	130	72,2±3,34	129	64,5±3,38
Diş əti ciblərinin olması (say və % -lə)	III kurs	28	15,6±2,70	16	8,0±1,92 *
	V kurs	44	24,4±3,20	31	15,5±2,56 *

Qeyd: *-siqaret çəkənlərin qrupuna nəzərən dürüstlük $p<0,05$.

Paradont xəstəliklərinin əsas etioloji amillərindən biri vəbəlkə də ən başlıcası hesab olunan diş daşlarının olmasına və rast gəlinməsinə görə siqaret çəkən və çəkməyən tələbələr üzərində apardığımız müayinələr nəticəsində qeyd olunan zərərli vərdişə qurşanmış tələbələrdə III kursda diş daşlarının yayılması 83 nəfərdə aşkarlanmaqla qrupun 46,1±3,72% -ni əhatə etmişdir. Onlarla eyni kursda təhsil alan ancaq siqaretdən asılılığı olmayan həmkarlarında isə bu göstəricilər müvafiq olaraq, 73 nəfər, 36,5±3,4% olmaqla 10% az qeydə alınmışdır. 2 ildən sonra yəni müayinələrə cəlb edilmiş tələbələr artıq V kursda təhsil aldıqda apardığımız müayinələr zamanı isə siqaret çəkən tələbələr qrupunda diş daşları 130 nəfərdə olmaqla qrupun 72,2±3,34% -ni əhatə etməklə çox yüksək göstəricilərlə özünü göstərdiyi halda, siqaretdən asılığı olmayanlarda da bu göstərici bir qədər yüksək 129 nəfərdə aşkarlanmaqla qrup üzrə 64,5±3,38% hesablanmışdır

Paradont xəstəliklərinin mövcudluğunu göstərən diş əti ciblərinin aşkar edilməsi üzrə apardığımız müayinələr zamanı siqaretdən asılı olan III kurs tələbələrində qeyd olunan patologiyanın rast gəlinməsi 28 nəfərdə aşkar edilməklə qrupun 15,6±2,7% -ni əhatə etsə də, siqaret çəkməyən III kurs tələbələrində bu göstəricilər uyğun olaraq, 16 nəfər və 8,0±1,92% müəyyənləşdirilmişdir ki, bu da zərərli vərdişdən asılı vəziyyətdə olan tələbələrin müvafiq göstəriclərindən 2 dəfəyə qədər az olmuşdur. Diş əti ciblərinin V kurs siqaret çəkən tələbələr qrupunda rast gəlinməsi isə 44 nəfərdə olmaqla, qrupun 24,4±3,2% hesablandığı halda, eyni kursda təhsil alan ancaq siqaret çəkməyən tələbələrdə 31 nəfərdə rast gəlinməklə qrupun 15,5±2,56% -ni əhatə etmişdir.

ƏDƏBİYYAT

1.Муртазина Р.Г., Ушакова С.Л. Состояние пародонта студентов УГАТУ в зависимости от сопутствующей патологии (заболеваний желудочно-кишечного тракта) / Внедрение новых технологий при лечении стоматологических заболеваний: материалы всероссийского конгресса и республиканской конференции стоматологов РБ. Уфа, 2007, с. 95-97.

2.Орехова Л.Ю., Шапорова Н.Л., Косова Е.В. Состояние тканей пародонта у курящих пациентов с хронической обструктивной болезнью легких // Пародонтология, 2008, № 1, с.12-17.

3.Толмачева С.М., Тиунова Н.В.,. Круглова Н.В Мониторинг заболеваемости зубов кариесом студентов стоматологического факультета Нижегородской государственной медицинской академии // Нижегородский медицинский журнал, 2008, № 2, с.126-129.

4.Шевляков В.В., Кузуро Н.В. Психологические факторы к табакокурению и отказу от него у молодѐжи // Психологический журнал, 2008, №3, с.60-65

5.Ширшова Н.Е. Медико-социальные основы профилактики заболеваний пародонта у студенческой молодежи: Автореф. дис. … канд. мед. наук. Пермь, 2007, 25 с.

6.Albandar J.M., Streckfus C.F., Adesanya M.R. et al. Cigar, pipe, and cigarette smoking as risk factors for periodontal disease and tooth loss // J Periodontol., 2000, v.71, .1874.

7.Erley K.J. Gingival recession treatment with connective tissue grafts in smokers and non-smokers // J Periodontol., 2006, v.77, № 7, p.11481155.

8.Hotham E.D. Gilbert E.R., Atkinson A. randomised-controlled pilot study using nicotine patches with pregnant women // Addict Behav., 2006, v.31, № 4, p.641-648.

9.Morkjarocnpong V. Environmental tobacco smokes exposure and nocturnal symptoms among inner city children with asthma // Allergy Clin. Immunol., 2002, v.110, № 1, p. 147-153.

10.Petersen P.E. Global policy for improvement of oral health in the 21st century – implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization // Commun. Dent. Oral Epidemiol., 2009, v. 37, issue 1, p.1-8.

11.Scabbia A., Cho K-S., Sigurdsson T.J. et al. Cigarette smoking negatively affects healing response following flap debridement surgery // J Periodontol., 2001, v.72, p.43.

Резюме

Изучение степени влияния курения на стоматологический статус студентов

Д.А.Сафаров

Оценена частота курения среди 353 студентов и степень его влияния на состояние гигиены полости рта и маргинальной десны, а также уровень распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний. Выявлена зависимость степени тяжести кариеса и заболеваний пародонта от наличия вредного фактора риска. У курящих студентов чаще выявлялись кариес, признаки воспаления десны, выявленные с помощью гигиенического индекса и индекса КПУ

Summary

Studying the degree of smoking effect on dental status of students

J.A. Safarov

There were estimated the prevalence of smoking habit among 353 student and its effect on a condition of oral hygiene and a marginal periodontium, and prevalence intensity of main dental disease. It was determined the influence of smoking habit on the condition of a caries and periodontium disease. The gingival inflammation and caries studied by hygiene and CPU indexes was revealed more often in smoking student.

Daxil olub: 29.09.2016

MÜALİCƏ-PROFİLAKTİKA MÜƏSSİSƏLƏRİNİN LOR-ŞÖBƏLƏRİNDƏ İNFEKSİON AĞIRLAŞMALARIN PROFİLAKTİKASI SİSTEMİNİN TƏKMİLLƏŞDİRİLMƏSİ

C.L. Qasımov, Ş.R.İbrahimov

Azərbaycan Tibb Universiteti, otolarinqologiya kafedrası, Bakı

Açar sözlər: LOR xəstəliklər, müalicə, profilatika,təşkilat, infeksion ağırlaşmalar
Ключевые слова: ЛОР болезни, лечение, профилактика, организяция, инфекционные осложнения
Keywords: ENT diseases, treatment, prevention, organisation, infectious complications

Yoluxucu xəstəliklərin mübarizə və profilaktikasının qanunauyğunluqlarının müəyyən edilməsi yalnız stasionarda hər bir xəstəlik hadisəsinin hərtərəfli öyrənilməsi şəraitində mümkündür. Xəstəxanadaxili infeksiyaların epidemik prosesini müəyyən edən mühüm cəhət yoluxucu, o cümlədən müxtəlif lokalizasiyalı irinli prosesləri olan pasiyentlərin stasionarda toplanması hesab edilir. Son illər əldə edilən uğurlar infeksion ağırlaşmaların profilaktikası məqsədilə geniş tövsiyə olunan metodlardan sayılan epidemioloji və mikrobioloji monitorinqin stasionarda baş verən infeksion ağırlaşmalar zamanı tətbiq ediləsi yolu ilə qazanılmışdır. Ümumilikdə infeksion ağırlaşmaların patogenezi mikroorqanizmlərin (onların sayı və keyfiyyəti nəzərə alınmaqla) və makroorqanizmin (onun infeksiyaəleyhinə müqaviməti nəzərə alınmaqla) qarşılıqlı əlaqəsi mövqeyindən araşdırılmalıdır [1,2,3].

Xəstəxana ştamları mikrotəkamül sayəsində normal mikrofloradan və mikrobla kontaminasiyadan, xəstəxanaarası ştamlar isə xəstəxana ştamlarından formalaşır. Aydındır ki, xəstəxana və xəstəxanaarası ştamlar daha yüksək zədələyici aktivliyə malikdir. Məhz onlar, bir qayda olaraq, antibiotiklərə qarşı yüksək polirezistentliyə malikdirlər və mahiyyət etibarilə şərti-patogen deyil, patogen mikroorqanizmlər (epidemik) sayılırlar [4,5,6,7,8]. Bu baxımdan xəstəxana və xəstəxanaarası ştamlar tərəfindən törədilən infeksiyalar zamanı əksepidemik tədbirləri təşkil etmək vacibdir.

Tədqiqatın məqsədi müalicə-profilaktika müəssisələrinin LOR-şöbələrində infeksion ağırlaşmalarla mübarizə və profilaktika sisteminin təkmilləşdirilməsindən ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodları. LOR-şöbələrdə müalicə olunan xəstələrin 604 xəstəlik tarixlərinin təhlili sayəsində infeksion ağırlaşma kimi təsnif edilən 148 hadisə aşkar edilmişdir. Müayinə obyekti kimi müxtəlif tibbi müdaxilələr keçirmiş və müalicə almış xəstələr, infeksion təhlükəsizlik baxımından tibbi yardımın təşkili texnologiyaları, stasionar xəstələrin tibb kartları, LOR-şöbələrdə pasiyentlərə yardım göstərən həkim və tibb bacılarının qrupları seçilmişdir.

Müayinə vahidi kimi LOR-şöbələrə planlı qaydada və ya təcili yardım vasitəsilə hospitalizasiya olunan xəstələnmə halları, infeksion ağırlaşmaların inkişaf halları və s. nəzərdən keçirilmişdir. Tədqiq olunan tibb sənədlərinə stasionar xəstələrin tibb kartları, stasionardan evə yazılanların statistik kartları, klinik-ekspert komissiyasının müzakirə materialları daxildir.

İnfeksion ağırlaşmaların törədicilərinin təyin edilməsi məqsədilə müayinə üçün bakterioloji material götürülmüşdür ki, bu zaman LOR-orqanların irinli zədələnmə ocaqlarından alınmış patoloji möhtəviyyatdan istifadə edilmişdir. Mikrobioloji müayinə üçün material qismində steril fizioloji məhlulda isladılmış steril pambıq tamponun köməyi ilə ağız-burun boşluğunun selikli qişasından, burun və xarici qulaq keçəcəyinin dərisindən yaxma götürülmüşdür. Mikroorqanizmlərin antibiotiklərə həssaslığını təyin etmək üçün disk-diffuz metodu tətbiq edilmişdir ki, bu zaman Metodik tövsiyələrdən (2004, 2007-ci il) və klinik laborator standartlar üzrə Milli komitənin tövsiyələrindən (NCCLS, ABŞ, 1998, 2003), Becton Dickinson (ABŞ) kompaniyasının istehsalı olan antibiotiklərin disklərindən və eyni istehsallı Müller-Xinton mühitindən istifadə edilmişdir. Qazonun hazırlanması üçün bərk qidalı mühitlərdə əkilmiş koloniyalardan əldə edilmiş və MakFarland standartı üzrə tutqunluğuna nəzarət etməklə becərilən bakterial suspenziyadan istifadə edilmişdir. Enterokokların antibiotiklərə qarşı rezistentliyinin tədqiqi zamanı 5%-li defibrinləşdirilmiş qoyun qanı əlavə olunan Müller-Xinton mühitindən istifadə edilmişdir. Əldə olunan məlumatların statistik təhlili aparılan tədqiqat işinin tələblərinə uyğun olaraq tərtib edilmiş Microsoft Excel elektron cədvəllər proqramının köməyi ilə həyata keçirilmişdir.

Nəticələr və onların müzakirəsi. Tədqiqatın aparılması zamanı stasionarda baş verən infeksion ağırlaşmaların aşkar edilməsinin mövcud sistemi gücləndirilmişdir. Xəstəlik tarixlərinin məlumatlarının əsasında infeksion ağırlaşmaların diaqnozunun retrospektiv qoyulması üçün hazırlıq işləri aparılmışdır. Paralel olaraq mikrobioloji monitorinq sistemi yaradılmışdır. Mikrobioloji monitorinqin məqsədi etioloji diaqnozun qoyulması, müalicə üçün tövsiyələrin verilməsi, həmçinin mikroorqanizmlərin antibiotiklərə qarşı rezistentliyinin təyin edilməsi üçün infeksion ağırlaşmaların mikrobioloji diaqnostikasının vaxtında aparılması olmuşdur. Stasionarın iş təcrübəsində həmçinin mikrobioloji diaqnostikanın bakterioskopik

metodları (analizlərin verildiyi günü həyata keçirilən), həmçinin sürətli metodlar (24-48 saat) tətbiq edilmişdir. Həmçinin xəstənin bilavasitə yatağında qidalı mühitlərə əkilən material götürülmüşür. Əldə olunan materiallar təkcə klinik məqsədlə deyil, həm də epidemioloji məqsədlə xəstəxanadaxili epidemik prosesin aşkar edilməsi, onun qırılması üzrə tədbirlərin planlaşdırılması və aparılması üçün istifadə edilmişdir. İnfeksion ağırlaşmalarla mübarizə monitorinq sistemini həyata keçirmədən, ağırlaşmaları vaxtında aşkar etmədən, adekvat müalicə təyin etmədən mümkün deyildir. Stasionarın iş təcrübəsində infeksion ağırlaşmaların spesifik anlayışları tətbiq edilmişdir. İnfeksion ağırlaşmaların anlayışlarının istifadə edilməsi onların aşkar edilməsini yaxşılaşdırmağa, tibb heyətinin sayıqlığını yüksəltməyə, onların profilaktika və müalicəsini genişləndirməyə imkan vermişdir.

İnfeksion ağırlaşmalarla ümumi xəstələnmə 24,0±1,7% təşkil etmişdir. Yüksək xəstələnmə aşağıdakılarla şərtlənmişdir: infeksion ağırlaşmaların hər yerdə aşkar edilməsi, nizamlanmış mikrobioloji monitorinq, xəstəlik hadisəsinin yüksək bakterioloji təsdiqi, müayinə edilən təcili və planlı xəstələrin nisbətinin 1:1 olması (58,0% təcili xəstələr, 42,0% planlı xəstələr), stasionara qəbul edilən xəstələrin əksər hissəsinin ağırlıq vəziyyəti. Aşkar edilmiş 148 infeksion ağırlaşma hadisəsindən 128-ni (86,0±2,8%) lokalizasiya olunmuş formalar, 20 (14,0±2,8%) hadisə – yayılmış formalar təşkil etmişdir (cədvəl 1).

Cədvəl 1

İnfeksion ağırlaşmaların nozoloji formaları

№	İnfeksion ağırlaşmaların nozoloji formaları	Hadisələrin sayı	
		Müt.	%
	Lokalizasiya olunmuş	*128*	86,0±2,8
1	Mezotimpanit	18	14,0±3,1
2	Epitimpanit	28	21,9±3,7
3	İrinli labirintit	15	11,7±2,8
4	Beynin absesi	3	2,3
5	Xronik sinusit	35	27,3±3,9
6	Üz nahiyəsinin fleqmonası	29	22,7±3,7
	Yayılmış	*20*	14,0±2,8
7	Otogen meningit	4	20,0±8,9
8	Otogen sepsis	3	15,0±7,9
9	Limfogen rinogen leptomeningit	1	5,0
10	Diffuz xarici otit	10	50,0±11,1
11	Pansinusit	2	10,0±6,5
	Cəmi	148	100,0

Lokalizasiya olunmuş infeksion ağırlaşmaların strukturunun təhlili göstərmişdir ki, 50,0±11,1% (1-ci yeri) diffuz xarici otit təşkil edir. 2-ci yeri (27,3±3,9%) xronik sinusit, 3-cü yeri (22,7±3,7%) – üz nahiyəsinin fleqmonası, 4-cü yeri (21,9±3,7%) epitimpanitlər, 5-ci yeri (20,0±8,9%) otogen meningit, 6-cı yeri (15,0±7,9%) otogen sepsis, 7-ci yeri (14,0±3,1%) mezotimpanit, 8-ci yeri (11,7±2,8%) irinli labirintit, 9-cu yeri (10,0±6,5%) pansinusit, 10-cu yeri (5,0%) limfogen rinogen leptomeningit, 11-ci yeri (2,3%) beynin abesi tutur. Yayılmış ağırlaşmaların müalicəsi çox mürəkkəb məsələdir və maksimal ehtiyatların olmasını, xəstəxananın tibb heyətindən diqqət və bilik tələb edir.

Hospital infeksiyaların əksər törədicilərinin stasionarda məskunlaşması və dövr etməsi ilə əlaqədar olaraq, pasiyentlər stasionarda olduqları müddətdə yoluxa bilərlər. Həmçinin tibb işçiləri - xidməti vəzifələrini yerinə yetirdikdə, digər heyət- stasionarlarda pasiyentlərlə təmasda olduqda yoluxa bilərlər. Hospital infeksiyaları istənilən müalicə müəssisəsində meydana çıxa bilər: xəstəxanada, ümumi təcrübə ambulatoriyasında, gündüz stasionarında, tibb bacısının xidmət göstərdiyi evlərdə, ahıl qocalara qulluq evlərində, poliklinikalarda və s. Potensial təhlükənin təyin edilməsinə və riskin qiymətləndirilməsinə əsaslanan keyfiyyətə nəzarət tədbirlərinin tətbiq edilməsi hospital infeksiyalarla xəstələnməni aşağı salır. Uğurlu infeksion nəzarət sisteminin cəmi 5 başlıca şöbələri (elementləri) ayırd edilir:

1. İnfeksion nəzarətin baza elementləri;
2. Keyfiyyətə nəzarət tədbirlərinin hazırlanması və tətbiq edilməsi;
3. İnfeksion amilin yayılmasının qarşısını alan prosedurların effektiv protokollarının hazırlanması və tətbiq edilməsi;
4. Konkret infeksion amillərlə mübarizə;

5. Xüsusi infeksion təhlükə təşkil edən yerlərdə: əməliyyat, reanimasiya şöbələri, ahıl şəxslər üçün hospitallar və s. törədicilərin dövr edilməsi üzərində spesifik nəzarət tədbirlərinin hazırlanması və tətbiq edilməsi.

Müalicə-profilaktika müəssisələrinin LOR-şöbələrində infeksion nəzarət xidmətinin təşkilati baxımdan formalaşdırılması yoluxucu xəstəliklərin gətirilməsi hallarının sayının azaldılmasına, hospital infeksion ağırlaşmaların tezliyinin aşağı salınmasına, bir sıra şöbələrdə isə onların ləğv edilməsinə imkan verir. Müasir dezinfeksiya vasitələrinin, birdəfəlik alətlərin və sərf olunan materialların planlı şəkildə istifadə edilməsi, mərkəzləşdirilmiş infeksion briqadaların təşkil edilməsi xəstəxanadaxili mühit obyektlərinin mirkobla çirklənməsini azaltmağa və orta tibb heyətinin iş gününü səmərələşdirməyə (əsas funksional vəzifələrin yerinə yetirilməsi üçün onları azad etməklə) imkan verir.

Aparılan müayinələr eyni zamanda xəstəxananın infeksion təhlükəsizliyinin təkmilləşdirilməsi üzrə gələcək fəaliyyət istiqamətlərini müəyyən edir. İnfeksion ağırlaşmaların gələcək profilaktikasının məqsədi bunlardır: infeksion ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyinin azaldılması (10%-dən aşağı); 2) hospital ştamların dövr etməsi üçün şəraitin məhdudlaşdırılması (ümumi miqdarın 20%-dən az) və hospital ocaqların baş verməsi üçün şəraitin ləğv edilməsi, 3) infeksion təhlükəsizliyin qiymətləndirilməsinin ümumi reytinqinin və pasiyentlərə göstərilən qulluğun 5 ballıq şkala üzrə 4 baldan yuxarı yüksəldilməsi. Lakin xəstəxanadaxili epidemik prosesin ləğv edilməsi üçün daha intensiv tədbirlər tələb olunur ki, bu da rekonstruksiyaya və yeni memarlıq-planlaşdırma qərarlarına çəkilən xərclərlə bağlıdır. Belə ki, biz əməliyyatdan sonra «təmiz» və «çirkli» xəstələr kütləsinə xidmət göstərmək üçün 2 reanimasiya bloklarının korpusunun, həmçinin xəstəxanadaxili ştamlarla yoluxmuş pasiyentlər üçün nəzərdə tutulan izolyasiya palatalarının (intensiv müşahidə palatalarının) yenidən qurulmadan sonra təşkilini əsaslandırmışıq. Hazırlanmış modelin istifadə edilməsi stasionarda infeksion ağırlaşmaların profilaktikası üzrə kontrol göstəricilər sistemini təklif etməyə imkan verir.

İnfeksion ağırlaşmaların profilaktikası planı aşağıdakı elementlərdən ibarətdir: 1) müalicə üçün qəbul edilmiş xəstədə hospital infeksiyanın inkişaf riskinin təyin edilməsi- bunun üçün əməliyyatların, travmaların, xəstənin vəziyyətinin ağırlıq dərəcəsinin obyektiv qiymətləndirilməsi aparılır və intensiv terapiya şöbəsində müalicənin ehtimal olunun davametmə müddəti müəyyən edilir; 2) stasionarda hosptal infeksiyaların törədicilərinin antibiotiklərə qarşı həssaslıq spektrinin daimi monitorinqi- bir neçə anatomik sahələrdə müştərək ağırlaşamların inkişaf etməsi zamanı hospital infeksiyaların törədicilərinin kombinasiyalarının və ya assosiyalarının ayırd edilməsi tezliyi nəzərə alınmaqla, infeksiyanın törədicilərinin həm ayrılıqda, həm də stasionarın şöbələri üzrə giriş qapıları qeydə alınmaqla; 3) pasiyentdə kolonizasiya edən və hospital infeksiyaların inkişafını törətməyə qadir olan törədicilərin daha erkən aşkar edilməsi məqsədilə rezistentliyin daha geniş yayılmış mexanizmlərinin aşkar edilməsini nəzərdə tutan sürətli müayinə metodlarının tətbiq edilməsi yolu ilə intensiv terapiya şöbəsinin pasiyentlərinin kompleks dinamik müayinəsi; infeksion ağırlaşmalar inkişaf edən pasiyentlərin kompleks dinamik müayinəsi. Bakterioloji müayinələrin həcmi konkret pasiyentdə infeksion prosesin ağırlıq dərəcəsindən və yayılması səviyyəsindən, klinik diaqnozdan asılıdır.

Bu sistem stasionarda infeksion ağılaşmaların profilaktikası sisteminin gələcəkdə təkmilləşdirilməsi zamanı, tibb müəssisələrinin akkreditasiyası sistemində, strateji inkişaf planlarının tərtib edilməsi və cari yoxlamaların aparılması zamanı tövsiyə edilmişdir.

Yekun. Xəstəxanadaxili infeksiyalarda epidemik prosesin qırılması üzrə aparılan tədbirlər infeksiya mənbələrinin (xəstələrin və heyətin) aşkar edilməsinə və təcrid edilməsinə, yoluxma yollarının (təmas, aerozol) zərərsizləşdirilməsinə, həssas orqanizmə (preventiv antibiotikoterapiya) yönəldilməlidir. Müalicə-profilaktika müəssisələrinin LOR-şöbələrində xəstəxanadaxili infeksiyaların epidemik prosesinin qanunauyğunluqlarının aşkar edilməsi onun yaranması səbəblərini təyin etməyə, əksepidemik tədlbirləri vaxtında həyata keçirməyə və profilaktik tədbirləri planlaşdırmağa, antibiotiklərin istifadəsinin prioritetlərini müəyyən etməyə, həmçinin xəstəxanadaxili epidemik prosesin tam ləğv edilməsi üçün xəstəxananın yenidən qurulması proqramını işləyib hazırlamağa imkan verir.

ƏDƏBİYYAT

1. Лапченко А.С., Лапченко А.А., Гуров А.В. Антимикробная фотодинамическая терапия острых параназальных синуситов. «Лазерные технологии в оториноларингологии» / Материалы научно-практической конференции оториноларингологов центрального федерального округа российской федерации. Тула, 2007, с.181

2. Пальчун В.Т., Кучеров А.Г. Катионные фталоцианины в фотодинамической терапии параназальный синуситов // Вестник оториноларингологии, 2005, Приложение №5, с.324-325

3. Синопальников А.И., Козлов Р.С. Внебольничные инфекции дыхательных путей: диагностика и лечение. Руководство для врачей, М.: М-Вести, 2008, 272 с.
4. Яковлев С.В. Рациональная антибактериальная терапия инфекций верхних дыхательных путей: значение системных и местных антибиотиков // Consilium Medicum, 2007, Т.9, №3, с.124-128
5. Alangaden G.J. Hospital epidemiology and infection control. Review Questions // Hospital Physician, 2005, No. 3, p.25-26.
6. Ball P., Baquero F., Cars O. Antibiotic therapy of community respiratory tract infections: strategies for optimal outcomes and minimized resistance emergence //J Antimicrob Chemother, 2002, v.49, p.31- 40
7. Stockmann C., Ampofo K., Hersh A.L., Seasonality of acute otitis media and the role of respiratory viral activity in children // Pediatr Infect Dis J., 2013, v.32(4), p.314-319
8. Pathak A.K., Pelensky C., Boag B., Cattadori I.M. Immuno-epidemiology of chronic bacterial co-infections: observations from the field and evidence from the laboratory. // Int J Parasitol. 2012, v.42(7), p.647-655

Резюме

Совершенствование системы профилактики с инфекционными осложнениями в лор – отделениях лечебно-профилактических учреждений

Дж.Л. Гасымов, Ш.Р.Ибрагимов

Проведенными исследованиями было установлено, что предложенное организационное назначение службы лабораторного и инфекционного надзора ЛОР-отделениях лечебно-профилактических учреждений дает возможность уменьшить число заносов случаев инфекционных заболеваний, снизить уровень внутрибольничных инфекционных осложнений, а в некоторых отделениях также и ликвидировать их. Правильное применение современных дезинфицирующих средств, расходных материалов и одноразового инструментария, организация централизованных дезинфекционных бригад позволило снизить микробную обсемененность объектов внешней среды и распределить время работы медицинского персонала отделений, освободив время для выполнения своих функциональных непосредственных обязанностей. Данная система была рекомендована для дальнейшего совершенствования системы профилактики инфекционных осложнений в стационаре, в системе аккредитации медицинских учреждений, при составлении стратегических планов развития, при проведении текущих проверок.

Summary

Improvement of prevention with infectious complications in ENT - Department of health care institutions

J.L. Qasimov, Sh.R.Ibragimov

The study found that the proposed organizational purpose and service of laboratory surveillance of infectious ENT departments of medical institutions enables to reduce the number of drifts of infectious diseases, reduce nosocomial infection, and nekoto-ryh offices also eliminate them. Proper application of modern disinfectants and consumables and disposable instruments, the organization of centralized disinfection teams allowed to reduce microbial contamination of objects of environment and distribute the work of medical personnel departments, freeing up time to perform its function of direct duties. This system has been recommended to further improve the system of prevention of infectious complications in the hospital, in the system of accreditation of medical institutions in the preparation of strategic development plans during the current audit.

Daxil olub: 26.09.2016

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ БИОСОВМЕСТИМОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БАЗИСНЫХ ПОЛИМЕРОВ

Л.Б. Акперли, Н.А. Гурская, Г.М.Архмамедова

Азербайджанский медицинский университет, Кафедра ортопедической стоматологии

Açar sözlər: pretezləşdirmə, ağız boşluğu, adaptasiya
Ключевые слова: протезирование, полость рта, адаптация
Key words: prosthetics, oral cavity, adaptation

Несмотря на значительные современные достижения в области стоматологического материаловедения, съемные зубные протезы на основе различных базисных материалов, чаще всего на основе акриловых пластмасс, достаточно часто вызывают у протезоносителей различные осложнения, нередко проявляющиеся в форме воспалительно-реактивных изменений тканей протезного ложа токсико-аллергического генеза [1,3,5]. Процент проявлений клинических симптомов вышеуказанных патологических изменений в тканях и органах полости рта у ортопедических больных, пользующихся съемными пластиночными протезами, варьирует по данным некоторых зарубежных и отечественных авторов в пределах 35-78 %. По их же заключению основные причины их возникновения и дальнейшего развития обусловлены в большей степени базисом съемной интраоральной конструкции и конечно же материалом, из которого он изготовлен [2,6,8]. Таким образом, механические, токсико-аллергические факторы, вызывающе в определенной степени на фоне нарушений микробиоценоза и иммунологической резистентности снижение адаптационных возможностей полости рта, в совокупности и определяет этиопатогенетический механизм развития и повышение уровня частоты встречаемости осложнений съемного зубного протезирования [4,7]. Представленные в настоящей работе материалы посвящены изучению распространенности и частоты ошибок и недостатков в этой области стоматологической науки и клинико-лабораторной оценке степени влияния съемных пластиночных зубных протезов на ткани мягкие и твердые ткани ротовой полости.

Цель исследований: Клинико-лабораторная оценка аспектов адаптационных реакций зубочелюстной системы при ортопедическом лечении

Материал и методы исследования. На первом этапе работы формировали группы из 160 и 155 пациентов, обратившихся в Стоматологическую клинику АМУ и в районные и сельские поликлиники по поводу повторного зубного протезирования. В наших исследованиях для изготовления съемных зубных протезов использовались базисные материалы из акриловых пластмасс. При изучении причин повторного протезирования выявлялись субъективные причины, осложнения, а также недостатки протезирования. Кроме того, среди обследованных протезоносителей определялись дефекты первичного протезирования. При этом по показаниям использовались клинические, функциональные и лабораторные методы оценки состояния полости рта, особенностей челюстно-лицевой области, преддверия рта, слизистой ротовой полости и тканей протезного ложа, а также альвеолярных отростков челюстей.

Адаптационная способность тканей полости рта после проведённого ортопедического лечения оценивалась у 140 больных с протезами и на верхней, и на нижней челюсти на основании анализа жалоб, результатов осмотра, лабораторных показателей смешанной слюны (через 10, 15 дней, через 1 и 2 месяца после ортопедического лечения). Сбор смешанной слюны проводили путём сплёвывания в стеклянную пробирку в течение 5 минут (определяли скорость секреции и pH слюны).

Микробиологические исследования осуществляли в отношении двух групп микроорганизмов полости рта: резидентной группы, которая играет стабилизирующую роль в микробиоценозе полости рта; патогеннной группы, которая обладает факторами вирулентности и может поддерживать развитие различных воспалительных процессов в полости рта (*Candida albicans).* Для изучения качественного и количественного состава микрофлоры полости рта были использованы следующие питательные среды: 5% кровяной агар для определения общего уровня микробного обсеменения ротовой полости, желточно-солевой агар, сахарный бульон, среда Сабуро и «Mitis Salivarius Agar». Взятые образцы были немедленно помещены в транспортную среду Стюарта, и для дальнейших исследований направлены в научно-исследовательскую лабораторию.

Забор материала для лабораторных исследований осуществляли в трех группах: 1-ая группа (группа контроля) была составлена из 8 практически здоровых лиц, не пользующихся какими-либо протезными конструкциями; во 2-ую основную группу (11 пациентов) вошли пациенты, которые

протезировались впервые, а группа сравнения (3-я группа) это 9 ортопедических больных, которые пользовались съемными протезными конструкциями в течении длительного времени.

Результаты исследования обработаны методом вариационной статистики. Для характеристики группы однородных единиц были определены их средние арифметические величины (M), ее стандартная ошибка (m) и диапазон изменений (min-max). Для статистической обработки данных был применен непараметрический – критерий U (Уилкоксона-Манна-Уитни) и параметрический – t критерий Стьюдента, как метод оценки различий показателей. Статистическое различие между группами считалось достоверным при значении $p<0,05$. Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием современного программного обеспечения и пакета прикладных программ Statistica 7.0.

Результаты собственных исследований. Анализ структуры объективных субъективных причин повторной обращаемости больных по поводу замены старых протезов показал, что в г. Баку основной причиной замены протезов были эстетические нарушения (48,8±3,95%) и субъективное желание самих протезоносителей (45,0±3,93%), которые чаще всего были связаны с желанием заменить имеющиеся конструкции на более современные (Табл.1). Минимальными по счету причинами повторного протезирования в этой группе оказались боли в области базиса протеза и отложение зубного налета на поверхности съемной конструкции (по обоим факторам - 15,0±2,82%). Поломка протезной пластинки, безотлагательно требующая его замены, была отмечена в 29,4±3,60% случаев. Третьей по частоте встречаемости причиной повторного протезирования среди больных, обратившихся в городскую стоматологическую клинику, была слабая фиксация протеза, основной причиной которой являлась атрофия альвеолярного отростка верхней и нижней челюстей (33,1±3,72%). Таким образом, в городе более частыми причинами, побудившим пациентов вновь обратиться за ортопедической помощью, были субъективные причины.

Таблица 1

Структура причин повторного протезирования у обследованных лиц

Причина	Город		Сельские районы РО		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Поломка протеза	47	29,4±3,60	72	46,5±4,01	119	37,8±2,73
Наличие зубных отложений на протезе	24	15,0±2,82	38	24,5±3,46	62	19,7±2,24
Воспаление тканей протезного ложа	26	16,3±2,92	32	20,6±3,25	58	18,4±2,18
Эстетические нарушения	78	48,8±3,95	57	36,8±3,87	135	42,9±2,79
Необходимость в протезах	39	24,4±3,39	35	22,6±3,36	74	23,5±2,39
Боли в области протеза	24	15,0±2,82	17	11,0±2,51	41	13,0±1,90
Субъективное желание пациента	72	45,0±3,93	12	7,7±2,15	84	26,7±2,49
Плохая фиксация протеза	53	33,1±3,72	64	41,3±3,95	117	37,1±2,72
Всего	160	100	155	100	315	100

Далее была изучена структура мотиваций замены старых протезов на новые у пациентов, проживающих в сельской местности. В этой группе ортопедических больных возрастал удельный вес причинных факторов технического характера: поломка протеза наблюдалась в 46,5±4,01%, против 29,4±3,60% в сравниваемой группе. Практически равные значения по обеим обследуемым группам определялись в необходимости изготовления новых дополнительных протезов при их отсутствии на одной из челюстей.

После начального протезирования самой частой не технологической причиной или мотивацией для обращения к стоматологу-ортопеду сельских жителей было затрудненное пережёвывание пищи по причине изношенности и плохой фиксация протеза (41,3±3,95%); третьей по распространенности причиной являлись эстетические нарушения (36,8±3,87%). Доля пациентов обратившихся за повторным съемным протезированием в рамках проведенных нами исследований из-за наличия твердых зубных отложений на поверхности базиса протезной конструкции определялась в пределах 24,5±3,46%, что почти в 1,5 раза было больше чем в первой группе. После первичного протезирования в районных и сельских стоматологических учреждениях двумя наиболее редкими причинами обращаемости больных за повторным ортопедическим лечением были субъективное желание пациента- 7,7±2,15% и болевые ощущения в области протезного ложа- 11,0±2,51%, соответственно.

Необходимо отметить тот факт, что в сельских районах крайне низкий уровень частоты направлений больных за специализированной ортопедической помощью к узкому специалисту, ортопеду врачами других стоматологических специальностей, а также отсутствие своевременных и регулярных профилактических осмотров.

В ходе клинико-лабораторных исследований оценивалось общее состояние организма пациентов, прошедших протезирование, наличие общесоматических патологий, их сочетанных проявлений, что, по нашему мнению, может явиться предрасполагающим этипатогенетичесим причинным фактором развития осложнений и снижении адаптационных возможностей организма к ношению протезных конструкций, в частности, изготовленных из различных видов акриловых пластмасс, которые все еще широко применяются в ортопедической стоматологии и в городских условиях, и при изготовлении зубных протезов в сельской местности. В результате статистического анализа полученных анамнестических данных у всех обследуемых протезоносителей, вошедших как в основную, так и в контрольную группу, было выявлено наличие различных форм заболеваний сердечнососудистой, эндокринной систем, а также патологий желудочно-кишечного тракта. Из пациентов обеих обследуемых групп чаще встречались заболевания сердечнососудистой системы, в среднем у 37,8±2,73% лиц, обратившихся за повторным протезированием; а что касается заболеваний органов и тканей дыхательной системы и желудочно-кишечного тракта, то они были фоновыми у 12,1±1,84% и 15,6 ±2,04% протезоносителей, соответственно.

О степени адаптационных возможностей полости рта и сроках адаптации к ношению протезной конструкции и интенсивности развития воспалительного процесса в области слизистой оболочки протезного ложа судили по результатам опроса пациентов и результатам клинического обследования слизистой оболочки протезного ложа. Больные, обратившиеся за ортопедической стоматологической помощью, находились под наблюдением специалистов в течение 60 дней после фиксации съемного зубного протеза, при этом обследование состояние мягких и твердых тканей полости рта проводили и в менее отдаленные сроки. Кроме клинических, осуществлялись и лабораторные исследования, в ходе которых у некоторых протезоносителей исследовали смешанную слюну с целью изучения динамики изменения некоторых показателей местного гомеостаза и микробной обсемененности ротовой полости при протезировании съемными зубными протезами представителями патогенной, условно-патогенной и нормальной микрофлоры. Согласно полученным нами данным, наиболее оптимальным периодом для полной адаптации и полного привыкания к съемным пластиночным протезам как на верхней, так и на нижней челюсти является 15 дней - 46,5±5,92% и 43,8±5,26%, соответственно составили протезоносители, которые перестали испытывать неприятные ощущения от пребывания в полости рта съемного протеза и привыкли к протезам в вышеуказанные сроки (табл.2). При это очень важно вовремя определить причину более длительной адаптации 18,8±3,09% больных и рассматривать возникшую ситуацию как патологический синдром, представляющий серьезную проблему в деле оказания высококвалифицированной стоматологической ортопедической помощи.

Таблица 2

Сроки адаптации к съемным зубным протезам

Период адаптации	На в/ч (n = 71)		На н/ч (n = 89)		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
10 дней	9	12,7±3,95	11	12,4±3,49	20	12,5±2,61
15 дней	33	46,5±5,92	39	43,8±5,26	72	45,0±3,93
30 дней	9	12,7±3,95	9	10,1±3,20	18	11,3±2,50
60 дней	11	15,5±4,29	19	21,3±4,34	30	18,8±3,09
Всего	62	87,3±3,95	78	87,6±3,49	140	87,5±2,61

Результаты клинических исследований показали, что в течение первых десяти дней лишь незначительное число ортопедических больных привыкают к съемным протезам, причем в это количество чаще входят пациенты со съемными зубными протезами, фиксированными на верхней челюсти-12,7±3,95%. К концу первого месяца к ношению протеза на верхней челюсти привыкли 12,7±3,95%, тогда как с адаптацией к конструкциям, зафиксированным на нижней челюсти, ситуация для пациентов складывалась менее благоприятной. Только 10,1±3,20% протезоносителей привыкли к ношению протеза на нижней челюсти в вышеуказанные сроки. К концу исследований ко-

личество адаптировавшихся больных по обеим сравниваемым группам выросло. Значительно возрос уровень адаптационных возможностей организма, и увеличилось количество пациентов, которые привыкли к ношению протеза на нижней челюсти на 60-й день наблюдений- 21,3±4,34%, и к концу второго месяца еще 15,5±4,29% привыкли к съемным конструкциям на верхней челюсти. У большинства пациентов, не привыкших к протезу вообще, диагностировались нарушения дикции, тактильной чувствительности и патологические изменения воспалительного характера на слизистой оболочке протезного ложа.

Анализ данных бактериологических исследований, представленных в нижеследующей таблице, выявил высокий уровень микробной обсемененности слизистой оболочки полости рта пациентов, как впервые протезирующихся, так и лиц, которые используют съемные акриловые конструкции в течении многих лет, по сравнению с показателями контрольной группы, которую составляли практически здоровые лица без зубных протезов. При изучении частоты встречаемости представителей патогенной, условно-патогенной и нормальной микрофлоры обращает на себя факт значительного повышения уровня высеваемости в ротовой жидкости энтерококка и негемолитического стрептококка, которые очень редко выделялись в контрольной группе и группе сравнения. Неблагоприятным фактором, нередко способствующим возникновению и развитию протезного стоматита, явилось частое обнаружение в ротовых смывах протезоносителей обеих групп, как у протезирующихся впервые, так и у лиц с многолетним стажем ношения пластинок на акриловой основе некоторых агрессивных видов грибковой инфекции (табл.3).

Таблица 3

Микрофлора полости рта у протезоносителей

Микрофлора	Контрольная группа (n=8)		Основная группа (n=11)		Группа сравнения (n=9)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Streptococcus haemolyticus	3	37,5±17,1	8	72,7±13,4	7	77,8±18,9
Staphylococcus aureus	1	12,5±11,7	2	18,2±11,6	2	18,2±11,6
Enterococcus spp.	0	0	2	18,2±11,6	1	11,1±10,5
Lactobacillus spp.	4	50,0±17,7	2	18,2±11,6	2	18,2±11,6
Candida albicans	1	11,1±10,5	6	54,5±15,0	8	88,9±10,5

При сравнительной оценке показателей микробиоценоза полости рта у впервые протезирующихся и ортопедических больных с многолетним стажем были выявлены существенные различия по частоте высеваемости энтерококков и грибов рода Кандида, которые, колонизируя внутреннюю поверхность съемных пластиночных протезов и слизистой оболочки протезного ложа, способствуют возникновению так называемых протезных стоматитов и дальнейшей хронизации воспалительного процесса. По обследуемым группам протезоносителей не были обнаружены какие-либо отклонения в полученных данных по представителям нормальной микрофлоры, в частности, лактобактериям.

Полученные нами данные позволили выявить то факт, что некоторые механизмы развития осложнений съемного зубного протезирования, включая побочное токсическое действие остаточного мономера, который всегда присутствует в базисе конструкции из акриловой пластмассы, связываются со снижением естественных защитных силы органов и тканей полости рта полости на фоне снижения скорости слюноотделения и объема выделенной слюны, а также тенденции к сдвигу окружающий зубной протез среды в кислую сторону.

У пациентов основной группы на начальных этапах ортопедического лечения и в первый месяц от начала протезирования скорость слюноотделения резко снизилась более, чем в 1,5 раза и составила 0,41±0,013 мл/мин (данные статистически достоверны) против 0,71±0,016 мл/мин в группе контроля (P_1<0,001). Почти аналогичная с основной группой картина складывалась и в группе сравнения, организованной из лиц, длительное время пользующихся съемными протезными конструкциями из акриловых пластмасс- 0,42±0,019 мл/мин (табл.4). В связи со снижением функциональной активности слюнных желез и их буферной емкости у обследуемых ортопедических больных, пользовавшихся зубными протезами, в полости рта нередко созревают факторы риска развития патологических процессов в мягких тканях ротовой полости. Установлено, что у больных протезоносителей показатели гомеостаза ротовой полости по сравнению с лицами контрольной группы, не пользующимися съемными зубными протезами, несколько отличались. При этом pH ротовой жидкости

оказалось выше у протезоносителей с многолетним стажем пользования протетическими конструкциями- 6,84±0,052 по сравнению с основной группой больных.

Таблица 4

Структурные изменения ротовой жидкости у ортопедических пациентов (M±m)

Изучаемые показатели	Контрольная группа (n=8)	Пациенты	
		Основная группа (n=11)	Группа сравнения (n=9)
Скорость слюноотделения (мл/мин)	0,71±0,016	0,41±0,013 P_1<0,001	0,42±0,019 P_1<0,001 P_2>0,05
pH ротовой жидкости	6,90±0,077	6,75±0,030 P_1>0,05	6,84±0,052 P_1>0,05 P_2>0,05

Максимальные значения по исследуемому фактору, характеризующему состояние окислительно-восстановительного потенциала смешанной слюны, регистрировались у лиц контрольной группы. В целом, на основании полученных нами результатов клинических и лабораторных исследований можно сделать вывод о том, что нередкие осложнения съемного зубного протезирования на основе акриловых пластмасс связаны с побочным действием используемого базисного материала на функциональное состояние органов и тканей полости рта, характеризующимся снижением скорости слюноотделения, pH ротовой жидкости, а также негативными изменениями в ее микрофлоре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барадина, И.Н., Гунько И.И. Осложнения при ортопедическом лечении съемными перекрывающими протезами, фиксирующимися при помощи накорневых замковых соединений // Ортопедическая стоматология, 2012, №3, с.240-241.

2. Максюков С.Ю. Структура причинных факторов для повторного протезирования зубов в городских и сельских клиниках Ростовской области // Фунд. исследования, 2010, №11, с.84-87.

3. Сафаров, А.М. Состояние слизистой оболочки протезного ложа при съемном протезировании // Вестник стоматологии, 2010, №2, с.121-123.

4. Сулемова Р.Х., Огородников М.Ю., Царев В.Н. Клинико-микробиологическая характеристика динамики микробной колонизации съемных зубных протезов с базисами из полиуретана и акриловых пластмасс // Российский стоматологический журнал, 2007, № 6, с.20-22.

5. Emami E., de Grandmont P., Rompre P.H., et al. Favoring trauma as an etiological factor in denture stomatitis // J Dent Res., 2008, N 87, p.440-444.

6. Freitas J.B., Gomez R.S., de Abreu MHNG et al. Relationship between the use of full dentures and mucosal alterations among elderly Brazilians //J Oral Rehabil., 2008, N 35, p.370-374.

7. Hilgert J.B., Giordani J.M., de Souza R.F. et al. Interventions for the Management of Denture Stomatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. // J Am Geriatr Soc., 2016, v.64(12), p.2539-2545.

8. Kossioni A.E. The prevalence of denture stomatitis and its predisposing conditions in an older Greek population // Gerodontology,2011, v.28, p.85-90

Резюме

Клинико-лабораторные аспекты биосовместимости стоматологических базисных полимеров

Л.Б. Акперли, Н.А.Гурская

Были изучены показатели по частоте встречаемости осложнений зубного протезирования и структура нарушений в микробиоценозе ротовой полости в сравнительном аспекте у 315 пациентов, пользующихся протезами впервые, у лиц, имеющих многолетний стаж ношения съемных зубных протезов, а также у лиц, не пользующихся протезами вообще.

Результаты определения наиболее вероятных сроков адаптации к съемным пластиночным зубным протезам показали, что в течение 1-й недели лишь незначительное число пациентов привыкают к съемным протезам и на нижней, и на верхней челюсти. К концу второй недели наблюдался рост количества адаптировавшихся пациентов и показатели в эти сроки достигли максимальных значений. Изучение видового состава микрофлоры полости рта позволило выявить выраженные нарушения в микробиоценозе на фоне снижения количества представителей нормальной микрофлоры и повышения уровня грибковой инфекции. После протезирования у пациентов увеличилась частота высеваемости негемолитического стрептококка и грибов рода Кандида. Сдвиг pH ротовой жидкости

в кислую сторону и снижение скорости слюноотделения у больных, пользующихся съемными протезными конструкциями, свидетельствуют, по нашему мнению, о развитии воспалительного процесса в полости рта.

Summary

Clinical and laboratory aspects of the biocompatibility of dental base polymers

L.B. Akperli, N.A.Gurskaya

Were examined on the frequency of occurrence of dental prosthetic complications and disorders in the structure of microbiocenosis of oral cavity in comparative aspect in 315 patients using dentures for the first time, in the individuals with long-term experience of use wearing dentures, as well as in people who do not use dentures at all. The results determine the most likely timing of adaptation to the removable plate dentures showed that during the 1st week only a small number of patients become accustomed to the dentures, both in the lower and upper jaw. At the end of the second week result saw an increase in the number of adapted patients and indicators at this time reached maximum values. The study of the species composition of microorganisms in the oral cavity revealed marked disturbances in microbiocenosis against decrease in the number of the normal microorganisms and increase in the level of fungal infection. After the prosthesis in patients increased frequency of non-hemolytic streptococcus and fungi of the genus Candida. Shift of oral fluid pH to the acid side and the decrease in the rate of salivation in patients using removable prosthetic constructions indicate, in our opinion, the development of inflammation in the oral cavity.

Daxil olub: 10.10.2016

XRONİK ÜRƏK ÇATIŞMAZLIĞI OLAN XƏSTƏLƏRDƏ DİURETİK MÜALİCƏNİN XÜSUSİYYƏLƏRİ

K.R. Alıyeva, A.B. Baxşəliyev, S.M.Qəhrəmanova

Akademik C.Abdullayev adına Elmi-Tədqiqat Kardiologiya İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: xronik ürək çatışmazlığı, böyrək patologiyaları, diuretik müalicə

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, патологии почек, лечение с диуретиками

Key words: chronic heart failure, renal pathology, treatment with diuretics

Xroniki ürək çatışmazlığı (XÜÇ) ürək-damar sistemi xəstəlikləri arasında ən geniş yayılmış və proqnostik baxımında arzuolunmaz ağırlaşmadır. Ürək xəstəliyinin etiologiyasından asılı olmayaraq XÜÇ vahid patofizioloji etiologiya üzrə meydana gəlir [1]. XÜÇ-ün patogenezində vegetativ sisnir sisteminin simpatik şöbəsinin hiperaktivliyi, renin-angiotenzin-aldosteron sistemi (RAAS) və ürək qulaqcıqları natriumuretik faktoru sistem (QNF) iştirak edir ki, bu da son nəticədə sol mədəciyin remodelləşməsi və dilatasiyaına gətirib çıxarır [2,3,4]. Ürək disfunksiyası davam etdiyi zaman simpatik sinir sisteminin və RAAS-ın uzun müddətli aktivliyi ürək-damar sisteminə mənfi təsir göstərərək, XÜÇ-ün gələcəkdə daha da şiddətlənməsinə səbəb olur, bu da öz növbəsində neyrohumoral sistemin aktivləşməsi və hiperaktivləşməsinə gətirib çıxarır və bununla da dairə qapanır [1].

XÜÇ zamanı RAAS-ın sirkulaysiyasının uzun müddətli aktivləşməsi də həmçinin ürək- damar sistemi üçün əlverişsiz sonluğa gətirib çıxarır. Plazmada angiotenzin II-nin konsentrasiyasının artması nəticəsində arteriya və arteriolun daimi spazmları yüklənməni artırır və orqan və toxumaların reperfuziyasını artırır, daimi olaraq angiotenzin II-nin və aldosteronun səviyyəsinin yüksək olması natrium və suyun absorbsiyasının artması nəticəsində onların böyrək kanalcıqlarında saxlanmasına gətirib çıxarır. Angiotenzin II hipotalamus nüvələri tərəfindən vazopressinin produksiyasını artırır ki, bu da ödem sindromunun inkişafına səbəb olur [5;6].

RAAS effektinə əks olan əsas sistem katexolaminlər və vazopressin qulaqcıq natriumuretik faktor sistemi hesab edilir. Hazırda bu sistemi 4 əsas peptid təşkil edir. Onlardan ikisi qulaqcıq natriumuretik faktor (QNF) və beyin natriumuretik faktordur (BNF), onlar ikiqat qulaqcıq natriumuretik faktor sistemini təşkil edirlər, qulaqcıq dartıldıqda və transmural qulaqcıqda təyziq artdıqda kardiomiositlərdə sintez olunur. XÜÇ zamanı QNF və BNF-ın konsentrasiyası artır, lakin onun effektiv natriumuretik

effektivliyi aşağı düşür. Bu, RAAS-ın blokadaedici effekti ilə bağlıdır, bu təsir böyrəkdaxili simpatik aktivliyin artması, QNF və BNF-yə qarşı reseptorların sayının və sıxlığının artması, peptidlərin fermentativ dağılmasının sürətlənməsi ilə müşayiət olunur [7].

Dehidratasiya terapiyası XÜÇ olan xəstələrin uğurlu müalicəsinin komponentlərindən biridir. Lakin diuretiklərə münasibətdə ziddiyyətli bir vəziyyət yaranır. Heç kəsdə bu sinifdən olan preparatların tətbiqi şübhə yaratmır, bununla yanaşı olaraq sidikqovucu vasitələrin effektivliyini sübut edən heç bir plasebo-tənzimləyən tədqiqatlar aparılmamışdır. Cody R.J. və həmmüəl. [8], Patterson J.H. və həmmüəl. [9] fikrincə, diuretiklər xəstələrin həyat proqnozunu yaxşılaşdırmır və XÜÇ-ün inkişafını ləngitmir. Onlar düzgün təyin edilmədikdə xəstələrin həyat keyfiyyətinə mənfi təsir göstərirlər.

Diuretikırin iki əsas mənfi cəhəti vardır: RAAS neyrohormonların hiperaktivliyinə səbəb olur və elektrolit pozuntusuna gətirib çıxırlar[10, 11]. Yüngül ürək çatışmazlığı zamanı tiazid və tiazidəbənzər diuretiklər təyin edilir (hipotiazid, indapamid, xlortalidon). Onlar Henle ilgəyinin kortikal və çıxan hissəsinə, distal kanalcıqların distal şöbələrinə təsir göstərərək, 30 ml/dəq-dən çox yumaqcıq filtrasiyası səviyyəsində natriurezə səbəb olurlar.Onların təsirini əsas çatışmayan cəhəti RAAS-in hiperaktivliyi və mayenin rikoşet saxlanması, hipokaliyemiya və hipomaqnezemiyadır [1,7,12].

Ürək dekompensiyasiyası şiddətləndikcə ilgək diuretiklərin təyin edilməsi (etakrin turşusu, furosemid, bumetanid) tələb edilir. Bunlar böyrəklərin kanalcıq aparatında Henle ilgəyinin qalxan hissəsində yenidən sovrulan natriumun ekskresiyasına gətirib çıxarır. İlgək diuretiklərdən yüksək dozalarda istifadə edildikdə 25%-ə qədər reabsorbsiya olunan natrium ekskresiya olunur. Vasko M.R. [13] və həmmüəl. və Brater D.C. və həmmüəl. [14] göstəricilərinə əsasən qisa müddətli təsirə malik ilgək diuretiklər (furosemid) qəbul edildikdən 6 saat sonra kəskin natriurezə səbəb olur. Furosemidin istifadəsi nəticəsində maye itgisi, arterial təzyiqin aşağı düşməsi, böyrək perfuziyası, vurğu həcminin aşağı düşməsi baş verir. Bu simpatik sistemin rikoşet aktivləşməsinə gətirib çıxarır və natriumqoruyan mexanizmləri modullaşdırır, bunlar da öz növbəsində SAS və RAAS-ın hipeaktivləşməsinə gətirib çıxarır. Noradrenalin, renin, II angiotenzin və aldosteronun konsentrassiyaı artır ki, bu da böyrək kanalcıqlarında natrium ekskresiyasının kəskin aşağı düşməsi və orqanizmdə natriumun daha çox qalmasına səbəb olur [13,15].

Bir sıra tədqiqatçılar 40-60 mq dozada furosemid qəbul edildikdən 2 saat sonra plazmada renin və hematokritin səviyyəsinin nəzərəçarpan dərəcədə artmasını qeyd etmişlər. Fransis G. və həmmüəl. [17] göstəricilərinə əsasən XÜÇ-ün gec mərhələləri və reninin hipersekresiyası olan xəstələrdə ilgək diuretiklərin venadixli yeridilməsi renin və noradrenalinin səviyyəsinin plazmada kəskin artmasına səbəb ola bilər, müvafiq olaraq, arterial spazmına və AT-in qalxmasına gətirib çıxara bilər. Yüklənmədən sonrakı belə artım ürək atım fraksiyasının qısa müddət aşağı düşməsinə və ağ ciyər arteriysaında pazlanan təzyiqin artmasına gətirib çıxarır, bu da klinik olaraq özünü təngnəfəsliyin dərinləşməsində göstərir. Bu hal diuretiklərlə terapiya başlandıqdan sonra 1 saat ərzində davam edir, bundan sonra vazokonstriktorların atımı aşağı düşür.

Xüsusilə, elektrolit balansının pozulması, hipokaliumeya ilgək diuretiklərin daha çox rast gəlinən yan effektidir. Bunun nəticəsində həmin sinifdən olan preparatlar ilə müalicə olunduqda həyati təhlükəli aritmiyaların artması baş verir. Belə ki, SOLVD tədqiqatında diuretiklər ilə müalicə ümumi ölüm, ürək-damar sistem ölümü yüksək göstəricisi, qəfil ölüm strukturunda ürək ölümü ilə müşayiət olunur [18]. Həmin tədqiqatın bölmələrindən birində əsasən ilgək diuretiklər alan azsimptomlu sol mədəcik sistolik disfunksiya olan xəstələr iştirak etmişlər. Ölüm hallarının 27%-də ürək fəaliyyəti dekompensasiya olmadan aritmik ölümün baş verdiyi qeydə alınmışdır. İlgək və tiazid diuretiklərin qəbulu ilə bağlı olaraq aritmik nisbi ölüm riski həmin diuretikləri almayan xəstələrə nisbətən 1,80 təşkil etmişdir. Bu onunla izah edilə bilər ki, həmin preparatlar hipokaliyemiya və hipomaqnezemiyaya səbəb olaraq, Q-T intervalının uzanmasına və "piruet" tipli mədəcik taxikardiyanın baş verməsinə səbəb olur.

Müəlliflərin əksəriyyəti tiazid və ilgək diuretiklərin angiotenzinçevirən ferment inhibitoru və hiperaktivləşmiş neyrohumoral sistemə təsiri dəyişən beta-adrenoblokatorlar ilə kombinasiyasında təyin etməyə tövsiyə edirlər [1,7,19].

İlgək diuretiklərin yüksək dozada qəbul edilməsinin əsas yan təsirlərindən biri metabolik alkalozdur, hiperkapniya və tənəffüs pozuntusu müşayiət olunan respirator asidoz nəticəsində, öz növbəsində ümumi və ürək ölümü riski yüksək olur [19;20;21]. Lakin uzun müddətli təsirə malik olan və bir sıra əlavə faydalı təsirlərə malik olan ilgək diuretiklər sinfinə aid edilən başqa sidikqovucu preparatlar da vardır ki, onlara torsemid aid edilir [22]. Bolke T. və həmmüəl. [23], Muller K. və həmmüəl. [24] fikrincə torasemidin əsas üstünlükləri yüksək bioloji yetərliyi (79-91%), yarımqovuculuq dövrün kifayət qədər uzun olması (3-5 saat), çıxarmanın ikiqat yolla getməsi və RAAS-ın eynizamanlı blokadası ilə əlaqədar olaraq əlavə effektlərindən ibarətdir [7,24,25].

Torasemid Henle ilgəyinin qalxan hissəsinə təsir göstərir, burada o, natrium və xloridin reabsorbsiyasını inhibirləşdirir. Bundan başqa, o, aldosteron effektini blokadaya alır ki, bunu da bir sıra tədqıqatçılar öz işlərində göstərmişlər. Onlar tərəfindən müəyyən edilmişdir ki, torasemid siçovulların böyrəklərində aldosteronun əlaqələnməsinə təsir göstərir [26].

Bolke T. göstəricilərinə əsasən torasemidin dozasının artması diurezin və natrium və xloridin ekskresiyasının xətti artması ilə müşayiət olunmuşdur, eyni zamanda kaliumun çıxması da aşkar edilməmişdir [23]. Brunner G. və həmmüəl. tədqiqatlarında torasemid kaliumun zərdab səviyyəsinə minimal təsir göstərmişdir, bu göstərici yüksək dozalarda preparat uzun müddət qəbul edildikdə stabil olaraq qalmışdır [27].

Yamato M. və həmmüəl. [25] fikrincə, torasemid ilə müalicə zamanı aldosteron reseptorlarını blokada edərək sol mədəciyin remodelləşməsinin qarşısını almaq olar. Açıq 6-aylıq randomizəolunmuş tədqiqatda həmin müəlliflər torasemid ilə furosemidin effektivliyini III-IV funksional sinifli XÜÇ olan 50 xəstədə qarşı-qarşıya qoymuşlar. Sutkada 20-40 mq furosemid və AMF inhibitoru alanlar müalicəyə cavab verməmişlər. Əsas qrup xəstələr sutkada 4-8 mq dozada torasemid ilə müalicə almış, müqayisə qrupu isə əvvəlki terapiyanı davam etdirmişlər. 6-aylıq müşahiyədən sonra müəyyən edilmişdir ki, torasemid ilə müalicə son diastolik ölçünün və sol mədəcik miokard kütləsi indeksinin azalmasına, onun diastolada dolma parametrlərinin yaxşılaşmasına, eləcə də natriumuretik peptid konsentrasiyasının aşağı düşməsinə, renin və aldosteron aktivliyinin artmasına gətirib çıxarmışdır. Müəlliflərin fikrincə, bu da torasemid ilə müalicənin təsiri altında reseptorların blokadası ilə bağlıdır [25].

Murray M. və həmmüəl. açıq tədqiqatında torasemid alan xəstələrdə furosemid olan xəstələrə nisbətən XÜÇ-ün dekompesasiyası üzrə hospitallaşmanın səviyyəsinin aşağı olması aşkar edilmişdir. Bunu müəlliflər aldosteron reseptorlarının blokadasının müsbət effektivlyi ilə əlaqələndirmişlər [28].

PEACH tədqiqatında müəyyən edilmişdir ki, torasemid eyni klinik effektivlik zamanı XÜÇ olan xəstələrin həyat keyfiyyətinə kəskin pis təsir göstərir. [22]. İrimiqyaslı açıq randomizəolunmuş TORIC (Torasemide In Congestive Heart Failure) [29] tədqiqatında XÜÇ olan 1377 xəstə iştirak etmişdir. Müəyyən edilmişdir ki, torasemid alan xəstələr qrupunda furosemid və ya başqa diuretiklər alan xəstələrə nisbətən ümumi və ürək-damar ölümü dürüst aşağı olmuşdur. Torasemid ilə müalicə zamanı hipokaliyemiya tezliyi başqa diureitklər ilə müalicəyə nisbətən nəzərəçarpan dərəcədə aşağı olmuşdur. NYHA üzrə XÜÇ-ün funksional sinfi torasemid ilə müalicə fonunda 45,8% və başqa diuretiklər alan xəstələrdə 37,2% aşağı düşmüşdür. Əksər tədqiqatçılar əmindirlər ki, alınan nəticələr torasemidin aldosteron reseptorların blokadası vasitəsilə humoral cə toxuma RAAS-a təsiri və aldosteronun simpatik sinir sisteminin aktivləşməsi kimi arzoulunmaz effekti parasimpatik baroreseptor disfunksiya, elektrolit pozuntular, miokard fibrozunun inkişafı ilə bağlıdı.

2004-cü ildə Lopez və həmmüəl. tərəfindən torasemid ilə müalicənin miokard fibrozunun qarşısının alınmsında effektivliyi təsvir edilmişdir. Onların fikrincə, bu hal, müalicə fonunda I tipli kollagenin sintezinin blokadası ilə bağlıdır [30]. 2006-cı ildə Yapon müəllifləri Kasama və həmmüəl. tərəfindən aparılan tədqiqatlarda durğun XÜÇ olan xəstələrdə torasemidin simpatik aktivliyə təsiri öyrənilmişdir. 44 xəstə üzərində aparılan ikiqat tədqiqatda 6 ay ərzində 22 xəstə ilməvari diuretik qismində furosemid, 22 xəstəisə torasemid almışdır. Müalicə nəticəsində torasemid qrupunda beyin natirumuretik peptidin konsentrasiyasının dürüst aşağı düşdüyü müəyyən edilmişdir, bu zaman furosemid qrupunda həmin parametrin hədləri dəyişməmiş qalmışdır. Torasemid alan xəstələrdə XÜÇ-ün funksional sinfinin, sol mədəciyin dolma təzyiqinin dürüst aşağı düşməsi, atım fraksiyasının artması və adrenergetik reseptorların sıxlığını yüksəlməsi qeydə alınmışdır. Müəlliflər belə qənaətə gəlmişlər ki, furosemid ilə müqayisədə torasemid XÜÇ olan xəstələrdə sol mədəcik remodelləşməsini azaldır və kardiomiositlərin simpatik innervasiyasını yaxşılaşdırır [31].

Neyrohumoral stimulyasiyanın vəziyyətinin əks etdirilməsi üçün ürək ritmi variabelliyinin (ÜRV) qiymətləndirilməsindən XÜÇ-ün aparılan kompleks müalicəsinin effektivliyinin meyarı qismində istifadə edilir [32]. Bu problemin aktuallığına baxmayaraq, əldə etdiyimiz ədəbiyyatda həmin mövzuya həsr edilmiş çox az nəşrlərə rast gəldik. 1999-cu ildə Yapon tədqiqatçıları Tomiyama və həmmüəl. [33], aldıqları nəticələri nəşr etdirilmişdir. Onlar ürək çatışmazlığı olan xəstələrdə ÜRV-ə qısa müddətli təsirə malik ilgək diuretik olan furosemid və uzun müddətli təsirə malik olan ilgək diuretik azosemidin təsiri müqayisə edilmişdir. Müəyyən edilmişdir ki, furosemid alan xəstələrdə 24-saatlıq eyni natrium ekskresiyası olduğu zaman onun qəbulundan sonarkı ilk saat ərzində qan plazmasında renin və hemotakritin konsentrasiyası nəzərəçaan dərəcədə artmışdır. Bununla yanaşı olaraq ÜRV-in zaman göstəriciləri SDNN və SDANN ilkin göstəricilərə nisbətən dürüst və nəzərəçarpan dərəcədə aşağı düşmüşdür. Azosemid ilə müalicə fonunda ÜRV-in aşağı düşməsi dürüst olmamışdır. Beləliklə, müəyyən

edilmişdir ki, uzun müddətli təsirə malik olan ilgək diuretik azosemidə nisbətən furosemid ÜRV-yə daha yüksək mənfi təsir göstərir [33].

Korkmaz M.E. və həmmüəl.[34], 2000-ci ildə XÜÇ ilə ağrılaşan işemik kardiomiopatiyalı 126 xəstədə spironolaktonun ürək ritminin variabelliyinə və sol mədəciyin sistolik funksiyasına təsirini öyrənmişlər. 12 ay müddətində xəstələrdə AÇF inhibitorları, diqoksin və furosemid ilə yanaşı, 50 mq dozada spironolakton da almışlar. Zaman göstəricisindən olan SDNN-in hədinin 50% dürüst artması sübut etmişdir ki, spitonolakton ilə müalicə fonunda simpatik-vaqal balansın normallaşması baş verir. Müşahidələrdən 2 ay sonra müayinə edilənlərdə sol mədəcik atın fraksiyasının artması və NYHA üzrə ürək çatışmazlığının funksional sinfinin azalması qeydə alınmışdır.

Korkmaz və həmmüəl. aldıqları nəticəni Çin tədqiqatçıları Zhang Yu və həmmüəl. təsdiq etmişlər. Onlar müəyyən etmişlər ki, spironolaktonun tətbiq edilməsi XÜÇ olan xəstələrdə ÜRV yaxşılaşdırır [35]. X.X.Şuquşeva və A.A,Qayevanın 2010-cu ildə apardıqları tədqiqatda [36], furosemid ilə müalicə fonunda ümumi variabellik və vegetativ sinir sisteminin parasimpatik tənzimlənmənin parasimpatik halqasını xarakterizə edən zaman göstəricilərinin həddi dürüst aşağı düşdüyü göstərilmişdir. Bunun nəticəsində vegetativ balans ürək ritminə simpatik təsirlərin qüvvətlənməsinə tərəf yerini dəyişmişdir. Bunun simpatik təsirin gücləndiyini xarakterizə edən LF/HF göstəricisinin dürüst artması sübut etmişdir. Torasemid qrupunda isə əksinə olaraq, zaman göstəriciləri və parasimpatik aktivliyi xarakterizə edən parametrlərin dürst artması aşkar edilmişdir.

Beləliklə, XÜÇ-ün müalicəsi üçün güclü sidikqovucu aktivliyə malik olan ilgək diuretiklər seçim preparatı olaraq qalır. Baxmayaraq ki, bütün ilgək diuretiklər ekvivalent dozada diurezinin artmasına səbəb olur, onların farmakokinetik və farmakodinamik xüsusiyyətləri ilə əlaqədar olaraq effektvliyi aşağı düşə bilər. Furosemid ilə müqayisədə torasemid yüksək bioloji yetərliyə, daha uzun müddətli yarımxaricolmaya malik olub, stabil diuretik təsir göstərir. Bu xassələr onun XÜÇ olan xəstələrdə yüksək effektivliyini təyin edir ki, bu da bir sıra klinik tədqiqatlarda nümayiş etdirilmişdir. Torasemidin nəzərəçarpan üstünlüyü hipokalium riskinin aşağı olmasından ibarətdir ki, bu da bir çox hallarda diuretik terapiyanı məhdudlaşdırır. Yuxarıda qeyd edilənlərlə əlaqədar olaraq, XÜÇ olan xəstələrdə əsas ilgək diuretiklərin (furosemid və torasemid) klinik effektivliyinin kompleks şəkildə öyrənilməsi, eləcə də onların müqayisəli şəkildə qanın elektrolit balansına və ürək ritmi variabelliyi göstəricilərinə təsirinin qiymətləndirilməsi aktual məsələ hesab edilir.

ƏDƏBİYYAT

1. Национальные рекомендации по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности (третий пересмотр). Утверждены конференцией ОССН 15 декабря 2009 года // Сердечная недостаточность, 2010. № 1(57). Том 11, с. 15-19.
2. Pathak A., Fourecade J., Castel A. et al. Approach of treautonomic nervose system in chronic heart failure: is QT dynamicity better than heart rate variability? // Eur. Heart J., 2000, v.21 (suppl), p. 33.
3. Kukokawa J., Abriel H. Neurohormonal regulation of cardiac ion channels in chronic heart failure // Cardiovasc. Pharmacol., 2009, v.4, p.765-769.
4. Albert N.M., Boehmer J.P., Collins S.P. et al. Executive Summary: HFSA 2010 Comprehensive Heart Failure Practice Guigeline // Journal of Cariac Failure, 2010, v.16, p.475-539.
5. Anard I. Patogenesis of salt and water retention in the congestive heart failure syndrome. In Pode // Am. J. Med., 2001, v.111 (7), p. 513-520.
6. Dickstein K., Cohen-Soial A., Filppatos G. et al. Task Force for Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of European Spciety of Cardiology; Vahanian A., Camm J., De Caterina R. et al. ESC Commetee for Practice Guidelines. Deveicped in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of intensive Care Medicine (ESICM) // Eur. Heart J.. 2008, v.29 (19), p. 2388-2442.
7. Беленков Ю.М., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. Хроническая сердечная недостаточность. Избранные лекции по кардиологии. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2006, 200 с.
8. Cody R J., Cubo S.H., Pikworth K.K. Diuretic treatment for the sodium retention of congestive heart failure // Arch. Intern. Med.,1994, v. 154, p. 1905-1914.
9. Patterson J.R., Adams K.F., Applefeld M.M. et al. Torasemide Investigators Group. Oral torasemide in patients with chroinic heart failure: effects on body weight, edema and electrolyte excretion // Pharmacotherapy,1994, v.14, p. 514-521.
10. Фомин И.В. Эпидемиология хронической сердечной недостаточности в Российской Федерации. / Хроническая сердечная недостаточность. М.:ГОЭТАР-Медиа, 2010, с.7-77.

11. Couper H.A., Dries D.I., Davis C.E. et al. Diuretics and risk of arrhythmic death in patients with left ventricular dysfunction // Circulation,1999, v.100, p. 1311-1315.

12. Сидоренко Б.А., Преображенский Д.В., Батыралиев Т.А. и др. Место диуретиков в лечении хронической сердечной недостаточности. Часть I. // Кардиология, 2005. № 8, с. 76-83.

13. Vasko M.R., Cartwright D.B., Knochel J.P. et al. Furosemid absorption altered in decompensated congestive heart failure // Ann. Inern. Med. 1990, v.102, p.314-318.

14. Brater D.C. Torasemide: pharmacokinetic and-clinical efficacy //Eur. J. Heart Failure, 2001, v.3, (Supp), p.19-24.

15. Загравская И.А. Нарушения ритма сердца и электролитный дисбаланс крови при сравнительном лечении хронической сердечной недостаточности петлевыми диуретиками // Российский медико-биологический вестник им. Академика И.П. Павлова, 2010, № 2, с.78-85.

16. Tomiyama H., Nakayama T., Watanabe G. et al. Effekt of short-acting loop diuretics on heart rate variability in patients with chronic compensated congestive heart failure // Am. Heart J.,1999, v. 137(3), p. 543-548.

17. Francis G.S. Development of arrhythmias in the patient with congestive heart failure: pathophysiology, prevalence and prognosis // Am. J. Cardiol., 1986. v.57, p. 38.

18. Studies of Left Ventricular Dysfunction (SOLVD) // Am J. Cardiol., 1990, v.66, p. 315-322.

19. Сидоренко Б.А., Преображенский Д.В., Батыралиев Т.А. и др. Место диуретиков в лечении хронической сердечной недостаточности. Часть I. // Кардиология, 2005, № 8, с. 76-83.

20. ACC/AHA 2005 Guideline Update for the diagnoisis and management of chronic heart failure in the adult // Circulation, 2005, v. 112, p. 154-235.

21. Albert N.M., Boehmer J.P., Collins S.P. et al. Executive Summary: HFSA 2010rComprehensive Heart Failure Practice Guigeline // Journal of Cariac Failure, 2010, v.16, p.475-539.

22. Noe L.L., Vreeland M.G., Pezzella S.M., Trotter J.,P. A pharmaeco-nominal assessment of torasemide in the treathment of patients with congestive heart failure // Clin. Ther., 1999, v.21 (5), p. 854-856.

23. Bolke T., Achhammer I Torasemide: review of its pharmacology and therapeutic use//Drugs of today.-1994, v.8, p. 1-28.

24. Muller K., Gamba G., Jaquet F., Hess B. Torasemid vs. furosemid in-primary care patients with chronic heart failure NYHA II to IY - efficacy and quality of life // Eur. J. Heart Failure, 2003, v 5 (6), p. 793-801.

25. Yamato M., Sasaki T., Honda K. et al. Effects of torasemide in left ventricular function and neurohumoral factors in patients with chronic heart failure // Circ. J. 2003, v.67(5), p.384-390.

26. Uchida T., Yamanaga K., Nishikawa M. et al. Anti-aldosterone effect of torasemide // Eur. J. Pharmacol., 1991, v. 205, p. 145-150.

27. Brunner G., von Bergmann, K., Hacker W. Comparison of diuretic effects and pharmacokinetic of torasemid and furosemid after a single oral dosen^ in patients hydropically decompensated cirrohosis of the liver // Arzt-Forsch. Drug Res., 1998, v.38, p.76-179.

28. Murray M., Deep M:, Ferguson J. et al. Open-label randomized trial of torasemide compared with furosemide therapy for-patients with heart failure // Am. J. Med., 2001, v.7, p.513-520.

29. Cosin J., Diez J. TORIC investigators. TorasemidJn chronic hear failure results of the TORIC study // Eur. J. Heart Failure, 2002, v. 4.(4), p. 507-513.

30. Lopez B., Querejeta R., Gonzalez A. et al. Effect of loop diuretic on myocardial fibrosis and collagen «type I turnover in chronick heart failure // Am. J. Cardiol., 2004, v.43, p.2028-2035.

31. Kasama S., Tiyana T., Hatori T., Sumino H., Kumakura H., Takayama Y., Ichikawa S., Suzuki T. and Kurabayashi M. Effect of torasemide on cardiac sympathetic nerve activity and left ventricular remodeling in patients with congestive heart failure // Heart, 2006, v.92(10), p.1434-1440.

32. Баевский Р.М., Иванов Г.Г. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем: Методические рекомендации // Вестник аритмологии, 2001, № 24, с.65-86.

33. Tomiyama H., Nakayama T., Watanabe G., Shiojima K., Sakuma Y., Yamamoto A., Immai Y., Yoshida H., Doba N. Effekt of short-acting loop diuretics on heart rate variability in patients with chronic compensated congestive heart failure // Am. Heart J., 1999, v.137 (3), p.543-548.

34. Korkmaz M.E., Muderrisoglu H., Ulukam M, Ozin B. Effekt of spironolactone on heart variability and left ventricular systolic function in severe ischemic heart failure // Am.J.Cardiology, 2000, v.86, p649-653.

35. Zhang Yu, Liu Jie, Wang Yan-hua et al. Intervention of spironolactone on heart rate variability and its circadian rhythm in patients with heart failure // J. of Chinese Clinical Medicine, 2006, v.1(5), p.264-267.

36. Шугушев Х.Х., Гаева А.А. Влияние фуросемида и торасемида на ВРС и желудочковые аритмии у больных с хронической сердечной недостаточностью, осложнившей течение ишемической болезни сердца: сравнительное нерандомизированное исследование // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии, 2010, №6(4), с.513-517.

Резюме

Особенности диуретического лечения больных с хронической сердечной недостаточностью

К.Р.Алиева, А.Б.Бахшалиев, С.М.Гахраманова

В настоящее время при лечении ХСН методом выбора остаются петлевые диуретики, обладающие сильной мочегонной активностью. Несмотря на то, что в эквивалентной дозе все петлевые диуретики способствуют повышению диуреза, их эффективность может снизиться в связи с их фармакокинетическими и фармакодинамическими особенностями. Торасемид, по сравнению с фуросемидом, оказывает стабильное диуретическое влияние, обладая, при этом, высокой биологической особенностью и наиболее продолжительным временем полувыведения.

Summary

Features of diurethic treatment patients with chronic cardiac insufficiency

K.R.Aliyeva, A.B. Bakhshaliev, S.M. Gahramanova

Currently, in the treatment of CHF, the method of choice remains loop diuretics, which have a strong diuretic activity. Despite the fact that in an equivalent dose, all loop diuretics promote diuresis, their effectiveness may decrease due to their pharmacokinetic and pharmacodynamic features. Torasemide, in comparison with furosemide, has a stable diuretic effect, while possessing a high biological feature and the longest half-life.

Daxil olub: 20.10.2016

NEMATODOZLARIN BAĞIRSAQ MƏRHƏLƏSİNİN KLİNİK-LABORATOR XARAKTERİSTİKASI

X.N.Xələfli

Azərbaycan Tibb Universiteti, epidemiologiya kafedrası, Bakı

Açar sözlər: bağırsaq parazitar xəstəlikləri, insan parazitozları, qurd invaziyaları
Ключевые слова: кишечные паразитарные заболевания, паразитозы человека, глистные инвазии
Key words: intestinal parasitic diseases, human intestinal parasitosis, helminthic infections

ÜST-ün sağlamlıq haqqında tövsiyələrini rəhbər tutaraq dünyada hazırkı gündə tamamilə sağlam şəxs tapmaq çətindir. Təəssüf ki, xəstəlikPlər dünya əhalisinin əksəriyyətini zədələməkdə (onunla yanaşı böyük iqtisadi zərər vurmaqda) davam edir. Bu baxımdan parazitar xəstəliklər də istisna deyildir, onlar XX əsrin sonunda insanların ölümünün əsas səbəblərindən biri sayılır, belə ki, parazitar xəstəliklərin payına bütün ölüm hallarının 1/3 hissəsi düşür [1,2]. İnsanın helmintozları tibb elmi və praktik səhiyyə üçün ciddi problem sayılır, bütün parazitozların 99%-i onların payına düşür. Helmintozların xüssusiyyətlərinə hətta bir növ törədici ilə yoluxduqda klinik əlamətlərin olduqca rəngarəng olması da aiddir – simptomsuz (subklinik) gedişdən ağır hallara və letal nəticələrə qədər. Hazırda mövcud olan məlumatlara əsasən helmintlər təkcə bilavasitə parazitlik etdiyi orqanların zədələnməsini törətmir, həm də bütün orqanizmin, xüsusilə də mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsinə səbəb olur. Bəzi parazitar xəstəliklər qabarıq nəzərə çarpan klinik simptomlarla müşayiət olunan kəskin xəstəliyin səbəbi ola bilər [3,4].

Çoxsaylı epidemioloji müşahidələr onu göstərir ki, bağırsaq parazitozlarının fonunda kəskin bağırsaq infeksiyaları 2-5 dəfə çox baş verir [5,6,7]. Parazitar invaziyalar zamanı bağırsaq əlamətləri ilə yanaşı bəzi simptomlar, məsələn, makulo-papulyoz və urtikar səpgilər, ağız boşluğunun selikli qişasının aftoz xoraları, həmçinin müxtəlif etiologiyalı artritlər müşahidə edilir. Helmintlər insanın orqanizminə daxil olaraq bağırsağın boşluğunda mikroekoloji tarazlığı pozmağa və mikrofloranın disbalansını törətməyə qadirdir. Məlumdur ki, bağırsaq helmintləri mədə-bağırsaq yolunun boşluğunda ximizmi dəyişdirir ki, bu da normal bağırsaq mikroflorasının tərkibinin dəyişməsinə gətirib çıxara bilər. Ona görə də, çox vaxt bağırsağın

disbakteriozunu qurd invaziyaları müşayiət edir və mədə-bağırsaq yolunda baş verən funksional pozğunluqlarla bu vəziyyətlərin klinik mənzərəsini ağırlaşdırır [8,9].

Mikroekoloji pozğunluqlar öz növbəsində bəzən patoloji proseslərin işəsalma, sonra isə həm də saxlanması mexanizmi kimi iştirak edir. Bununla əlaqədar olaraq helmintozlarla yoluxmuş şəxslərdə bağırsağın mikrobiosenozunun müayinəsinin aktuallığı şübhə doğurmur

Tədqiqatın məqsədi askaridozun bağırsaq mərhələsi olan xəstələrdə yoğun bağırsağın mikroflorasının vəziyyətinin müayinəsi olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Bizim müşahidəmiz altında askaridozun bağırsaq mərhələsi ilə 125 xəstə olmuşdur. Xəstələrin tədqiqata qoşulmasının meyarı aşağıdakılardır: hər iki cinsdən olan böyük yaşlı xəstələr (18 yaşdan yuxarı). Tədqiqatdan çıxarılmanın meyarları: askaridozun bağırsaq mərhələsi olan xəstələrdə yanaşı gedən kəskin xəstəliklərin və ya xronik keçən somatik xəstəliklərin kəskinləşməsi hallarının olmasıdır. Askaridoz diaqnozu klinik-epidemioloji və laborator məlumatların əsasında qoyulmuşdur. Xəstələrin hamısında askaridoz diaqnozu nəcisdə yumurtaların nativ yaxma və Kato metodu ilə aşkar edilməsi yolu ilə təsdiq edilmişdir. Xəstələrin hamısını dəri əlamətləri olduqda dermatoloqlar, allerqoloqlar, xronik terapevtik patologiyalar olduqda isə- terapevtlər, endokrinoloqlar, hematoloqlar, qadınlar olduqda – ginekoloqlar müayinə etmişlər. Alınan nəticələr aşağıdakı biometrik metodlarla işlənmişdir: orta ədədi kəmiyyət və Styudent meyarları.

Cədvəl 1

Askaridozun bağırsaq mərhələsi olan xəstələrdə ümumi-klinik simptomlar (n=125)

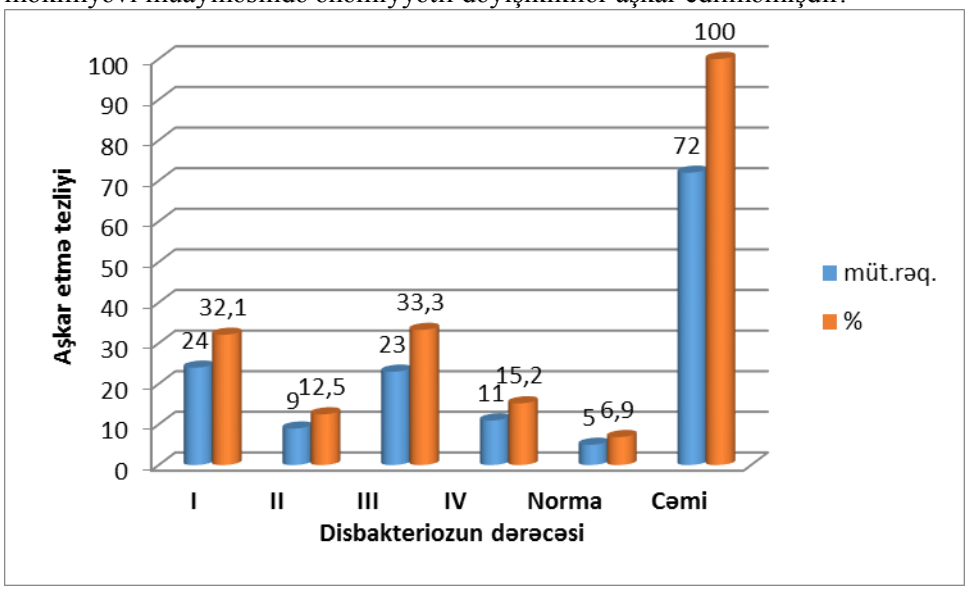
Klinik simptomlar	Simptomların tezliyi					
	Ümumi (n=125)		Kişi (n=43)		Qadın (n=82)	
	Müt.	%	Müt.	%	Müt.	%
Zəiflik, yorğunluq	120	96,0±2,1	38	88,4±4,9	82	100
Baş ağrısı	22	17,6±2,4	5	11,6±4,9	17	20,7±4,5
Yuxunun pozulması	13	10,4±2,7	6	14,0±2,8	7	8,5
Dırnaqların qırılması	15	12,0±3,2	3	6,9	12	14,6±3,9
Dərinin quru olması	44	35,2±4,3	12	27,9±6,8	32	39,0±5,4
Dəridə səpgilər	78	62,4±4,3	21	48,8±7,6	57	69,5±5,2
Quru öskürək	28	22,4±4,3	16	37,2±7,4	12	14,6±3,9
Qaraciyərin böyüməsi	18	14,4±3,2	8	18,6±5,9	10	12,2±3,5
Hemoqlobin göstəricilərinin aşağı düşməsi	38	30,4±4,1	11	25,6±6,6	27	32,9±5,1
İş qabiliyyətinin zəifləməsi	56	44,8±4,4	21	48,8±7,6	35	42,7±6,5
Qızdırma (subfebril)	15	12,0±3,2	3	6,9	12	14,6±3,9
Lifma düyünlərinin böyüməsi	12	9,6±3,1	3	6,9	9	10,9±3,4
Tüklərin nazilməsi və tökülməsi	12	9,6±3,1	4	9,3	8	9,8
Həyat tonusunun və əhvalın aşağı düşməsi	81	64,8±4,4	16	37,2±7,4	65	79,3±4,4
Anal qaşınma	13	10,0±2,7	10	23,3±6,4	3	3,7
MBY-nin disfunksiyası, o cümlədən:						
-iştahanın pozulması	25	20,0±4,3	8	18,6±5,9	17	20,7±4,5
- duru nəcis	29	23,2±4,2	15	34,9±7,2	14	17,1±3,9
-qəbizlik	17	13,6±3,2	9	20,9±6,2	8	9,8
- ürəkbulanma, ağızda acılıq hissiyyatı	17	13,6±3,2	4	9,3	13	15,9±3,8
Abdominal ağrı sindromu	96	76,8±3,8	39	90,7±4,4	57	69,5±5,2

Nəticələr və müzakirə. Aparılan tədqiqatlar göstərmişdir ki, bizim müşahidə etdiyimiz askaridozun bağırsaq mərhələsi olan xəstələrdə aşağıdakı simptomlar və sindromlar nəzərə çarpmışdır: zəiflik

(96,0±2,1%), MBY-nin disfunksiyasının simptomlarının kompleksi (qəbizlik, duru nəcis, iştahanın pozulması, ürəkbulanma, qarında ağrı)-13,6±3,2%, allergik sindrom (səpgi, övrə, qaşınma və s.)-64,8±4,3%, quru öskürək (22,4±4,3%), baş ağrısı (17,6±2,4%), sağ qabırğaaltı nahiyədə ağırlıq (14,4±3,2%), subfebril temperatur (12,0±3,2%), hipotireoz simptomları- tüklərin nazilməsi və tökülməsi, dırnaqların qırılması, dərinin quru olması, həyat tonusunun aşağı düşməsi (60,8±4,4%) (cədvəl 1).

Cədvəl 1-də təqdim olunmuş şikayətləri sistemləşdirərək intoksikasiya, MBY-nin disfunksiyası, allergik sindrom və hipotireoz simptomları ilə əlaqədar olan şikayətlərin üstünlük təşkil etdiyini qeyd etmək lazımdır. Şikayətlərin böyük hissəsi bizim fikrimizcə, distrofik pozğunluqların inkişaf etməsi ilə əlaqədardır (tüklərin nazilməsi və töküməsi, dırnaqların qırılması, dərinin quru olması). Kişilərin və qadınların klinik simptomatikasını müqayisə edərək biz qadınlarda həyat tonusunun və əhvalın aşağı düşməsi kişilərə nisbətən xeyli üstünlük təşkil etməsini (37,2±7,4 və 79,3±4,4%) aşkar etmişik. Zəiflik 100% qadında və 88,4±4,9% kişidə nəzərə çarpmışdır. Allergiyanın əlamətləri 37,2±7,4% kişidə və 79,3±4,4% qadında müşahidə edilmişdir. Mədə-bağırsaq yolunun disfunksiyalarının müxtəlif əlamətləri çox vaxt kişilərdə qeyd edilmişdir, nəinki qadınlarda- 83,7±4,4% və 63,4±4,4%. Beləliklə, klinik mənzərəsində zəiflik, allergik əlamətlər, distrofik pozğunluqların əlamətləri kimi şikayətlər çox vaxt qadınlarda müşahidə edilmişdir, nəinki kişilərdə ($p<0,05$). MBY-nin disfunksiyası ilə əlaqədar səslənən şikayətlər kişilərdə daha çox müşahidə edilmişdir ($p<0,05$). 96 (76,8±3,8%) xəstədə abdominal ağrı sindromu nəzərə çarpmışdır. Çox vaxt «uçan ağrılar» müşahidə edilmişdir, onlar yeməkdən asılı olmayaraq dövri şəkildə meydana çıxmışlar. Bir qayda olaraq, bu ağrılar 32 (25,6±3,8%) hallarda konkret lokalizasiyası olmayan və ya 24 (19,2±3,6%) halda göbəyin ətrafında yerləşmişlər. Belə ağrılar dərmansız öz-özünə və ya spazmolitiklərin qəbulu fonunda yox olmuşlar. Həmçinin xəstələrin 14 (11,2±3,6%) halda epiqastral nahiyədə, 16 (12,8±3,8%) halda sağ qabırğaaltı nahiyədə, 12 (9,6±3,1%) halda - qarnın aşağısında yerləşmiş ağrılar narahat etmişlər. İştahanın pozulması 25 (20,0±4,3%) xəstədə nəzərə çarpmışdır ki, o da müəyyən qida məhsullarının istifadəsinin azalması və onların seçici olaraq qəbul edilməsi ilə özünü biruzə vermişdir. Ürəkbulanma, ağızda acılıq hissiyyatı 17 (13,6±3,2%) halda müşahidə edilmişdir. 13 (10,0±2,7%) xəstədə qaşınma və ya arxa dəlik nahiyəsində qızartı (anal ekskoriasiya) nəzərə çarpmışdır. 12 (9,6±3,1%) halda xəstələr tüklərin nazilməsi və töküməsi, dırnaqların qırılmasından şikayət etmişlər. 12 (9,6±3,1%) xəstədə immunitetin ümumi zəifləməsi əlamətləri: tez-tez xəstələnmə, residiv verən konyunktivitlər, stomatitlər, dərinin və selikli qişaların irinli xəstəlikləri qeyd olunmuşdur. 18 (14,4±3,2%) xəstədə qaraciyərin böyüməsi, 12 (9,6±3,1%) halda isə limfa düyünlərinin böyüməsi aşkar edilmişdir. Klinik-laborator göstəricilərin təhlilinin və endokrinoloqun verdiyi rəyin əsasında 20,0±4,3% xəstədə hipotireoz diaqnozu qoyulmuşdur.

Qanın ümumi müayinəsinin təhlili zamanı bizim məlumatlara əsasən müalicədən əvvəl hemoqlobinin göstəricilərinin azalması 38 xəstədə (30,4±4,1%) müəyyən edilmişdir. Hemoqlobinin göstəricilərinin azalması qadınlarda daha çox (32,9±5,1%) nəzərə çarpmışdır, bu göstərici kişilərdə aşağı (25,6±6,6%) olmuşdur. Sidiyin ümumi müayinəsində normadlan kənara çıxmalar aşkar edilməmişdir. Qanın bimokimyəvi müayinəsində əhəmiyyətli dəyişiklikilər aşkar edilməmişdir.



Şək.1. Askaridozun bağırsaq mərhələsi ilə xəstələrdə müalicədən əvvəl disbakteriozun aşkar edilməsi tezliyi (n=72)

Yoğun bağırsağın mikroflorasının müayinəsi 72 xəstədə (57,6±6,4%) həyata keçirilmişdir. Cəmi 138 nəcis nümunəsi müayinə olunmuşdur, onlardan müalicədən əvvəl – 64 müayinə, aparılan müalicədən sonra- 74 müayinə aparılmışdır. Müayinə olunan xəstələrin sırasına mədə-bağırsaq yolunun zədələnməsinin klinik simptomları olmayan 27 şəxs və bağırsaq disfunksiyası olan 45 şəxs daxil edilmişdir. Şək.1-də dis-bakterioz hallarının aşkar edilməsi tezliyi haqqında məlumatlar təqdim edilmişdir.

Cədvəl 2-də təqdim edilmiş məlumatlara əsasən qeyd etmək olar ki, şərti-patogen enterobakteriyalar (ŞPE)12,5±3,8% nümunədə, protey- 6,9% nümunədə aşkar edilmişdir. Hemolitik stafilokokların (37,5±5,7% nümunə) və mayayabənzər Kandida cinsi göbələklərinin (38,9±5,6%) kifayət qədər tez-tez aşkar edilməsi diqqəti cəlb edir.

Bu məlumatları təhlil edərək qeyd etmək lazımdır ki, askaridozun bağırsaq mərhələsi olan böyük yaşlı xəstələrdə 38,6±5,6% halda tamdəyərli bağırsaq çöpünün sayının dəyişilməsi nəzərə çarpmışdır.Tamdəyərli bağırsaq çöpünün sayının artmasını biz 12,2±3,8% nümunədə təyin etmişik. Tamdəyərli bağırsaq çöpünün sayının azalması 26,4±5,2% nümunədə qeydə alınmışdır. Bağırsaq çöpünün fermentativ aktivliyini müayinə etdikdə biz aşağıdakı dəyişiklikləri aşkar etmişik- 19,5±4,7% müayinə olunmuş nümunədə fermentativ aktivlik azalmışdır, digər hallarda isə bağırsaq çöpünün normal fermentativ aktivliyi qeydə alınmışdır. Hemolitik aktivliyə malik olan patoloji dəyişilmiş bağırsaq çöpü xəstələrin təqribən yarısında (50,0±5,8%) qeydə alınmışdır.

Cədvəl 2

Askaridozun bağırsaq mərhələsi ilə xəstələrdə müalicədən əvvəl yoğun bağırsağın mikroflorasının xarakteristikası (n=72)

Dəyişikliklərin xarakteri	Mikrofloranın müxtəlif dəyişikliklərinin aşkar edilməsi tezliyi	
	Müt.	%
Tamdəyərli bağırsaq çöpü: - normal sayı - aşağı sayı - yüksək sayı	 45 19 8	 61,4±5,7 26,4±5,2 12,2±3,8
Şərti-patogen enterobakteriyaların xüsusi çəkisinin artması	9	12,5±3,8
Kokların xüsusi çəkisinin artması	23	31,9±5,4
Süd-turşu bakteriyaların sayının azalması	16	22,2±4,8
Fermentativ çatışmazlığı olan bağırsaq çöpü	14	19,5±4,7
Bifidofloranın azalması	33	45,8±5,8
Hemolitik stafilokokkun olması	27	37,5±5,7
Hemolitik bağırsaq çöpü	36	50,0±5,8
Psevdomonas cinsi mikrobları	5	6,9
Proteyin aşkar edilməsi	5	6,9
Kandida cinsi mayayabənzər göbələkləri	28	38,9±5,6

Anaerobların miqdarının təhlili zamanı biz müəyyən etmişik ki, müayinə olunan xəstələrin təqribən yarısında (45,8±5,8%) ilk müayinədə bifidofloranın çatışmazlığı, o cümlədən 19,5±4,7% xəstədə onun tamamilə olmaması nəzərə çarmışdır; az hallarda süd-turşu çöplərinin miqdarının azalması (22,2±4,8%) aşkar edilmişdir. «Mikrob peyzajını» klinik əlamətlərlə müqayisə etdikdə biz 32,1% halda disbakteriozun simptomsuz keçməsini bildirən mövcud ədəbiyyat məlumatlarını təsdiq etmişik. 46,1±5,8% halda disbakterioz, xüsusilə də onun kəskin nəzərə çarpan dərəcələri (III-IV) müxtəlif klinik əlamətilərlə birlikdə rast gəlmişdir. Onlar diskomfort, qarnın köpməsi, qurultu hissiyyatı, tezləşmiş (gündə 2-3 dəfə) sıyığabənzər, az hallarda sulu xarakterli nəcislə səciyyələnmişdir. Bəzən (13,6±3,2%) nəcisdə selik qarışıqları, həzm olunmamış qida qalıqları aşkar edilmişdir. 10,0±2,7% xəstədə anal qaşınma baş vermişdir. Əksər hallarda (60,9%) qeyd edilən dəyişikliklər 6 ay ərzində, az hallarda 1 ildən çox müşahidə olunmuşdur. Bu məlumatları yoğun bağırsağın mikroflorasının vəziy-yətinin göstəriciləri ilə müqayisə etdikdə yalnız 6,9% xəstədə mikrofloranın normal tərkibi aşkar edilmişdir.

Beləliklə, askaridozun bağırsaq mərhələsi olan müayinə etdiyimiz böyük yaşlı xəstələrin 93,1±3,1%-də müalicədən əvvəl I dərəcəli disbakterioz 32,1±5,4% halda, II dərəcəli disbakterioz- 12,5±4,1%, III dərəcəli

disbakterioz- 33,3±5,6%, IV dərəcəli disbakterioz- 15,2±4,3% aşkar edilmişdir,6,9% müayinə olunmuş şəxsdə isə disbakterioz müəyyən edilməmişdir. Askaridozun bağırsaq mərhələsi ilə xəstələrin əksəriyyətində yoğun bağırsağın mikroflorasının tərkibində müxtəlif dərəcəli disbakterioz şəklində dəyişikliklər aşkar edilmişdir ki, onlar da anaerob floranın tərkibində baş verən əhəmiyyətli dəyişikliklərlə (45,8±5,8% halda bifidobakteriyaların çatışmazlığı) səciyyələnmiş və 52,7±5,6% xəstədə aerob florada kəskin dəyişikliklər nəzərə çarpmışdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Quliyev N.C. Diareli süd çocuklarında probiotik tedavisi ile immun parametrlərinin deyisimi // Ege Pediatri Bulleteni № 16(1), 2009, s. 9-14
2. Muxtarov M., Babayev V. Bağırsaq disbakteriozunun bəzi kliniko-laborator xüsusiyyətləri / Prof.N.Əliyevin 100 illiyinə həsr olunmuş respublika elmi konfr.məcmuəsi. Bakı, 2011, s.56-57
3. Беэр С.А. Паразитологический мониторинг (основы концепции) // Паразитология и паразитарные болезни, 2007, № 1, с.3-8
4. Горохов В.В. Региональный мониторинг гельминтозов в Московской области / Труды научно- практической конференции «Паразитарное загрязнение мегаполиса Москвы», 2010, с.39-45
5. Касумова С.М. Постинфекционные нарушения микрофлоры и пути их коррекции // Azərbaycan Təbabətinin müasir elmi nailiyyətləri, 2011, №2,səh 101-108
6. Чобанов Р.Э., Джанахмедова Ш.Н. Особенности клинических проявлений энтеробиоза и эффективность его лечения среди детей / Материалы II Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням. М., 2010, с.362
7. Чобанов Р.Э., Мамедли Г.М., Гусейн-заде Ш.Н. Оценка состояния здоровья детей дошкольного возраста, инвазированных кишечными паразитозами // Аллергология и Иммунология, 2007, N3, с. 301
8. Arruda L.K., Santos A.B. Immunologic responses to common antigens in helminthic infections and allergic disease // Curr Opin Allergy Clin Immunol., 2009, v.5, No 5, p.399-402
9. Cooper E. S., Whytte-Alleng C.A.M., Finzi-Smith J.S. Intestinal nematode infections in children: the pathophysiological price paid // Parasitology., 2006, v.104, No2, p.91-103.

Резюме

Клинико-лабораторная характеристика нематодозов в кишечной стадии

Х.Н.Халафли

Проведенными исследованиями установлено, что среди обследованных нами 72 больных, в возрасте старше 18 лет с аскаридозом в кишечной стадии, у 93,1±3,1% из них до лечения был выявлен дисбактериоз. При этом I степени дисбактериоз выявлен в 32,1±5,4% случаях, II степени дисбактериоз- в 12,5±4,1% случаев, III степени дисбактериоз- в 33,3±5,6% случаев, IV степени дисбактериоз- в 15,2±4,3% случаев. У 5 (6,9%) больных в проведенном исследовании дисбактериоз не выявлялся. В 12,2±5,8% исследованных проб нами было установлено увеличение содержание полноценной кишечной палочки. Уменьшение их содержания отмечалось в 26,4±5,2% проб. Нарушения выявленные в составе микрофлоры толстой кишки характеризуются значительными изменениями в составе анаэробной флоры (уменьшение количества бифидобактерий у 45,8±5,8% больных), встречались они в основном в сочетании у 52,7±5,6% больных выраженных отклонений в составе аэробной микрофлоры.

Summary

Clinical and laboratory characteristics of the intestinal nematodes stage

Kh.N.Khalafli

Research evidence that among the 68 patients we studied, aged 18 years or older with ascariasis in the intestinal phase, from 93,1±3,1% of them treatment was identified dysbiosis. At the same time I degree dysbacteriosis was revealed in 32,1±5,4% cases, II degree of dysbiosis - in 12,5±4,1% cases, III degree goiter - in 33,3±5,6% cases, IV degree dysbacteriosis - in 15.2±4.3% of cases. In 5 (6.9%) patients in the current study, dysbiosis is not detected. In 12,2 ± 5,8% the investigated samples were found to increase the content of high-grade E. coli. Reducing their content noted in 26,4±5,2% of samples. Violations identified in colonic microflora composition characterized by significant changes in the composition of the anaerobic flora (reducing the number of bifidobacteria in 45.8±5.8% of patients), they occurred mostly in combination at 52.7±5.6% of patients in a marked deviation consisting of aerobic microorganisms.

Daxil olub: 07.09.2016

QASTROİNTESTİNAL SİSTEMİN ALT HİSSƏSİNƏ AİD OLAN ŞİKAYƏTLƏR ZAMANI KOLONOSKOPİYANIN VƏ HİSTO-MORFOLOJİ MÜAYİNƏNİN DİAQNOSTİK ƏHƏMİYYƏTİ

[1]N.Z.Süleyman, [1]Y.Z. Qurbanov, [2]Z.M. Süleymanov

[1]Azərbaycan Tibb Universiteti, Pediatrik və Terapevtik Propedevtika Kafedrası;
[2] II Müalicə-profilaktika Fakültəsinin IV Daxili Xəstəliklər Kafedrası, Bakı

Açar sözlər: alt qastrointestinal şikayətlər, histo-mororfologiya, kolonoskopiya
Ключевые слова: жалобы касающиеся нижних отделов гастроинтестинального тракта, гистоморфология, колоноскопия
Key words: down qastrointestinal simptoms, histology, colonoscopy

Endoskopik təsnifata əsasən qastrointestinal sistemin alt hissəsinə kor bağırsaq, qalxan, köndələn, enən çənbər bağırsaqlar, S-ə bənzər və düz bağırsaqlar aiddir. Təsnifatdan da göründüyü kimi qastrointestinal sistemin alt hissəsi anatomik olaraq yoğun bağırsaqlardan ibarətdir. Bu orqanların funksiyası isə, qastrointestinal sistemin üst hissəsində həzm və sorulma prosesinə məruz qalmış qida möhtəviyyatının həzminin son mərhələsini həyata keçirməkdən ibarətdir. Yoğun bağırsağa daxil olmuş qida möhtəviyyatının suyunun 90%-i, mineral maddələrin isə böyük əksəriyyəti sorulduqdan sonra burada nəcis formalaşır, belə ki, ileumdan kolona daxil olan 1-2 L həcmindəki möhtəviyyatın yalnız 150-250 ml-i defekasiya prosesi üçün hazırlanmış nəcisə çevrilir [1].

Beləliklə qastrointestinal sistemin alt hissəsinin anatomo-funksional səciyyəsi göstərir ki, bu bölgəyə aid şikayətlərin böyük əksəriyyəti qarın boşluğunun alt hissəsindəki hissiyatla və defekasiya aktı ilə əlaqəli olacaqdır. Bu şikayətlərə və əlamətlərə qəbizlik, xronik ishal, defekasiya ilə əlaqəli və ya səbəbi bilinməyən abdominal ağrı, nəcis kütləsinin diametrinin kiçilməsi, iki həftədən uzun sürən defekasiya vərdişlərindəki dəyişiklik, nəcisdə gizli qan pozitivliyi, nəcisin qanlı-selikli olması, rektal qanama, rentgenoloji olaraq yoğun bağırsaqlarda aşkar olunan anormal əlamət, izahı olmayan çəki itkisi, izahı olmayan anemiya, bağırsağın iltihabi xəstəlikləri (xoralı kolit və Crohn xəstəliyi), polip, bəd xassəli şiş şübhəsi və tenezm aid edilir. Yuxarıda sadalanan əlamət və şikayətlər kolonoskopik müayinə üçün göstəriş hesab olunur [2,3,4,5,6,7].

Hal-hazırda dünyanın hər yerində kolonoskopik müayinə alt qastrointestinal şikayətləri olanlar üçün qızıl standart hesab olunur [8,9]. Çünki kolonoskopiya müayinəsi zamanı həm patoloji ocağı görmək, həm şübhəli bölgədən histo-morfoloji tədqiqat üçün biyopsiya materialı götürmək, həm də ki, ehtiyac duyulduğu zaman müalicəvi müdaxilə həyata keçirmək mümkündür.

Kolonoskopiya göstərişlərin ön sırasında xroniki qəbizlik yer alır. Həftə ərzindəki defekasiya sayının azalması, nəcis kütləsinin konsistensiyasının bərkiməsi, defekasiya zamanı əlavə gücənməyə ehtiyac yaranması kimi izah edilən qəbizlik ABŞ, İngiltərə, Fransa, Almaniya, İtaliya və bir sıra digər ölkələrin yetkin əhalisinin 12-19%-də rast gəlinir, yaşı 60-ın üzərində olanlarda isə bu rəqəm 36%-ə çatır [2, 10]. Qəbizliyin səbəbləri arasında yoğun bağırsağın həm xoşxassəli, həm də bədxassəli şişləri, bağırsağın cərrahi darlıqları, proktit və anal çatlar əhəmiyyətli yer tutmaqdadır. Qəbizliyi olan 563 xəstənin kolonoskopik müayinəsində 8 (1.4%) kolorektal kanser, 82 (14.6%) bədləşən adenoma - kanser, 24 (4.3%) yüksək dərəcə displaziyalı törəmələr aşkar olunmuşdur [11].

Qəbizliyin dərmanlarla müalicəsinə başlamadan öncə bu xəstəliklər mütləq kolonoskopik müayinə ilə inkar edilməlidir [12,13].

Kolonoskopik müayinəyə ehtiyac duyulan xəstəlik olan xroniki ishal zamanı 7-32% halda yoğun bağırsağın iltihabi xəstəlikləri (xoralı kolit və Kron xəstəliyi), mikroskopik iltihabi xəstəliklər (limfositar kolit və kollagenoz kolit), işemik kolit, divertikulit, solitar rektal xora və kolorektal şişlərə rast gəlinir. Bu baxımdan kolonoskopik müayinə aparmadan xroniki ishalı müalicə etmək cəhdləri də xəstə üçün böyük risk daşımaqdadır [7,12].

Kolon polipləri yoğun bağırsağın selikli qişasının səthindən mənfəzə doğru çıxıntı formalaşdıran törəmələrdir və çox vaxt asimptomatik olmalarına baxmayaraq kolonoskopik müayinə gərəkdirən patologiyaların ön sıralarında yerləşir [14]. Bununla belə poliplər bəzən bağırsaq vərdişlərində dəyişikliyə, qanamaya və əgər ölçüləri çox böyükdürsə bağırsağın obstruksiyasına səbəb ola bilirlər. Kolonoskopiya zamanı yoğun bağırsaqlarda rast gəlinən polip görüntülü törəmələr, Paris təsnifatına əsasən, polipoid (saplı və sesil) və qeyri-polipoid olaraq dəyərləndirilir. Bu təsnifata görə, törəmə selikli qişanın mənfəzə doğru

2.5mm- dən böyük olmaq şərti ilə çıxıntı şəklində görünürsə və saplıdırsa, yəni törəmə selikli qişaya sapı vasitəsi ilə birləşibsə- Ip; sesildirsə, yəni törəmə bütün əsası ilə selikli qişa üzərində yerləşmişdirsə- Is ilə indekslənməlidir.

Qeyri-polipoid, yəni polip görüntüsü olmayan törəmə selikli qişanı 2.5mm-dən az qabardırsa- IIa; selikli qişanı qabartmırsa, yəni hamardırsa- IIb; selikli qişanı çökməsinə səbəb olursa- IIc ilə indekslənməlidir [14,15,16,17]. Rusiyada həyata keçirilmiş və 1631 xəstəni əhatə edən bir tədqiqatda göstərilir ki, görünüşə görə poliplərin 82,5%-i I tip, 17,5%-i isə II tip olaraq dəyərləndirilmişdir [19].

Poliplər həmçinin adenomatoz və qeyri-adenomatoz olaraq da təsnif olunurlar [1]. Adenomatoz poliplər yoğun bağırsağın ən çox görülən polip növüdür və kolon poliplərinin üçdə ikisi adenomadır. Onlar ölçülərinə görə 3 qrupa bölünürlər: kiçik adenomalar (5mm-dən kiçik), orta boy adenomalar (6-10 mm) və böyük adenomalar (10mm-dən böyük) [14]. 50 yaşın üzərindəki insanların 30%-də bir və ya daha çox sayda adenoma tapılır. Kolorektal kanserə (KRK) çevrilmə riski adenomaların tubulyar, villoz və tubulovilloz növündə daha yüksəkdir, ümumiyyətlə isə bu göstərici adenomalarda orta hesabla 5% səviyyəsindədir.

Qeyri-adenomatoz poliplərin histolojik olaraq hiperplastik, iltihabi, hamartomatoz ve submukozal növləri vardır [1].

Histo-morfoloji səciyyəyə əlavə olaraq kolondakı poliplərin ölçüləri və sayları da yüksək bədləşmə lehinə olan göstəricidir. Adenomaların ölçüləri nə qədər böyük və sayları nə qədər çoxdursa KRK-ə çevrilmə riski bir o qədər yüksəkdir. Yüksək dərəcəli displaziya ilə adenomatoz poliplər arasında da əlaqə vardır [16,17].

KRK rastgəlmə tezliyi ölkələrə görə dəyişir. Son zamanlar Türkiyədə yerinə yetirilmiş tədqiqatlar göstərdi ki, xərçəngin bu növü 20 yaşdan kiçik gənclərdə də rast gəlinir. Lakin insanların yaşı artdıqca bu patologiyaya daha sıx təsadüf edilir və bu artım 1%-dən (20-yə qədər yaş qrupu) 8%-ə qədər (70 və yuxarı yaş qrupu) davam edir [3,18].

Soltərəfli KRK adətən bağırsaq divarından endofit və ya sirkulyar inkişaf etdiyinə, həmçinin bu bölgədəki nəcis kütlələrinin bərk konsistensiyalı olmasına görə belə xəstələrin 67-72%-də bağırsaq keçməməzliyinə səbəb olur. Təcrübəli həkim hər iki xəstədən birində kolonoskopik müdaxilə ilə yoğun bağırsağın rekanalizasiyasını tam və ya qismən təmin edib xəstənin vəziyyətini yüngülləşdirə bilər [19].

Kolonoskopik müayinə antibiotiklərlə müalicə olunan şəxslərin 3%-dən 29%-ə qədərində inkişaf edən psevdomembranoz kolitin, əhalinin 6.7%-35.5%-də rast gəlinən qıcıqlanmış bağırsaq sindromunun diaqnostikasında da həlledici rollardan birini oynayır [20,21,22].

Xoralı kolit və Kron xəstəliyi olanların gələcəkdə KRK olma riskinin yüksək olması heç kimdə şübhə yaratmır və bu çevrilmə displaziya mərhələsindən keçir. Kolonoskopiya həm bu xəstəliklərin erkən diaqnostikasında, həm də bağırsaqda displaziya ocaqlarının aşkara çıxarılmasında böyük əhəmiyyət daşıyır. Çünki selikli qişada gözlə görünən patoloji ocaqdan və ilk baxışda dəyişilməmiş selikli qişadan götürülmüş çoxsaylı biopsiya materialının histo-morfoloji incələnməsi buradakı displaziya ocaqlarının diaqnostikasına imkan verir [23].

Türkiyədə həyata keçirilən və 1800 şəxsi əhatə edən bir tədqiqatın nəticələrinə görə kolonoskopiya olunanların yalnız 33.38% (601) normal olaraq dəyərləndirilmişdir. Müayinə nəticəsində aşkara çıxarılan patologiyaların 25.16%-də (453) hemoroid, 20%-də (360) kolorektal polip, 6.11%-də (110) KRK, 5.44%-də (98) divertikula, 4.83%-də (87) iltihabi bağırsaq xəstəlikləri, 3.61%-də (65) anal çat, 0.77%-də (14) solitar rektal xora, 0.72%-də (13) anal fistula, 0.66%-də (12) angiodisplaziya şəklində olmuşdur [3].

Alt qastrointestinal sistem endoskopiyası, yəni kolonoskopik müayinə instrumental müdaxilə olmasına baxmayaraq xəstə üçün çox az risk daşıyan bir müayinə üsuludur. Kolonoskopik müdaxilə zamanı təsadüf edilən ağırlaşmaya ən çox polipektomiya zamanı baş verən bağırsaq perforasiyası və qanama aiddir ki, bunların da rastgəlmə tezliyi 1%-dən azdır.

Kolonoskopiyanın digər ağırlaşmalarına aritmiyalar, istifadə olunan dərmanlara qarşı reaksiyalar, vazo-vaqal reaksiyalar, hidrasiyaya bağlı ürək yetməməzliyi və hipotenziyadır.

Kolonoskopiyanın əks göstərişlərinə isə perforasiya olunmuş bağırsaq şübhəsi, xəstənin şok vəziyyətində olması, xəstənin çox hərəkətli olması, ağır iltihabi bağırsaq xəstəliyi və ya xəstədə toksik meqakolon şübhəsidir [1,12].

Bu prosedurun müvəffəqiyyətlə həyata keçirilməsi üçün hər bir xəstədə göstərişlər və əks göstərişlər fərdi qaydada dəyərləndirilməlidir, xəstələr xüsusi hazırlıqdan (standart kolon təmizliyi) sonra kolonoskopiya olunmalıdırlar. Kolonoskopiyanın müvəffəqiyyəti bağırsağın tam təmizlənmiş olmasından çox asılıdır. Bu məqsədlə əsasən osmotik təsirli laksativ dərmanlardan (makroqol 400, natrium hidrofosfat, dihidrofosfat) istifadə olunur. Lakin kolonoskopiyaya hazırlıq zamanı xəstədə şübhəli bağırsaq

keçməməzliyi, bağırsaqların ciddi hərəkət pozğunluğu, massiv rektal qanama varsa və ya şəxs hamilədirsə bağısağın tam təmizliyini həyata keçirmək məsləhət deyil [1].

Göründüyü kimi alt qastrointestinal şikayətləri olan xəstələrdə həyat üçün ciddi təhlükə daşıyan xəstəliklərin erkən diaqnostikası və müalicəsi üçün kolonoskopik müayinə geniş imkanlara malıkdir və bu sahədə əvəz olunmazdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Long R.G., Scott B.B. Qastroenteroloji ve Karaciğer Hastalıkları / çeviri editörü Prof. Dr. Derya Onuk İstanbul Kitap Evi, 2008
2. Ивашкин В.Т., Абдулхаков С.Р., Баранская Е.К. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению взрослых пациентов с хроническим запором // РЖГГК, 2014, №5, с.69-75
3. Yücel Y., Aktümen A., Aydoğan T. ve başkaları. Alt gastrointestinal sistem endoskopisi:1800 olgunun retrospektif analizi ve kolorektal kanser sıklığının belirlenmesi // Endoscopy Gastrointestinal, 2015, c.23 (1), ы.6-8
4. Appalaneni V., Fanelli R.D., Sharaf R.N. et al. The role of endoscopy in patients with anorectal disorders // Gastrointestinal Endoscopy, 2010, v.72, p.1117-1123
5. Harmancı Ö.,Ensaroğlu F.,Selçuk H. Altmış yaş üstü erişkin hastalarda demir eksikliği anemisi nedeni olarak yalnız başına üst gastrointestinal sistem patolojilerinin katkısının araştırılması // Endoscopy Gastrointestinal., 2013, v.21(3), p.64-67
6. World Gastroenterology Organisation Global Gudlines. Constripation: a global perspective. November 2010. http: // www worldgastrenterology. org / constripation. html
7. Shen B., Khan K., Ikenberry S.O., Anderson M.A., Banerjee S., Baron T. The role of endoscopy in the management of patients with diarrhea // Gastrointestinal Endoscopy, 2010, v.71, p.887-892
8. Yakut M., Uysal E., Beşik G. ve başk. Türk insanı kolonoskopi işlemine nasıl bakıyor?Kolonoskopi hazırlık rejimine uyumu etkileyen faktörlerin irdelenmesi // Endoscopy, 2009, c.17(2), s.69-71
9. Rex D. K., Schoenfeld P.S., Cohen J. et al. Quality indicators for colonoscopy. // Gastrointestinal Endoscopy, 2015, v.81, p.31-53
10. Wald A., Scarpignato C., Mueller-Lissner S. et al. A multinational survey of prevalance and patterns of laxative use among adults with self-defined constripation // Aliment Pharmacol Ter, 2008, v.28, p.917-930
11. Pepin C., Ladabaum U. The yield of lower endoscopy in patients with constripapion: survey of a university hospital, a public county hospital and a veterans administration medical center // Gastrointestinal Endoscopy, 2002, v.65, p.325-332
12. Avunduk C. Gastroenteroloji El Kitabı Tanı ve Tedavi. Çeviri editörü İ.Süleymanlar. Güneş kitabevi 2004, 498 s.
13. Harisson E.M., Anderson M.A., Appalaneni V. et al. The role of endoscopy in the management of patients with known and suspected colonic obstruction and pseudo-obstruction. GUIDLINE of ASGE // Gastrointestinal endoscopy, 2010, v.71, p.669-678
14. Levin B., Liberman D.A., McFarland B. et al. Screening and Surveillans for the Early Detection of Colorectal Cancer and Adenomatous Polyps, 2008. // CA Cancer J Clin., 2008, v.58, p.130-160
15. The Paris endoskopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach and colon: November 30 to December 1, 2002. // Gasrtointestinal Endiscopy, 2003, v.58 (suppl 6), p.S3-43
16. Bond J.H. Colon polyps and cancer // Endoskopy, 2003, v.35, p.27-35
17. Заикин С.И., Агаджан В.В., Левченко Т.В. и др. Видеоколоноскопия и хромоскопия в диагностике плоских аденом толстой кишки. // РЖГГК, 2009, №1, с.66-70
18. Kabacam G., Bektaş M., Sarıoğlu M. ve başk. Son iki dekatta endoskopi merkezinde kolorekral kanser görülmü sıklığı // Endoskopi, 2009, v.17(1), s.28-31
19. Кузмин-Крутецкий М.И., Беляев А.М. и др. Возможности эндоскопии в диагностике и лечении толстокишечной непроходимочти опухолеыого генеза // РЖГГК, 2008, №3, с.73-76
20. Корнеев О.Н., Ивашкин В.Т. Антибиотикоассоциированный клоит: патоморфология, клиника, лечение. // РЖГГК, 2007, №3, с.65-70
21. Шептулин А.А., Кучумова С.Ю. Новое в изучении проблемы синдрома раздраженного кишечника. // РЖГГК, 2009, №4, с.81-85
22. Шептулин А.А., Визе-Хрипунова М.А. Обсуждение проблемы синдрома раздраженного кишечника и функциональных запоров в докладах 21-й ОЕГН (Берлин, 2013). // РЖГГК, 2014, №3,с.104-108

23. SCENTIK international consensus statement on surveillance and management of displasia in inflammatory bowel disease. CONSENSUS STATEMENT, ASGE, AGA // Gastrointestinal Endoscopy, 2015, v.81, p.489-501

Резюме

Диагностическое значение колоноскопии и гисто-морфологического исследования при жалобах на нижней части гастроинтестинальной системы

Н.З.Сулейман, Я.З.Гурбанов, З.М.Сулейманов

Статья посвящена обзору статей указывающих важность колоноскопии и гистоморфологических исследований у лиц с жалобами и симптомами относящихся нижних отделов гастроинтестинального тракта, опубликованных в современных и авторитетных изданиях. В обзоре также перечисляются показания и противопоказания к колоноскопии.

Summary

The diagnostic value of colonoscopy and histo-morphological examination with complaints on the lower part of the gastrointestinal system

N.Z. Suleiman, Y.Z.Gurbanov, Z.M. Suleymanov

The article is devoted to a review of articles that indicate the importance of colonoscopy and histomorphological studies in individuals with complaints and symptoms of the lower gastrointestinal tracts, published in modern and authoritative publications. The review also lists the indications and contraindications to the colonoscopy.

Daxil olub: 29.09.2016

LƏNKƏRAN İQTİSADİ RAYONUNDA XRONİKİ BÖYRƏK ÇATIŞMAZLIĞININ YAYILMASI VƏ STRUKTURU

R.A.Ramazanov

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu

Açar sözlər: böyrək çatışmazlığı, yayılma dərəcəsi, struktur, Lənkəran
Ключевые слова: почечная недостаточность, распространенность, структура, Ленькорань
Key words: renal insufficiency, prevalence, structure, Lankaran

Xroniki böyrək çatışmazlığı böyrəklərin ekskretor və inkretor funksiyasının, turşu-qələvi, su-duz mübadiləsinin pozulması, uremik intoksikasiya ilə müşayiət olunan simptomo-kompleks olub səhiyyənin ən aktual problemlərindən biridir. Son illərdə uro-nefroloji xəstəliklərin sayının artması əhali arasında xroniki böyrək çatışmazlığının da geniş vüsət almasına gətirib çıxarmışdır.

Dünyanın ən inkişaf etmiş ölkələrindən olan ABŞ əhalisinin 13%-nin (1.8% I, 3.2% II, 7.7% III, 0.35% IV) XBÇ-dən əziyyət çəkdiyi bildirilmişdir [9]. Bu ölkədə 20 milyon adamın şəkərli diabet, arterial hipertenziya və digər yanaşı xəstəliklərə görə XBÇ-yə tutulmaq riski qeyd olunmuşdur [10].

Rusiyanın İrkutsk regionunda XBÇ-li xəstələrin sayının ildən ilə artması qeyd olunur. Belə ki, 200-ci ildə əhalinin hər 100 000 nəfərinə 49.8±2.1, 2004-cü ildə isə 65.2±3.1 xəstələnmə hadisəsi düşmüşdür [2].

XBÇ uşaqlar arasında da geniş yayılmışdır. Bəzi məlumatlara görə 15 yaşa qədər hər 1 milyon uşaqdan 4-6-sının hemodializ seansına ehtiyacı olur. Uşaqlarda xroniki böyrək çatışmazlığının əsas səbəbi sidikçıxarıcı yolların anadangəlmə və irsi patologiyalarıdır [7]. Aparılmış tədqiqatlara görə [8] Mordoviya Respublikasında 1991-2010-cu illər ərzində hər 1 milyon uşaq əhalisinə 3.9-67.4 xroniki böyrək çatışmazlığından əziyyət çəkən uşaq düşmüşdür. Bəzi regionlarda xroniki böyrək çatışmazlığının şəhər əhalisi olan uşaqlarda çox rast gəlməsi qeyd olunmuşdur (83.3%) [3].

Uro-nefroloji xəstəliklərin geniş yayıldığı Lənkəran iqtisadi rayonunda xroniki böyrək çatışmazlığının az öyrənilməsi bu istiqamətdə tədqiqatın aparılmasının vacibliyini ön plana çıxarır.

Tədqiqatın məqsədi. Lənkəran iqtisadi rayonu nümunəsində xroniki böyrək çatışmazlığı ilə xəstələnmənin yayılması və strukturunun analizi və bunun nəticəsində bu simptomokompleksin səbəblərinin və xüsusiyyətlərinin araşdırılması olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Bu məqsədlə 2006-2012-ci illərdə Lənkəran Müalicə Diaqnostika Mərkəzinin Hemodializ şöbəsinin «Hemodializ xəstənin ambulator tibbi kartası» sənədləri əsas götürülmüşdür.Tədqiqat vahidi XBÇ-li xəstə olmuşdur.

2006-2012-ci illər ərzində 719 XBÇ ilə xəstələnmə hadisəsi (o cümlədən kişilər- 444, qadınlar- 275) aşkarlanmışdır. Həm ümumilikdə, həm də ayrı-ayrı cinslər üzrə əhalinin hər 1 000 000 nəfərinə düşən xəstələnmə hadisələri və onun orta xətası müəyyən edilmişdir. İldən-ilə xəstələnmənin dəyişilməsinin və cinslər arasındakı fərqin dürüstlüyü təyin edilmişdir.

Bütün xəstələnmə hadisələri ayrı-ayrı illər üzrə XBÇ-ni əmələ gətirən nozoloji vahidə görə də qruplaşdırılmışdır, hər nozoloji vahidin XBÇ-nin strukturundakı payı hesablanmış və bu payın ildən-ilə dəyişilməsinin əhəmiyyəti dəqiqləşdirilmişdir.

Alınmış nəticələrin analizi Excel proqramının köməyi ilə təsviri statistik metodlarla aparılmışdır. Ayrı-ayrı qruplar arasındakı fərq Styudentin t kriteriyasına əsasən aparılmışdır.

Alınmış nəticələr. Lənkəran iqtisadi rayonunda 2006-2012-ci illərdə XBÇ ilə xəstələnmələrin sayı cədvəl 1-də göstərilmişdir. Bu illər ərzində əhalinin hər 1 000 000 nəfərinə orta hesabla 124.06±12.25, o cümlədən kişilər arasında 153.54 ±19.31, qadınlar arasında isə 94.36±15.07 xəstələnmə düşür.

2006-cı ildə ümumi xəstələnmə 69.17±9.33, kişilər arasında 83.92±14.61, qadınlar arasında 54.74±11.67 olmuşdur. Növbəti ildə bu göstəricilər müvafiq olaraq 110.57±11.72,132.83 ± 18.24 və 88.69±14.78 kimi təyin olunmuşdur. İldən ilə xəstələnmənin dəyişilməsini izləsək 2006-2007-ci illərdə ümumi və kişilər arasındakı xəstələnmənin dəyişilməsinin statistik dürüst olmasını görmək olar (müvafiq olaraq t=2.76 və t=2.09).

2008-ci ildə ümumi, kişilər və qadınlar arasındakı xəstələnmə 150.82±13.60, 190.15±21.67 və 112.03±16.52, 2009-cu ildə isə müvafiq olaraq 141.08± 13.10,172.64±20.49 və 108.32±16.15 olmuşdur. 2007-2008-ci illərdə ümumi və kişilər arasında xəstələnmə fərqi dürüst olmuş (müvafiq olaraq t=2.24, 2.02), qadınlar arasında və 2008-2009cu illərdə xəstələnmələr arasındakı fərq statistik dürüst olmamışdır (t<2).

2010-cu ildə ümumi, kişilər və qadınlar arasındakı xəstələnmə 159.62±13.84, 201.05±21.93 və 116.68±16.67, 2011-ci ildə isə müvafiq olaraq 114.19±11.59, 138.95±18.09 və 89.4414.51 kimi təyin olunmuşdur. Təkcə 2010-2011-ci illərdə ümumi və kişilər arasında xəstələnmənin dəyişikliyi statistik dürüst olmuşdur (t=2.51,2.18). 2009-2010 və 2010-2011-ci illərdə qadınlar arasında dəyişiklik əhəmiyyətli deyil.

Nəhayət, 2012-ci ildə ümumi, kişilər və qadınlar arasındakı xəstələnmə 122.98±11.94, 155.22±18.96 və 90.64± 14.51 olmuşdur. 2011-2012-ci illərdə xəstələnmənin dəyişikliyi əhəmiyyətli olmamışdır.

Kişi və qadın xəstələnmələrinin nisbəti 1.63:1 kimidir. Kişi (153.54±19.31) və qadın xəstələnmələri (94.36±15.07) arasındakı fərq statistik olaraq dürüstdür (t=2.42). Bu fərq təkcə 2006 və 2007-ci illər istisna olmaqla (uyğun olaraq t=1.56, 1.88), digər illərdə də statistik əhəmiyyətlidir (müvafiq olaraq t=2.87, 2.47, 3.06, 2.13, 2.70).

XBÇ-nin etioloji səbəblərinə görə strukturu və xəstəliyin yayılmasının dinamikası cədvəl 2-də öz əksini tapmışdır. Məlum olmuşdur ki, xroniki böyrək çatışmazlığının böyük bir qismi xroniki qlomerulonefrit (56.05±1.85), diabetik nefropatiya (22.53±1.56), sidik daşı xəstəliyi (9.18±1.08), böyrəklərin polikistozu (6.68±0.93) və digər xəstəliklərdən sonra əmələ gəlir.

2006-2012-ci illər ərzində nozologiyaların struktur dəyişikliyinə nəzər salsaq, illər keçdikcə XBÇ-nin strukturunda xroniki qlomerulonefritin azalması nəzərə çarpır. Belə ki, 2006-cı ildə bu göstərici 78.18±5.57 idisə, növbəti illərdə müvafiq olaraq 75.28±4.57, 59.35±4.43, 51.72±4.64, 49.6±34.33, 51.55±5.07 və 41.51±4.79 olmuşdur. Bu azalma 2007-2008-ci illərdə statistik dürüst (t=2.50) olmuşdur.

XBÇ-nin strukturunda diabetik nefropatiya əhəmiyyətli yerlərdən birini tutur. 2006-2012-ci illərdə bu xəstəliyin göstəricisi müvafiq olaraq 12.73±4.49, 10.12±3.20, 21.14±3.68, 24.14±3.97, 25.56±3.78, 21.65±4.18 və 34.91±4.63 olmuşdur. Bu illər ərzində göstərici müxtəlif istiqamətdə dəyişərək yalnız 2007-2008 və 2011-2012-ci illərdə xəstələnmə hadisəsinin artımı dürüstdür (müvafiq olaraq t=2.26,2.12).

Sidik daşı ilə xəstələnmə hadisəsinin XBÇ-dəki struktur göstəricisi 2006-2012-ci illərdə müvafiq olaraq 3.64±2.53, 5.62±2.44, 10.57±2.77, 10.34±2.83, 9.78±2.58, 11.34±3.22 və 9.44 ±2.84 olmuşdur. Bu illər ərzində göstərici müxtəlif istiqamətlərə dəyişmiş, dəyişikliklər dürüst olmamışdır.

Böyrəklərin polikistozu, amiloidozu, vərəmi və digər xəstəliklər XBÇ-nin strukturunda azlıq təşkil edərək ildən-ilə dəyişikliyi də statistik əhəmiyyətli olmamışdır (cədvəl 2).

Cədvəl 1

Lənkəran iqtisadi rayonunda XBÇ-nin yayılma dinamikası

	Ümumi əhali			Kişilər			Qadınlar		
	N	n	$\frac{n}{N}$*1 000 000	$N_{kişi}$	$N_{kişi}$	$\frac{n}{N}$*1 000 000	$N_{qadın}$	$N_{qadın}$	$\frac{n}{N}$*1 000 000
2006	795150	55	69.17±9.33*	393250	33	83.92±14.61*	401900	22	54.74±11.67
2007	804900	89	110.57±11.72*	399000	53	132.83±18.24*	405900	36	88.69±14.78
2008	815550	123	150.82±13.60*	404950	77	190.15±21.67*	410600	46	112.03±16.52
2009	822200	116	141.08±13.10	411250	71	172.64±20.49	415450	45	108.32±16.15
2010	833250	133	159.62±13.84*	417800	84	201.05±21.93*	419950	49	116.68±16.67
2011	849450	97	114.19±11.59*	424600	59	138.95±18.09*	424850	38	89.44±14.51
2012	861900	106	122.98±11.94	431650	67	155.22±18.96	430250	39	90.64±14.51
	826057	719	124.06±12.25	411786	444	153.54±19.31	415557	275	94.36±15.07

Qeyd: N-əhalinin orta illik sayı; n-XBÇ xəstələnmələrinin sayı; *-bu qruplar arasında fərq statistik dürüstdür

Alınmış nəticələrin müzakirəsi. Aparılmış tədqiqatın nəticəsinə görə [4] Saratov vilayətində hər 1 000 000 əhaliyə 2003-cü ildə 70.1, 2004-cü ildə isə 55.6 XBÇ ilə xəstələnmə hadisəsi düşmüşdür. 2006-cı il istisna olmaqla bizim aldığımız bütün göstəricilər bu nəticədən yüksəkdir. Saratovda XBÇ-nin nozoloji strukturu aşağıdakı kimi olmuşdur: xroniki qlomerulonefrit- 40%, xroniki pielonefrit- 19,8%, şəkərli diabet I tip- 12,6%, şəkərli diabet II tip- 10,2%, böyrəklərin polikistozu- 5,8%, arterial hipertoniya- 3%,böyrək və sidik çıxarıcı yolların anadangəlmə qüsurları- 2,4%, digərləri- 6,2%[4]. İrkutski regionunda isə XBÇ-nin əsas səbəblərini xroniki qlomerulonefrit (26.7%), diabetik nefropatiya (14.9%), böyrəkdaşı xəstəliyi (9.9%) təşkil etmişdir [2]. Bizim aldığımız nəticədə xroniki qlomerulonefrit 56.05% təşkil etməklə hər iki regiona görə çoxluq təşkil edir. Şəkərli diabetin payına görə nəticələr Saratov vilayəti ilə təxminən eynidir (Saratov vilayətində-22.8%, bizim nəticədə-22.53%). Sidik daşı xəstəliyinin payına görə bizim nəticə (9.18%) İrkutsk regionundan bir qədər azlıq təşkil edir. Böyrəklərin polikistozu diaqnozu bizim tədqiqatda 6.68% olaraq Saratov vilayətindən üstün göstəricidir (6.68%).

Hemodializ seansı alan xroniki böyrək çatışmazlığı olan xəstələr arasında kişilərin qadınlardan çoxluq təşkil etməsi [1] bizim tədqiqatda da öz təsdiqini tapmışdır **(**1.63:1).

Cədvəl 2

XBÇ-nin etioloji səbəblərinə görə bölgüsü (cəmə görə %-lə) və xəstəliyin yayılmasının dinamikası

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Cəmi
Xroniki qlomerul-onefrit	43	67	73	60	66	50	44	403
	78.18± 5.57	75.28± 4.57*	59.35± 4.43*	51.72± 4.64	49.6±4.33	51.55± 5.07	41.51±4.79	56.05±1.85
Diabetik nefropatiya	7	9	26	28	34	21	37	162
	12.73± 4.49	10.12± 3.20*	21.14± 3.68*	24.14± 3.97	25.56±3.78	21.65± 4.18*	34.91±4.63*	22.53±1.56
Sidik daşı xəstəliyi	2	5	13	12	13	11	10	66
	3.64 ±2.53	5.62 ±2.44	10.57± 2.77	10.34± 2.83	9.78 ±2.58	11.34± 3.22	9.44±2.84	9.18±1.08
Böyrəklərin polikistozu	3	5	7	10	11	6	6	48
	5.45±3. 06	5.62 ±2.44	5.69 ±2.09	8.62 ±2.61	8.27±2.39	6.18± 2.44	5.66±2.24	6.68±0.93
Böyrəklərin amiloidozu		1	1	2	2	1	1	8
		1.12 ±1.12	0.81 ±0.81	1.73±1. 21	1.50±1.05	1.03±1.03	0.94±0.94	1.11±0.39
Böyrəklərin vərəmi		1		1	1	1	1	5
		1.12±1. 12		0.86±0. 86	0.75±0.75	1.03±1.03	0.94±0.94	0.70±0.31
Digər xəstəliklər		1	3	3	6	7	7	*27*
		1.12 ±1.12	2.44 ±1.39	2.59 ±1.47	4.51 ±1.80	7.22 ±2.63	6.60 ±2.41	3.75±0.71
Cəmi	55	89	123	116	133	97	106	719

Qeyd:*-bu qruplar arasında fərq statistik dürüstdür

Nəticələr:

1.Lənkəran iqtisadi rayonunda 2006-2012-ci illərdə əhalinin hər 1 000 000 nəfərinə orta hesabla 124.06±12.25, o cümlədən kişilər arasında 153.54±19.31, qadınlar arasında 94.36±15.07 XBÇ ilə xəstələnmə düşür.

2.2006-2007,2007-2008 və 2010-201-ci illərdə ümumən və kişilər arasında xəstələnmə göstəricilərinin dəyişikliyi statistik dürüst olmuşdur (ümumi göstəricilər müvafiq olaraq t=2.76, 2.24, 2.51, kişilər arasında t=2.09,2.02,2.18).

3. Kişi (153.54±19.31) və qadın xəstələnmələri (94.36±15.07) arasındakı fərq statistik olaraq dürüstdür (t=2.42). Bu fərq 2008-2012ci illərdə də əhəmiyyətlidir (müvafiq olaraq t=2.87, 2.47, 3.06, 2.13, 2.70).

4.Lənkəran iqtisadi rayonunda xroniki böyrək çatışmazlığının böyük bir qismi xroniki qlomerulonefrit (56.05±1.85), diabetik nefropatiya (22.53±1.56), sidik daşı xəstəliyi (9.18±1.08), böyrəklərin polikistozu (6.68±0.93) və digər xəstəliklərdən sonra əmələ gəlir.

5.XBÇ-nin strukturunda xroniki qlomerulonefritin azalması 2007-2008-ci illərdə (t=2.50), diabetik nefropatiyanın artması isə 2007-2008, 2011-2012-ci illərdə statistik dürüst olmuşdur(müvafiq olaraq t=2.26,2.12).

ƏDƏBİYYAT

1. Байгенжин А.К., Туганбеков С.К., Нарманов О.Ж., Магзумова Р.З. О регистре больных с заболеваниями почек в Республике Казахстан // Нефрология и диализ, 2005, т.7, №3.
2. Орлова Г.М., Матвеев В.Н., Козина О.А. Анализ регистра больных с хронической почечной недостаточностью в Прибайкалье // Нефрология и диализ, 2005, т.7, №3.
3. Башкирова Е.Г. Хроническая почечная недостаточность у детей по Бугульминскому району // Нефрология и диализ, 2005, т. 7, №3.
4. Волошинова Е.В., Голубинов Ф.Д., Ребров А.П., Стифорова Е.Ю. Характеристика больных с хронической почечной недостаточностью в Саратовской области // Нефрология и диализ, 2005, т.7, №3.
5. Исаева М.И., Бейшебаева Н.А., Краснощекова М.В., Тулеева А.Т. Структура хронической почечной недостаточности у детей // Вестник КРСУ, 2008. Том 8. № 4.с.127-130.
6. Стентон Г. Медико-биологическая статистика. Москва: Практика, 1999, 459с.
7. Стрелкова Т. Региональные особенности структуры хронической почечной недостаточности в детской популяции // Журнал Медицинский Вестник Башкортостана, 2012, №3, том 7.
8. Раздолькина Т.И., Солдатов О.М., Балыкова Л.А. и др. Эпидемиология и этиологическая структура хронической почечной недостаточности у детей в Мордовии // Организация здравоохранения. 2012. №2. с. 8-12.
9. Coresh J., Selvin E., Stevens L.A., et al. Prevalence of chronic kidney disease in the United States // Jama-Journal of the American Medical Association, 2007, v.298, p.2038-2047.
10. National Kidney Foundation. KDOQI Clinical Practice Guideline and Clinical Practice Recommendations for Anemia in Chronic Kidney Disease. // Am J Kidney Dis., 2006, v.47 (suppl 3), p.S1-S146.
11. Hwang S., Tsai J., Chen H. Epidemiology, impact and preventive care of chronic kidney diseasen Taiwan // Nephrology, 2010, v.15, p.3-9

Резюме

Распространение и структура хронической почечной недостаточности в Ленкоранском экономическом регионе

Р.А.Рамазанов

Цель: на примере распространения заболевания хронической почечной недостаточности в Ленкоранском экономическом районе, анализ структуры и исследование причин данного симптомокомплекса и особенностей, являющихся ее результатом. С этой целью были взяты за основу «Амбулаторные медицинские карты больных гемодиализом» за 2006-2012 гг. отдела гемодиализа Ленкоранского Лечебно-Диагностического Центра. Единицей исследования явился больной ХПН. В Ленкоранском экономическом районе в период 2006-2012 результаты исследования на 1 000 000 больных составляет 124.06±12.25, среди мужчин 153.54±19.31, среди женщин 94.36±15.07. В период 2006-2007, 2007-2008 и 2010-2011 изменения выглядят следующим образом (основной индикатор t=2.76, 2.24, 2.51, среди мужчин t=2.09, 2.02, 2.18). Разница среди мужчин (153.54+19.31) среди женщин (94.36+15.07) статистически правильно (t=2.42). В период 2008-2012 (в соответствии t=2.87, 2.47, 3.06, 2.13, 2.70). Большая часть причины хронической почечной недостаточности в Ленкоранском экономическом регионе исходит от гломерулонефрит (56.05± 1.85), диабетическая нефропатия (22.53±1.56), мочекаменная болезнь (9.18±1.08), поликистоз почек (6.68±0.93) и другие

причины. Уменьшение ХПН в период 2007-2008 составило (t=2.50), в период 2007-2008, 2011-2012 (t=2.26, 2.12).

Summary

Spread and structure of chronic kidney failure in economic region of Lankaran

R.A.Ramazanov

Purpose. To analyze structure and spread of disease originated from chronic kidney failure in economic region of Lankaran and in the result of the analysis to find reasons and characteristics of this symptom-complex. For this purpose, documents of "Ambulatory Medical Record of Hemodialysis Patient" of Hemodialysis Department of Lankaran Medical Diagnostic Center was taken as a basis during 2006-2012. Research unit was the patient who suffered from chronic kidney failure. Disease events for 1000000 persons of population on both general and separate genders and its average offend was found. Annual change of disease and inter-gender difference accuracy was determined. All disease events on different years were grouped in nosological unit that causes chronic kidney failure, the parts of each nosological unit in chronic kidney failure structure were counted and efficiency of annual change of these parts is specified. During 2006-2012 in economic region Lankaran it is defined that, average result for 1 000 000 persons is 124.06±12.25, as well as, among men it is defined as 153.54±19.31, among women 94.36±15.07. During 2006-2007, 2007-2008 and 2010-2011 variation of disease indicators generally and among men was statistically accurate (general indicators are t=2.76, 2.24, 2.51, among men t=2.09, 2.02, 2.18). Difference between man (153.54+19.31) and woman (94.36+15.07) diseases is statistically accurate (t=2.42). This disease was important during 2008-2012 (accordingly t=2.87, 2.47, 3.06, 2.13, 2.70). A great part of chronic kidney failure in economic region of Lankaran arises from chronic glomerulonephritis (56.05±1.85), diabetic nephropathy (22.53±1.56), urinary stone disease (9.18±1.08), polycystic disease of kidneys (6.68±0.93) and other diseases. Decrease of chronic glomerulonephritis in structure of chronic kidney failure was statistically accurate during 2007-2008 (t=2.50), but increase of diabetic nephropathy was statistically accurate during 2007-2008, 2011-2012 (t=2.26, 2.12).

Daxil olub: 26.08.2016

GENİŞ YAYILMIŞ NEMATODOZLARIN VƏ LYAMBLİOZUN HAMİLƏLİYİN GEDİŞİNƏ TƏSİRİ

F.M.Babaşova

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, mamalıq və ginekologiya kafedrası, Bakı

Açar sözlər: hamiləlik, parazitar invaziyalar, lyambliya, reproduktiv yaş
Ключевые слова: беременность, паразитарные инвазии, лямблия, репродуктивный возраст
Keywords: pregnancy, parasitic infestations, lamblia, reproductive age

İnfeksion və parazitar xəstəliklərlə mübarizə təkcə sanitar-epidemioloji xidmətin deyil, həm də bütövlükdə səhiyyənin təxirə salınmaz vəzifələrindən biri olaraq qalır. Hamiləliyin normal gedişinə və onun salamat nəticəsinə nail olunması indiki dövrdə də aktualdır və dünyanın bir çox ölkələri üçün problemlərdən biridir. Bu aspektdən hamiləliyin gedişini ağırlaşdıran amillərin aşkara çıxarılması və aradan qaldırılması ÜST-nin ekspertləri tərəfindən səhiyyənin öncül vəzifəsi kimi qəbul edilmişdir (2006). Belə amillərdən biri bağırsaq parazitozlarıdır ki, onların da yayılma genişliyi, sosial-iqtisadi əhəmiyyəti və insan orqanizminə güclü patogen təsiri hamıya məlumdur. Helmintlər insanda əsasən parazitar xəstəliklər törətməklə əhalinin sağlamlıq vəziyyətinə mühüm patoloji təsir göstərir. Praktik olaraq bütün parazitar xəstəliklərin törədicilərinin, ilk növbədə də helmintlərin ən ümumi patoloji təsiri allergizasiya və immunsupressiyadır [1,2,3].

Müasir hamilə qadının, xüsusən də meqapolis sakininin orqanizminə çoxlu miqdarda amillər təsir edir. Hamiləliyin gedişini ağırlaşdıran yaxşı öyrənilmiş amillərə ananın infeksion xəstəlikləri aiddir. Müasir tədqiqatlarda əsaslı surətdə sübut olunmuşdur ki, hamiləliyin normal gedişinin və dölün inkişafının pozulması infeksiyanın olmasından bir o qədər də asılı deyil, nə qədər ki, ananın immun homeostazında

infeksiyanın törətdiyi dəyişikliklərin ifadə dərəcəsindən və istiqamətindən asılıdır. Ən çox rast gələn nematodozlar enterobioz və askaridozdur. Son onilliklərdə toksokarozun aşkar olunması durmadan artır. İbtidailərin arasında ən geniş yayılanı lyambliozdur. Müxtəlif illərə aid işlərdə hamiləlik dövründə bu invaziyaların yüksək dərəcədə aşkar olunması barədə məlumatlar vardır. Göstərilmişdir ki, hamilə qadınların 15-35%-də askaridoz, 2-12%-də enterobioz, 25-40%-də lyamblioz rast gəlir. Son illərdə reproduktiv funksiyası pozulmuş və ya ağırlaşmış mamalıq anamnezi olan qadınlarda daha tez-tez toksokaroz aşkar olunur [4,5].

Müasir ədəbiyyatda hamilə qadının vəziyyətinə helmintozların təsirinin öyrənilməsinə həsr olunmuş olduqça az işlər vardır; onlarda göstərir ki, anada askaridozun, toksokarozun və ya lyambliozun olması hamiləliyin gedişinin və doğuşun ağırlaşmasının səbəbi ola bilər [2,3,7]. Belə ki, Cronise K. [6] öz aldığı nəticələrə əsasən iddia edir ki, hamiləlik zamanı lyamblioz həm ananın, həm də dölün salamatlığına təhlükə yaradır. T.A. Həsənovnın [3] məlumatına görə , lyambliozu olan qadınlardan doğulmuş uşaqlarda perinatal patologiya 1,6 dəfə çox rast gəlir. Ədəbiyyat məlumatlarına görə, helmintozları olan hamilə qadınlarda infeksiyalaşmalara nisbətən dölyanı suların vaxtından qabaq axması və vaxtından qabaq doğuşlar kimi ağırlaşmalar daha çox rast gəlir.

Hamilə qadınlar arasında parazitar xəstəliklərin geniş yayılması və hamiləliyin gedişinə onların mənfi təsiri barədə məlumatların olmasına baxmayaraq, bu problemə dair müasir məlumatlar kifayətləndirici deyil. Hamilə qadınlarda göstərilən parazitozların olması ilə hamiləlik dövründə allergik təzahürlərin tezliyi arasında əlaqələrə aid məsələlər zəif işıqlandırılmışdır. Bütün bunlar hazırki işin aktuallığını və vaxtında aparıldığını əsaslandırır

Tədqiqatın məqsədi: geniş yayılmış nematodozlar və lyambliozlu hamilə qadınlarda hamiləliyin və perinatal nəticələrin xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi.

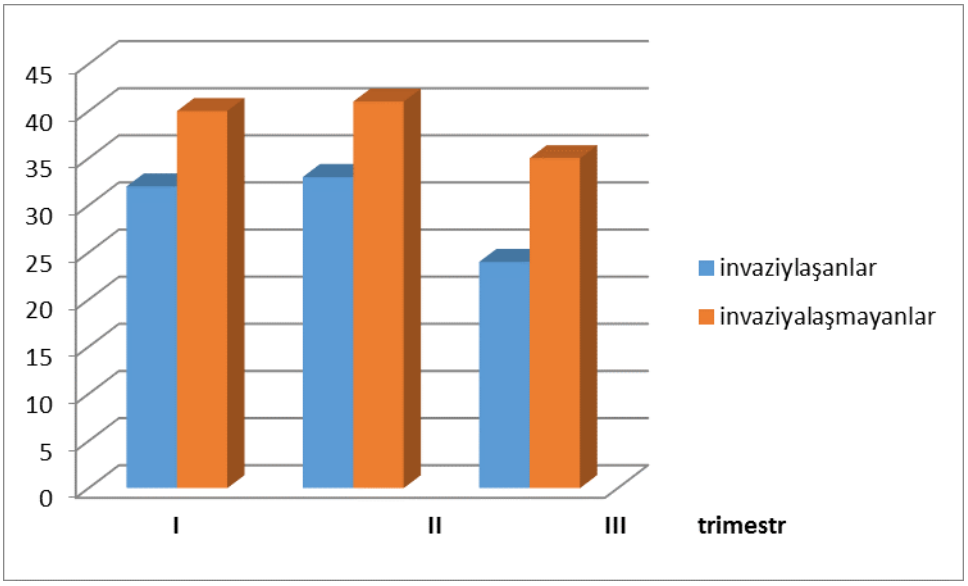
Tədqiqatın material və metodları. Ümumilikdə helmint-protozoy invaziyası aşkar edilmiş reproduktiv yaşlı 125 qadın müayinə olunmuşdur. Onların hamısı nematodozları (enterobioz, askaridoz, toksokaroz) və lyambliozu aşkar etmək məqsədilə parazitoloji skrininqdən keçirilmişdir. Bu qadınlar əsas qrupu təşkil etmişdir, onlar tədqiqatın aparılmasının başlanması anında hamilə olmuşdur. Öyrənilən parazitozların yayılmasına görə kontrol qrupa 42 qadın daxil edilmişdir ki, onlar da tədqiqat dövründə hamilə olmamışdır.

Doğuşların xarakteristikası təhlil edilmişdir: doğuşların təxirə salınmazlığı, doğuşlarda qan itkisi, mamalıq yardımlarının və operativ doğuzdurmaların aparılması. Ultrasəs müayinəsi zamanı hər üç aylıqda ciftin vəziyyəti, dölyanı suların miqdarı, hamiləliyin kəsilməsi təhlükəsinin əlamətləri, dölün biometrik profili qiymətləndirilmişdir. Perinatal nəticələrin xüsusiyyətlərini qiymətləndirmək üçün dölün perinatal hipoksiyası əlamətlərinin tezliyi, Apqar şkalası üzrə ballar, yenidoğulmuş uşaqların antropometrik göstəriciləri , bətndaxili inkişafın ləngiməsinin tezliyi müqayisə olunmuşdur. Hipoksiyanın inkişaf riski qiymətləndirilməklə dölün funksional vəziyyəti kardiotokoqrafiya (KTQ) metodu ilə öyrənilmişdir. Dölyanı sularda mekoninin miqdarı, ciftin vəziyyəti, göbək ciyəsinin yenidoğulmuş uşağa sarınmasının olması da qiymətləndirilmişdir. Helmint-protozoy invaziyalaşmasını aşkar etmək məqsədilə bütün hamilə qadınlar nəcisdə helmint yumurtalarının və lyambliya sistalarının aşkar edilməsinin ənənəvi metodu ilə parazitoloji müayinədən keçirilmişdir. Bundan başqa, invaziyaların aşkar olunma ehtimalını artırmaq məqsədilə müayinə olunan materialda invaziya amillərinin qorunub saxlanması üçün Berrouz konservantından istifadə edilməklə müayinələr aparılmışdır. Nəcisin götürülməsi iki həftə ərzində 4-5 gün fasilə ilə üç dəfə həyata keçirilmişdir. Enterobioza görə Torquşin üzrə perinatal qaşıntılar götürülmüşdür. Məlumatların statistik təhlili Microsoft Excel elektron cədvəllər proqramının köməyilə aparılmışdır ki, onlar da aparılan tədqiqatın sorğularına müvafiq formalaşdırılmışdır.

Nəticələr və müzakirə. İnvaziyalaşmış hamilə qadınlar qrupunda invaziyalaşmayanlara nisbətən hamiləliyin I trimestrində ürək bulanmaya (65 hadisə, 52,0±4,4% və 10 hadisə, 23,8±6,6%) və ağız sulanmasına görə şikayətlər (15 hadisə, 12,0±2,9% və 2 hadisə, 4,8±1,2%) daha çox qeyd olunmuşdur. Hamiləliyin ikinci yarısında ürək bulanma və qusma hər iki qrupda eyni tezliklə müşahidə olunmuşdur.Öyrənilən qruplarda şişkinliklərin yayılma tezliyində fərqlər olmuşdur. Belə ki, II üç aylıqda invaziyalaşmış hamilə qadınlarda ayaqların şişkinliyi 21 halda (16,8±2,8%), ayaqların və əllərin şişkinliyi isə 12 halda (9,6±1,8%) rast gəlmişdir. İnvaziyalaşmamış hamilə qadınlar qrupunda analoji lokalizasiyalı şişkinliklər müvafiq olaraq 7,1±1,5% və 4,8±1,2% hallarda rast gəlmişdir. III üç aylıqda ayaqların şişkinliyi birinci və ikinci qrupda oxşar tezliklə (46 hadisə, 36,8± 4,3% və 12 hadisə, 28,7± 7,0%) əllərin şişkinliyi isə invaziyalaşmayanlar arasında bir qədər çox (10,0±2,6% və 14,3±1,4%, $p<0,01$) rast gəlmişdir.Yayılmış lokalizasiyalı ağır şişkinlikərin olması hamiləliyin ikinci yarısında yalnız invaziyalaşmış hamilə qadınlarda qeyd olunmuşdur (3,2±1,1%). Hamiləliyin ikinci yarısında hipertoniya və

digər klinik əlamətlərlə birlikdə şişkinlik sindromu yüngül və ya orta dərəcəli ağırlıq gec hestoz kimi qiymətləndirilmişdir ki, bu da invaziyalaşmış hamilə qadınlarda az rast gəlmişdir. Belə ki, əsas qrupda hamilə qadınların 12,0± 2,9%-ə, ikinci qrupda isə qadınların 21,4±1,8%-ə preeklampsiya diaqnozu qoyulmuşdur. Bu nəticə ədəbiyyat məlumatlarına uyğun gəlir; bu məlumatlara görə, helmintozlarla xəstələnmiş qadınlarda hamiləliyin ikinci yarısında ağır hestozlar az rast gəlir [2, 4]. Hamiləliyə qədər hər iki qrupdan olan qadınların 76,6±3,3%-də 120/80-110/70mm Hg diapazonunda normal arterial təzyiq (AT) olmuş, hipotoniyya meyllilik (AT<90/60 mm Hg) oxşar tezliklə rast gəlmişdir (17,6±1,5% və 14,3±1,4%). Hamiləlik dövründə hər iki qrupda trimestrlər üzrə AT-nin dinamikası birtipli olmuş, lakin invaziyalaşmış hamilə qadınlarda daha tez-tez rast gələn hipotoniyaya davamlı meyllilik olmuşdur (şək.1).

Aşağı təzyiqə meyllilik invaziyalaşmış pasiyentlərin helmintozlar üçün xarakter olan vegetotrop təsirlə əlaqədar tipik şikayətidir [6]. İnvaziyaşmış qadınlarda bütün hamiləlik müddətində zəiflik , baş gicəllənmə və təkrar olunan baş ağrılarına görə şikayətlərin daha çox olması da bu təsirlə izah oluna bilər. Axırıncı parazitlərin həyat fəaliyyəti məhsullarının qana daxil olması nəticəsində baş verən intoksikasiya ilə əlaqədar ola bilər. Bundan başqa, askaridlər, bizquyruq qurdlar və lyambliyalar bağırsağın müxtəlif hissələrinin mənfəzində yerləşərək həzm proseslərinin pozğunluğunu törədir ki, bu da endogen intoksikasiyaya gətirib çıxarır. Biz əvvəl qoyulmuş qastroenteroloji diaqnozlarla hamilə qadınların invaziyalaşması arasında dəqiq asılılıq aşkar etməmişik, lakin birinci qrupdan olan hamilə qadınlarda qəbizlik və ishallarla növbələşən dəyişkən qarın işləməsi 1,5 dəfə, dəyişkən və ya artmış iştaha 3 dəfə, qarnın müxtəlif hissələrində meteorizm və ağrı şikayətləri 2,5 dəfə çox qeyd olunmuşdur. Ədəbiyyat məlumatlarına görə, helmint-protozoy infeksiyaları zamanı proteinuriya və hipoproteinemiya müşahidə olunur [1,5].



Şək. 1. Hamilə qadınların iki qrupunda trimestrlər üzrə hipotoniyanın tezliyi (p<0,05)

İnvaziyalaşmış qadınlar arasında proteinuriya II trimestrə 1,8 dəfə və III trimestrdə 1,6 dəfə çox rast gəlmişdir. Preeklampsiyanın tezliyinin az olmasına baxmayaraq, invaziyalaşmış hamilə qadınların sidiyində zülalın miqdarının daha yüksək olmasına meyllilik müşahidə edilmişdir(II üç aylıqda 0,22± 0,05 q/l və 0,16± 0,01 q/l; III trimestrdə 0,44±0,12 q/l və 0,05±0,02 q/l ; p<0,05). Belə uyğunsuzluğun səbəbi, yəqin ki , helmintozlar üçün xarakter olan kapilyar keçiriciliyinin artması ilə əlaqədardır. Müayinə olunan qrupun əksər qadınlarında zülalı zərdab səviyyəsi norma hüdudlarında olmuşdur, lakin invaziyalaşmış hamilə qadınlarda hamiləliyin birinci yarısında hipoproteinemiyaya aydın meyl olmuşdur: 57,4± 18,1 q/l (1-ci qrup) və 68,4±3,1 q/l (2-ci qrup). Belə qanunauyğunluq dəmir, kalsium və fosforun zərdab səviyyəsinin müqayisəsi zamanı da müşahidə olunmuşdur; onların miqdarı invaziyalaşmışlarda bütün hamiləlik ərzində statistik əhəmiyyətli dərəcədə aşağı olmuşdur. Çoxşaxəli və tam keyfiyyətli qidalanmanın hamı üçün əlçatan olduğu müasir mərhələdə biz aşkar etmişik ki, helminto-protozoy infeksiyaları olan hamilə qadınlarda qanın klinik analizinin göstəriciləri norma hüdudlarında olmuş, lakin eritrositlərin və hemoqlobinin miqdarının azalma meyli qeyd olunmuşdur. Eozinofillərin faizini qanın 1 mikrolitrindəki hüceyrələrin mütləq sayına görə hesablayarkən, bütün qadınlarda eozinofillərin miqdarının səviyyəsi norma

hüdudlarında (404 hüc/mkl-ə qədər) olmuş, lakin bütün hamiləlik boyu əsas qrupda o, kontrol qrupa nisbətən statistik əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olmuşdur. Qanda transaminazaların, bilirubinin, kreatinin, qələvi fosfatazanın miqdarı, EÇS-nin artması, leykositoz və leykositar formulanın iltihabi meylinin olması kimi göstəricilərə görə əsas və kontrol qrup arasında fərqlər meyllər səviyyəsində müşahidə edilmiş, lakin onlar statistik cəhətdən əhəmiyyətli olmamışdır.

Askaridoz hamilə qadınların orqanizminə vegetotrop təsirlə müşayiət olunur ki, bu da uşaqlığın tonusunun artmasına səbəb olur və vaxtındanqabaq doğuşa gətirib çıxara bilər. Ananın toksokar və lyambliyalarla invaziyalaşması onun orqanizmində metabolizm pozğunluğunun və parazitin həyat fəaliyyəti məhsulları ilə xronik intoksikasiyasının olması ilə müşayiət olunur ki, bu da fetoplasentar disfunksiyaya, dölün xronik hipoksiyasına və inkişaf pozğunluğuna gətirib çıxara bilər. Bundan başqa , qeyd olunmuşdur ki,dölyanı suların vaxtından qabaq axması əsas qrupun qadınlarında daha çox müşahidə olunmuşdur (48,0±4,5%, p<0,01), nəinki, kontrol qrupda (11,9±2,5%).

Susuz müddətin uzanması dölün təhlükəli hipoksiyasına və dölün bətindaxili infeksiyalaşma riskinin artmasına doğru aparır. Dölün hipoksiyası əlamətlərindən biri dölyanı sularda mekoninin olmasıdır ki,bu da zahı qadınların birinci qrupunda rast gəlmişdir (18,4±4,2%, p<0,01).Öz növbəsində, perinatal hipoksiya göbək ciyəsinin dölün boyuna sarınması ilə də yarana bilər ki, bu da hazırkı tədqiqatda geniş yayılmış nematodozları və lyambliozu olan zahı qadınlarda kontrol qrupa nisbətən təqribən 1,5 dəfə çox rast gəlmişdir (33,6±1,2%, p<0,01).

Nəticə. Qadının orqanizmində parazitar xəstəlik olduqda hamiləliyin gedişinin klinik mənzərəsinin təhlili göstərdi ki, erkən toksikoz təzahürləri ,başgicəllənmə, baş ağrıları, zəiflik, ətrafların şişkinliyi, hipotoniya, qarında ağrılar, meteorizm, dəyişkən qarın işləməsi və iştahaya görə şikayətlər invaziyalaşmış hamilə qadınlarda daha çox rast gəlir. Labortor göstəricilərin nəticələrinin qiymətlədirilməsi qırmızı qan hüceyrələrinin, zərdabda zülalın və mikroelementlərin miqdarının eyni zamanda eozinofiliyaya, proteinuriyanın olmasına, EÇS-in, transaminazaların və qələvi fosfatazanın artmasına meylliklə birlikdə normanın aşağı hüdudlarına qədər daha çox azalması barədə danışmağa imkan verir. Lakin ötən illərin məlumatlarından fərqli olaraq, helminto-protozoy infeksiyaların müasir gedişi qeyri-spesifik təzahürlərin zəif ifadə olunmasıyla xarakterizə oluur ki, onlar da ivaziyaya diaqnoz qoymağa imkan vermir. Nəcisin helmint yumurtalarına görə ənənəvi müayinəsi də olduqca az informativ olur (aşkar olunma 30%-dən az).

Beləliklə, aparılan tədqiqat müəyyən etməyə imkan verdi ki, hamilə qadınlarda geniş yayılmış nematodozların və lyambliozun olması vaxtındanqabaq doğuş riskinin artmasına və xoşagəlməz perinatal nəticələrin baş verməsinə gətirib çıxarır. Alınan nəticələr belə deməyə əsas verir ki, öyrənilən parazitozlar hamilə qadınlarda mamalıq və perinatal risk amilləridir. Belə ki, antiparazitar müalicə teratogen təsir göstərə bilər, ona görə də, hamiləlik dövründə terapiyanın aparılması məqsədəuyğun deyil. Vaxtındanqabaq doğuşların və xoşagəlməz nəticələrin baş verməsinin profilaktikası məqsədilə reproduktiv yaşlı qadınları müayinə etmək və onlara hamiləlikönü mərhələdə etiotrop terapiya təyin etmək lazımdır.

ƏDƏBİYYAT

1.Агаев И.А., Халафли Х.Н. Состояние заболеваемости дисбактериазом кишечника инвазированных гельминтозами в г.Баку // Здравоохранение Кыргызыстана, 2008, №4, с.121-125

2.Боровкова Е.И. Взаимодействие возбудителей инфекции с организмом беременной как фактор риска внутриутробного инфицирования плода // Акушерство и гинекология, 2005, № 2, с.20–24

3.Гасанова Т.А. Микробиоценозы при воспалительных заболеваниях репродуктивных органов женщин и перинатальной патологии: Автореф. дис. … д-ра мед. наук. Саратов, 2006, 47 с.

4. Даянов Ф.В. Аскаридоз беременных и его лечение: Автореф. дис. … канд. мед. наук, Горький, 2007, 24 с.

5.Журавлева Т.В. Изучение иммунологических показателей у больных лямблиозом // Медицинская иммунология, 2008, Т. 3, № 2, с.220-223

6.Cronise K. Maternal urinary tract infection alters water maze performance in the offspring // Neurotoxicol. Teratol.,2009, v. 23, N 4, p.373-379.

7.Kumar H., Jain K., Jain R. A study of prevalence of intestinal worm infestation and efficacy of anthelminthic drugs // Med J Armed Forces India. 2014, v.70, No2, p.144-148

Резюме

Влияние распространенных нематодозов и лямблиоза на течение беременности

Ф.М.Бабашова

Приведенные данные показали, что наличие у беременных женщин лямблиоза и некоторых распространенных гельминтозов и приводит к возрастанию риска родов, в большинстве случаев, преждевременных и возникновению неблагополучных перинатальных результатов. Полученные данные дают основание предполагать, что изучаемые паразитарные инвазии у беременных женщин представляют собой факторы перинатального и акушерского риска. В связи с тем, что противопаразитарное лечение в большинстве случаев оказывает тератогенное действие, поэтому проведение лечения во время беременности представляется нецелесообразным. При оценке лабораторных данных удостоверяемся об уменьшении показателей количества клеток красной крови до нижних границ нормы, микроэлементов и белка в сыворотке, с увеличением эозинофилов, повышению СОЭ, наличию протеинурии,, щелочной фосфатазы и трансаминаз. Для профилактики риска преждевременных родов и неблагополучных перинатальных исходов рекомендуется обследовать всех женщин репродуктивного возраста и на предгравидарном этапе назначать им этиотропную терапию.

Summary

Influence and distributed nematosis giardiasis on pregnancy

F.M.Babashova

The study revealed that the presence of pregnant women common nematosis giardiasis and increases the risk of premature birth and emergence of adverse perinatal outcomes. The obtained results give grounds to assert that parasitosis studied in pregnant women is a factor in obstetric and perinatal risk. Since antiparasitic treatment may have teratogenic effects, so holding therapy during pregnancy is inappropriate. Evaluation of the results of laboratory indicators suggests more frequent decline to the lower limit of the normal number of red blood cells, protein and trace elements in serum, with a simultaneous tendency to eosinophilia, presence of proteinuria, increased erythrocyte sedimentation rate, transaminases and alkaline phosphatase. With a view to the prevention of preterm delivery and adverse perinatal outcomes should be evaluated women of reproductive age and assign them to the causal treatment pregravid stage.

Daxil olub: 19.08.2016

РАСПРОСТРАНЕНИЕ МАЛЯРИИ В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ И ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ

Н.Дж. Намазов, Ф.Г.Гусейнова

Национальный Научно-Исследовательский Институт Медицинской Профилактики им.В.Ахундова Минздрава Азербайджанской Республики, г.Баку

Açar sözlər: malyariya, yayılma dərəcəsi
Ключевые слова: малярия, распространенность
Keywords: Malaria, prevalence

Одной из первоочередных задач защиты населения от нападения кровососущих комаров, переносчиков различных трансмиссивных заболеваний, является разработка экологически безопасных интегрированных систем мероприятий.

Приезд иностранных граждан и туристов из эндемических по малярии стран, а также миграция населения из южных стран всегда способствовали завозу малярии в республику и требовали проведения определенного объема профилактических мероприятий. В настоящем сообщении мы представляем данные по Республике Азербайджан и зарубежных стран.

Кровососущие комары в период массового нападения наносят огромный вред и ущерб в экономику народного хозяйства, падает производительность труда людей и снижается продуктивность животных. Кровососущие комары являются существенными компонентами «Гнуса». Наряду с другими кровососущими двукрылыми также причиняют огромный вред человеку и животным. Вредность кровососущих комаров не ограничивается только как кровососущие, многие из них являются фактическими или возможными переносчиками возбудителей ряда

заболеваний человека малярией, туляремией и некоторых арбовирусных болезней.

За последние 3-4 года интенсивность заболевания малярией по территории республики понизилась. В настоящее время нельзя говорить о полном оздоровлении, если есть хоть один больной малярией. Важно также отметить, что как только становилось известно о возникновении новых очагов малярии, то, немедленно сообщалось местным органам здравоохранения.

Для ликвидации малярии необходимо в первую очередь ликвидировать места выплода комаров, т.е. тщательно изучить естественные и искусственные анофелогенные водоемы и оздоровить территорию. Поэтому борьба с кровососущими комарами является важной задачей. Однако в последнее время происходят изменения в природе и деятельности человека. С изменением природных условий меняются и условия обитания кровососущих комаров. В одних местах отмечено исчезновение их, а в других распространение. В связи с этим возрастает возможность контакта человека с переносчиками. Поэтому изучение малярии комаров в республике является актуальной проблемой. В настоящее время в Азербайджанской республике широко распространен малярийный комар рода Anopheles:

Anopheles (Anopheles) plumbeus Steph, An (An) claviger Meigen, An(An) maculipennis Meigen, An (An) sacharovi Favre, An (An) hyrcanus Pallas, An (An) subalpinus Hack Lew, An (Myromyia) superpictus Grassi.

Хорошо известна роль кровососущих комаров рода Anopheles, как переносчиков всех четырех видов плазмодиев-возбудителей малярийных заболеваний человека: Plazmolium Vivax, P.ovale, P.malarae и P.falciparum.

Доказано, что переносчиками малярии в Азербайджане являются в предгорной зоне An.maculipennis Meigen и в низменной части территории An. sacharovi Favre, An.subalpinus Hack Lew. Таким образом, по всей территории Азербайджана проводились противомалярийные санитарно - просветительные работы, а также начиная с 1997 года ежегодно комплексные оперативные высококачественные мероприятия в борьбе с эпидемией. Были достигнуты определенные успехи. Заболеваемость малярией ежегодно, хотя и медленными темпами, но неуклонно снижалась.

В 1996-м году на пике эпидемии, число официально зарегистрированных случаев малярии достигло 13 135. В 2002 и 2003 годах в целом по республике интенсивный показатель заболеваемости малярии в расчете на 100 тысяч населения составляло соответственно 6,3 и 6,01, таким образом, в указанных годах в республике малярия уже перестала быть массовым заболеванием. Благодаря рекомендациям ВОЗ, с учетом сложившийся эпидемиологической обстановки в республике, была разработана Национальная программа по борьбе с малярии на 1999-2004 годы. Правительство республики, обратилась к нескольким организациям об оказании необходимой помощи в получении инсектицидов в борьбе с малярией. На это обращение откликнулись в первую очередь ВОЗ, Международная федерация Красного Креста и Красного Полумесяца, Детский фонд ООН, Нефтяная компания AGİP и др. организации.

На территории Азербайджана малярия имела чрезвычайное, широкое и массовое распространение, в основном низменной части Кура- Араксинской, Самур-Шабранской, Ленкоранской и Нахчиванской Автономной республике.

В настоящее время эпидемиологическая ситуация по малярии в Азербайджане считается стабильной (график 1). В таблице 1 указано всемирно географическое распространение кровососущих комаров (Diptera, Culicidae), а также малярии, рода Anopheles.

В таблице 2 указано всемирное распространение малярии, первое место занимает Африканское государство. При сравнении таблиц 1 и 2 можно сказать, что в целом по Азербайджану малярия стабильна.

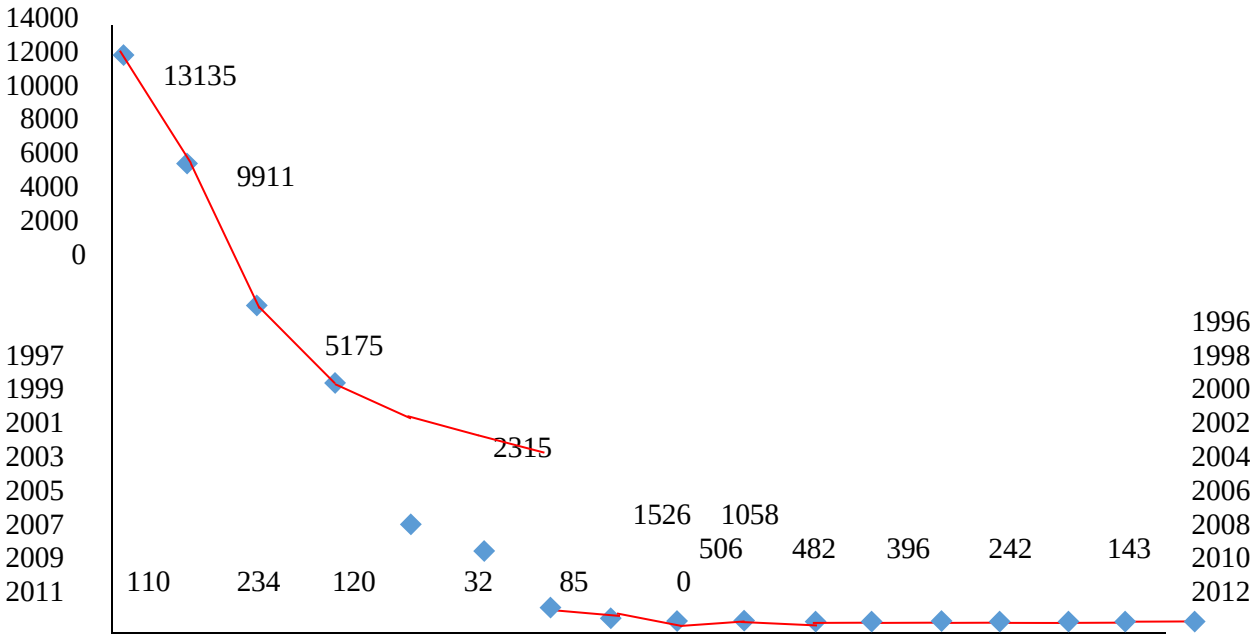


Рис. 1. Заболеваемость малярией в Азербайджане в 1996-2012 гг.

Несмотря на резкое снижение малярии в республике, эпидемия ее продолжается в настоящее время и для ликвидации этого нового зла для азербайджанского народа необходимо проведение широких научно-обоснованных противомалярийных мероприятий, прежде всего в интенсивных и стойких очагах, что является наиболее важной ближайшей задачей противоэпидемиологической службы республики.

03 марта 2008 года Министерство Здравоохранения Азербайджанской Республики утвердила программу национальной стратегии по элиминации малярии в Азербайджане на 2008-2013 годы. В связи с этой программой в республике проводились противомалярийные сезонные профилактические мероприятия и созданы районные и городские оздоровительные пункты.

Таблица 1

Всемирное географическое распространение массовых видов кровососущих комаров (Diptera, Culicidae)

МАТЕРИКИ												
п/н	Родовой состав	Асия		Европа		Америка		Африка		Австралия		Ито-го
		кол видов	%	кол видов	%	кол видов	%	кол видов	%	кол видов	%	
1	Anopheles	30	25,5	29	23,8	22	18,0	22	18,0	19	15,5	122
2	Uranotaenia	1	20	1	20	1	20	1	20	1	20	5
3	Orthopodomyia	1	20	1	20	1	20	1	20	1	20	5
4	Culiseta	8	30,8	8	30,8	4	15,4	5	19,2	1	3,8	26
5	Mansonia	2	28,5	1	14,3	2	28,6	1	14,3	1	14,3	7
6	Aedes	34	23,9	37	25,6	25	17,8	24	16,9	22	15,5	142
7	Culex	21	26,4	19	26,0	12	16,4	10	13,7	11	15,0	73
8	Toxorhynchites	30	60	5	10	4	8	6	12	5	10	50

Таблица 2

Всемирное рапростронение малярии (2008-2012) гг.

п/н	материки	Число населения в млн. чел.	Число независимых стран входящих	Число стран Распространенные малярии
1	Европа	733	46	8
2	Асия	3,737	45	14
3	Африка	825	53	50
4	Америка	790	33	10
5	Австралия	30	15	8
Итог		6,115	192	90

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев Х.И., Намазов Н.Дж., Гасымов Э.И. Строительство водохозяйственных объектов и проблема малярии. Баку: АМУ, 2008, 163 с.
2. Беляев А.Е., Звонцов А.Б., Авдюхина Т.И. Практическое руководство по эпидемиологическому надзору за малярией для стран Европейского региона, столкнувшихся с возвратом малярии. Копенгаген, 2006, с.37-40.
3. Национальная стратегия по элиминации малярии в Азербайджанской Республике на 2008-2013 г.г. Утверждено Министерством Здравоохранения Азербайджанской Республики. Баку, 2008, с.73-89.
4. Намазов Н.Д. Медицинская энтомология (на азерб.языке).Баку, 2007, с.145-148.
5. Намазов Н.Д., Фауна и видовой состав кровососущих комаров (Diptera,Culicidae) в Юго-Восточной части Азербайджанской Республики и в частности Сальянской равнины и проблема малярии //Сибирский медицинский журнал, 2008, №7, с.105-107.
6. Намазов Н.Д. Фауна кровососущих комаров (Diptera Culicidae) Азербайджанской Республики и проблема малярии зарубежных стран //Журнал инфекционной патологии, 2009, №4, с.71-72.
7. Намазов Н.Д., Антропогенная трансформация ландшафтов и ее влияние на кровососущих комаров (Diptera Culicidae) Кура-Араксинской низменности Азербайджанской Республики // Журнал медицинской патологии, 2013, №1, с.24-27

Xülasə

Azərbaycan Respublikası və xarici ölkələrdə malyariyanın yayılma dərəcəsi

N.C.Namazov, F.Q.Quliyev

Məqalədə Azərbaycan Respublikası və xarici ölkələrdə malyariyanın yayılma dərəcəsi problemi əks etdirilmişdir. Malyariya- protozoy, antroponoz transsmissiv xəstəlik olub, qırdızdırma tutmaları, qaraciyər və dalağın böyüməsi, hemolitik sarılığın inkişaf etməsi ilə baş verir

Summary

Distribution of malaria in azerbaijan country and abroad

N.J.Namazov, F.G.Guliyev

The article shows the spread of malaria problems in Azerbaijan and foreign countries. Malaria - protozoal (Protozoa, the genus Plasmodium) anthroponous transmissible disease with alternating febrile seizures and enlargement of the liver and spleen, anemia with possible development of hemolytic jaundice.

Daxil olub: 29.09.2016

MÜXTƏLİF FIZİKİ METODLARIN LAPAROSKOPİK XOLESİSTEKTOMİYADAN SONRAKI ERKƏN DÖVRÜN GEDİŞİNƏ TƏSİRİNİN QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

A.M.Məmmədov

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Ümumi Cərrahiyyə I kafedrası

Açar sözlər: elektrokoaqulyasiya, ultrasəs skalpel, laparoskopik xolesistektomiya

Ключевые слова: электрокоагуляция, ультразвуковой скальпель, лапароскопическая холецистэктомия.

Key words: electrocautery, ultrasonic scalpel, laparoscopic cholecystectomy

Toxumaların atravmatik və qansız disseksiyası uzun illər ərzində cərrahiyyənin ən aktual problemlərindən biri olmuşdur. Toxumaların disseksiyası və koaqulyasiyasının müxtəlif fiziki metodlarının istifadəsi üzrə dünya təcrübəsi inandırıcı surətdə sübut edir ki, toxumaların kəsilməsi üçün universal alət mövcud deyildir [1,2]. Cərrahi əməliyyat zamanı hemostaza birinci dərəcəli əhəmiyyət verilməlidir. ÜST-in verdiyi məlumatlara görə, dünyada öddaşı xəstəliyindən əziyyət çəkənlərin sayı hər il artır [3]. Bir sıra müəlliflərin verdiyi məlumatlara görə, öd kisəsi yatağından qanaxmaların tezliyi 0,5-1,6% intervalında dəyişir, öd axması hallarının isə 0,5-1,5% olduğunu qeyd edilir [4]. Bütün fiziki təsirlər qaraciyər toxumasının müxtəlif dərəcəli zədələnməsinə gətirib çıxarır. Hazırkı dövrdə qaraciyər toxumasının zədələnməsinin aşkar edilməsində yalnız bu orqan üçün xas metabolik proseslərdə iştirak edən orqanspesifik fermentlərin səviyyəsinin təyin edilməsinə böyük önəm verilir [5,6]. Qaraciyər və öd yolları üzərində operativ müdaxilələr yerinə yetirilərkən hemostazın müasir fiziki metodlarının travmatikliyi haqqında məlumatlar kifayət qədər ziddiyyətlidir [1,7]. Laparoskopik cərrahiyyədə müxtəlif fiziki metodların istifadəsinə müqayisəli yanaşma demək olar ki, müzakirə olunmur.

Tədqiqatın məqsədi laparoskopik xolesistektomiya zamanı toxumaların disseksiyasının, eləcə də hemostaz və xoleostazın müxtəlif fiziki metodlarının əməliyyatdan sonrakı erkən dövrün gedişinə təsirinin müqayisəli qiymətləndirilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqatın əsasını 2008-2016-ci illərdə akad. M.Mirqasımov adına Respublika Klinik Xəstəxanasında və 3 saylı Şəhər Klinik Xəstəxanasında öddaşı xəstəliyinə görə müalicə almış xəstələr və onlar üzərində aparılmış klinik müşahidələrin və laborator müayinələrin nəticələrinin təhlili təşkil etmişdir. Qarşıya qoyulan məqsədə çatmaq üçün 35 yaşdan 75 yaşa qədər olan (orta yaş 56,2±3,1) 155 xəstə müayinə və müalicə olunmuşdur.

Nəzarət (müqayisə) qrupuna laparoskopik xolesistektomiya həyata keçirilən 82 xəstə daxil edilmişdir. Bu xəstələrdə toxumaların disseksiyası və koaqulyasiyası müxtəlif elektrocərrahi avadanlıqlar vasitəsilə aparılmışdır.

Əsas qrupa isə laparoskopik xolesistektomiya həyata keçirilən 73 xəstə daxil edilmişdir. Bu xəstələr kontingentində toxumaların disseksiyası və koaqulyasiyası məqsədilə ultrasəs skalpelindən və qayçılarından istifadə edilmişdir.

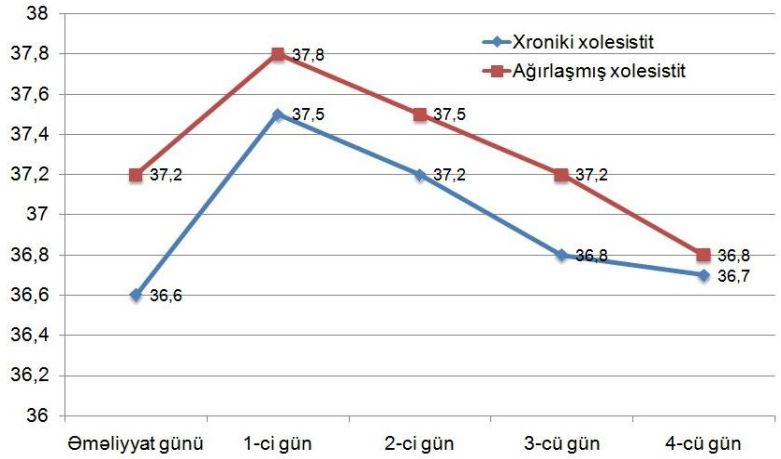
Hər iki qrupda xəstələrin cins tərkibi, yaşı, xəstəliyin klinik formaları, yanaşı xəstəliklərin rastgəlmə tezliyi bir-birindən dürüstlüklə fərqlənməmişdir ($p>0,05$).

Tədqiqat zamanı alınmış bütün rəqəm göstəricilərinin müasir tövsiyyələr nəzərə alınmaqla statistik təhlili aparılmışdır. İlkin mərhələdə parametrik üsullardan, sonrakı mərhələdə qruplardakı göstəricilərin sayı nəzərə alınaraq göstəricilər arasındakı fərqi müəyyən etmək üçün qeyri-parametrik üsuldan– Uilkokson (Mann-Uitni) meyarından istifadə olunmuşdur.

Alınmış nəticələr və onların müzakirəsi. Elektrokoaqulyasiyanın tətbiqi ilə aparılan laparoskopik xolesistektomiyadan sonra drenajın qaraciyəraltı sahədə saxlanma müddəti 2 gündən 7 günə qədər dəyişmiş və orta hesabla 2,9±1,5 gün təşkil etmişdir. Xroniki xolesistitlər zamanı drenaj əməliyyatdan sonrakı 2-3-cü günlərdə, orta hesabla isə 2,1±0,2 gün sonra xaric edilmişdir. Ağırlaşmış öddaşı xəstəliyinə görə aparılmış xolesistektomiyadan sonra drenaj 2-7-ci günlərdə, orta hesabla isə 3,7±0,73 gün sonra xaric edilmişdir.

Elektrokoaqulyasiyadan istifadə etməklə aparılan laparoskopik xolesistektomiyalardan sonra hipertermiya 1-4 gün ərzində qeydə alınmış və orta hesabla 2,67±0,76 gün təşkil etmişdir. Əməliyyatdan sonrakı ilk günlərdə hərarət orta hesabla 37,6±0,34°C-yə qədər yüksəlmişdir. Xroniki kalkulyoz xolesistitə görə əməliyyat olunmuş xəstələrdə də hipertermiya 1-4 gün ərzində (orta hesabla 2,3±0,63 gün) qeydə alınmış, orta hesabla 37,5±0,31°C təşkil etmişdir. Ağırlaşmış öddaşı xəstəliyinə görə əməliyyat olunmuş xəstələrdə bədən hərarətinin yüksəlməsi əməliyyatdan sonrakı ilk 2-4 gün ərzində (orta hesabla 3,1±0,78 gün) qeydə alınmışdır. Əməliyyatdan sonrakı ilk günlərdə bədən hərarətinin yüksəlməsi orta hesabla

37,7±0,4°C təşkil etmişdir. Nəzarət qrupunda laparoskopik xolesistektomiyadan sonrakı ilk 4 gün ərzində hərarət reaksiyasının dinamikası şəkil 1-də verilmişdir.



Şək.1. Elektrokoaqulyasiyadan istifadə etməklə aparılan laparoskopik xolesistektomiyalardan sonra xəstələrdə hərarət reaksiyasının dinamikası

Bütün xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı 2-ci gün qaraciyərin ultrasəs müayinəsi aparılmışdır. Kəskin və xroniki xolesistitə görə aparılmış xolesistektomiyadan sonra qaraciyər normal ölçülərdə, bircins strukturlu, orta exogenlikli, iti və hamar ön kənarlara malik olmuşdur. Qaraciyərxarici və qaraciyərdaxili öd axarlarının, eləcə də qapı venasının diametrində genişlənmə müşahidə olunmamışdır. Öd kisəsi yatağında qeyri-hamar, qeyri-düzgün konturlara malik ikiqatlı zolaq şəklində qaraciyərin struktur dəyişikliyə məruz qalmış zonası müəyyən edilmişdir. Bu zonanın eni xroniki xolesistitlər zamanı 5 mm - dən 6 mm - ə qədər (orta hesabla 5,14±0,35 mm), kəskin xolesistitlər zamanı isə 6 mm-dən 8 mm-ə qədər (orta hesabla isə 7,12 ±0,73 mm) təşkil etmişdir. Xarici qat yüksək exogenliyə malik exo-kölgəliksiz qeyri-bircins strukturlu, daxili qat isə aşağı exogenliyə malik qeyri-bircins strukturlu olmuşdur.

Xroniki xolesistiti olan 53 xəstədə əməliyyatdan sonrakı 2-ci gün periferik qandakı leykositlərin sayı orta hesabla 5,12±0,08x10^9/l təşkil etmiş və heç bir halda leykositlərin sayı normanın yuxarı həddini (8,5x10^9/l) keçməmişdir. Kəskin kalkulyoz xolesistitli 42 xəstədə periferik qandakı leykositlərin sayı əməliyyata qədərki dövrdə orta hesabla 9,6±1,76x10^9/l, əməliyyatdan sonrakı 2-ci gündə 10,2±1,8x10^9/l, əməliyyatdan sonrakı 5-ci gündə isə 7,1±0,7x10^9/l təşkil etmişdir.

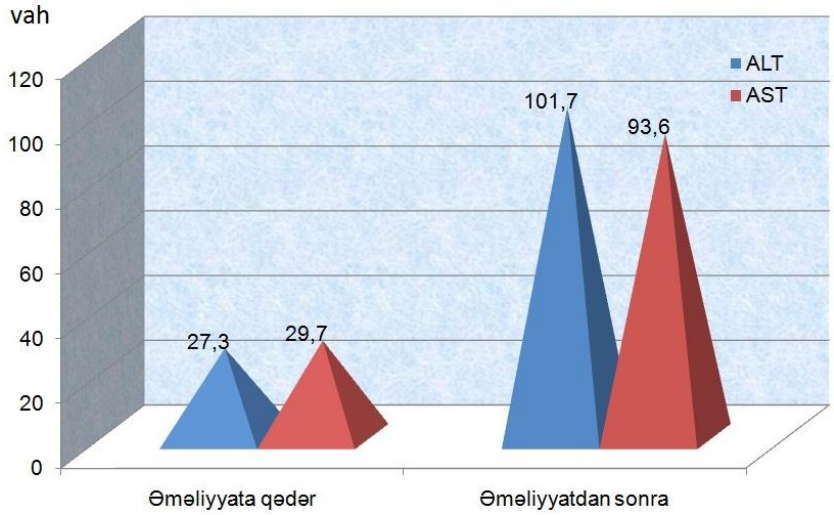
Elektrokoaqulyasiyadan istifadə etməklə 72 xəstədə aparılan laparoskopik xolesistektomiyadan sonrakı 2-ci gündə ümumi bilirubinin səviyyəsi orta hesabla 17,1±0,7 mkmol/l təşkil etmiş və heç bir halda bu göstərici üzrə normanın yuxarı həddini (20 mkmol/l) aşmamışdır.

Nəzarət qrupuna daxil olan 52 xəstədə timol sınağının göstəricisi orta hesabla 1,7±0,08 vah. təşkil etmiş və bütün hallarda norma daxilində (0-dan 4 vahidə qədər) tərəddüd etmişdir. Qan plazmasında alaninaminotransferaza (ALT) və aspartataminotransferaza (AST) fermentlərinin aktivlik göstəriciləri bütün xəstələrdə laparoskopik xolesistektomiyaya qədərki dövrdə norma daxilində olmuş (0-dan 40 vah. qədər) və orta hesabla ALT üçün 27,3±2,1vah., AST üçün isə 29,7±2,4 vah. təşkil etmişdir. Elektrokoaqulyasiyadan istifadə etməklə aparılan əməliyyatdan sonrakı 2-ci gün xroniki xolesistitli 53 xəstədə ALT-nin səviyyəsi 3,7 dəfə artaraq orta hesabla 101,7±4,6 vah., AST-nin səviyyəsi isə 3,2 dəfə artaraq orta hesabla 93,6±4,3 vah. təşkil etmişdir (şəkil 2; $p<0,05$).

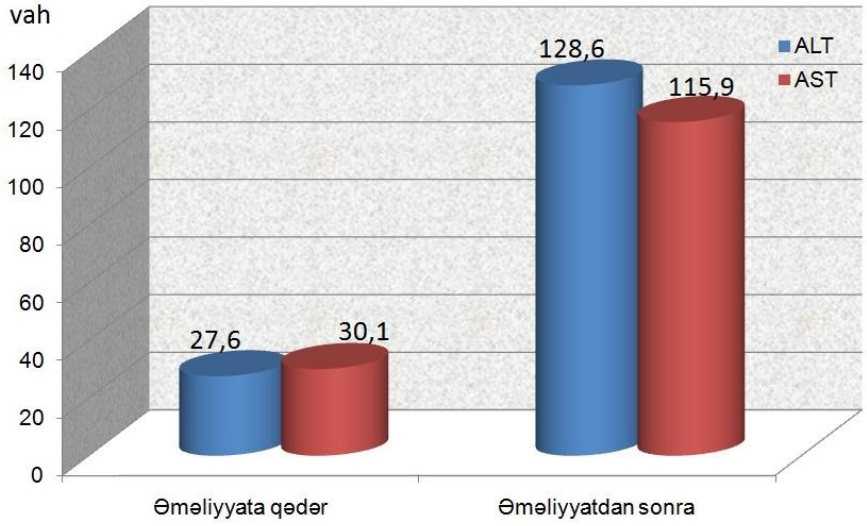
Ağırlaşmış öddaşı xəstəliyi olan 49 xəstədə əməliyyatdan 2 gün sonra ALT-nin aktivlik göstəricisi təxminən 4,7 dəfə artaraq əməliyyatdan əvvəlki 27,6±1,5 vah.-dən 128,6±2,1 vah-dək, AST-nin aktivlik göstəricisi isə 30,1±1,3 vah-dən 115,9±2,7 vah-dək, yəni 3,9 dəfə yüksəlmişdir (şəkil 3; $p<0,05$). Elektrokoaqulyasiyadan istifadə etməklə aparılan əməliyyatlardan sonra xəstələrdə aminotransferazaların aktivliyinin əhəmiyyətli dərəcədə yüksəlməsi öd kisəsi yatağına elektrocərrahi təsir zamanı hepatositlərin geniş zonada zədələndiyini sübut edir.

ALT və AST-nin normal göstəricilərə qədər enməsi əməliyyatdan sonrakı 5-ci gündə qeydə alınmışdır. Elektrokoaqulyasiyadan istifadə etməklə aparılan laparoskopik xolesistektomiyalardan sonrakı stasionar müalicənin müddəti 3 gündən 23 günə qədər intervalda dəyişmiş və orta hesabla 5,96±2,27 gün təşkil etmişdir. Xroniki kalkulyoz xolesistiti olan 53 xəstənin əməliyyatdan sonrakı dövrdə stasionarda orta qalma müddəti 4,96±1,16 gün, ağırlaşmış öddaşı xəstəliyi olan 49 xəstəninki isə 6,94±2,67 gün təşkil etmişdir.

Əsas qrupa daxil olan xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı ilk gün qaraciyəraltı sahədən drenaj vasitəsilə 10-80 ml açıq hemorragik maye, növbəti 2-3 gün ərzində isə 10-30 ml açıq rəngli seroz maye xaric olmuşdur. Drenajla xaric olan ifrazatın miqdarı ilə nozologiya və ya əməliyyatın xüsusiyyəti arasında dürüst əlaqə aşkar edilməmişdir.



Şək.2. Nəzarət qrupundakı xroniki xolesistitli xəstələrdə əməliyyatdan əvvəl və sonrakı dövrdə aminotransferazaların aktivlik göstəriciləri (p<0,05)

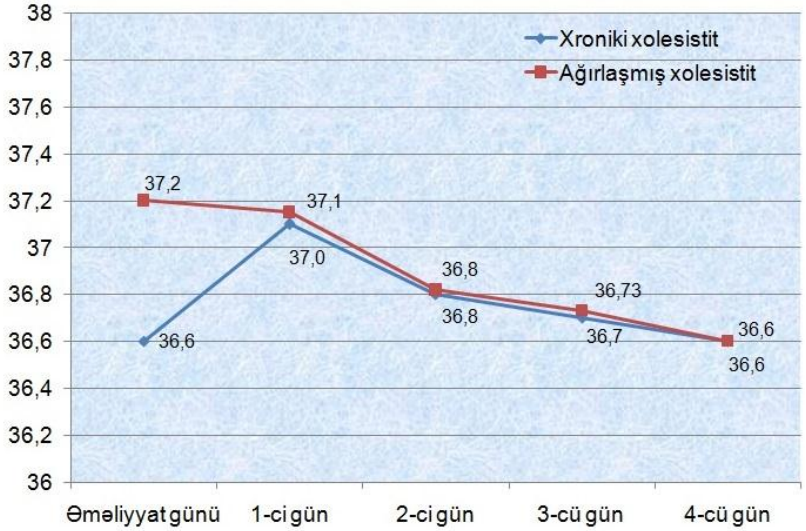


Şək. 3. Nəzarət qrupundakı ağırlaşmış öddaşı xəstəliyi olan xəstələrdə əməliyyatdan əvvəl və sonrakı dövrdə aminotransferazaların aktivlik göstəriciləri (p<0,05)

Əsas qrupda ultrasəs koaqulyasiyasının istifadəsi ilə aparılan laparoskopik xolesistektomiyadan sonra qaraciyəraltı sahədəki drenajın saxlanma müddəti 1 gündən 3 günə qədər olmuş və orta hesabla 1,6±0,57 gün təşkil etmişdir. Xroniki xolesistitlər zamanı qaraciyəraltı sahədəki drenajın saxlanma müddəti 1 gündən 2 günə qədər olmuş və orta hesabla 1,2±0,4 gün təşkil etmişdir. Ağırlaşmış öddaşı xəstəliyinə görə icra olunan xolesistektomiyadan sonra drenaj 1-3 gün, orta hesabla isə 2,0±0,42 gün sonra xaric edilmişdir.

Ultrasəs enerjisindən istifadə etməklə aparılan laparoskopik xolesistektomiyadan sonra hipertermiya 70 xəstədə 1-3 gün ərzində (orta hesabla 1,07±0,8 gün) qeydə alınmışdır. Əməliyyatdan sonrakı ilk günlər hərarət orta hesabla 37,06±0,37°C-yə qədər yüksəlmişdir. Xroniki kalkulyoz xolesistitə görə əməliyyat olunmuş 33 xəstədə hpertermiya 1-2 gün ərzində (orta hesabla 1,0±0,78 gün) müşahidə olunmuşdur. Əməliyyatdan sonrakı ilk günlərdə hərarət orta hesabla 37,0±0,38°C-yə qədər yüksəlmişdir. Ağırlaşmış öddaşı xəstəliyinə görə əməliyyat olunmuş xəstələrdə əməliyyatdan sonra bədən hərarətinin yüksəlməsi 1-3 gün ərzində (orta hesabla 1,1±0,83 gün) qeyd edilmişdir. Əməliyyatdan sonrakı ilk günlər hərarət orta hesabla 37,1±0,36°C-yə qədər yüksəlmişdir. Ultrasəs enerjisindən istifadə etməklə laparoskopik xolesistektomiya icra edilmiş xəstələrdə ilk 4 gün ərzində hərarət reaksiyasının dinamikası şəkil 4-də

göstərilmişdir. Əməliyyatdan sonrakı 2-ci gün bütün xəstələrdə qaraciyərin ultrasəs müayinəsi aparılmışdır. Kəskin və xroniki kalkulyoz xolesistitə görə keçirilmiş xolesistektomiya əməliyyatından sonra qaraciyər normal ölçülərdə, bircins struktura, orta exogenlitə, iti və hamar ön kənara malik olmuşdur. Qaraciyərxarici və qaraciyərdaxili öd axarlarının, qapı venasının diametrinin genişlənməsinə rast gəlinməmişdir. Öd kisəsi yatağında xroniki xolesistitlər zamanı qalınlığı 1-2 mm-ə (orta hesabla 1,07±0,23 mm), kəskin xolesistitlər zamanı isə 1-3 mm-ə qədər olan hamar, dəqiq konturlara malik ikiqat zolaq şəklində qaraciyərin struktrur dəyişikliyə məruz qalmış toxuma zonası müşahidə olunmuşdur.



Şək. 4. Ultrasəs enerjisindən istifadə etməklə aparılan laparoskopik xolesistektomiyalardan sonra xəstələrdə hərarət reaksiyasının dinamikası

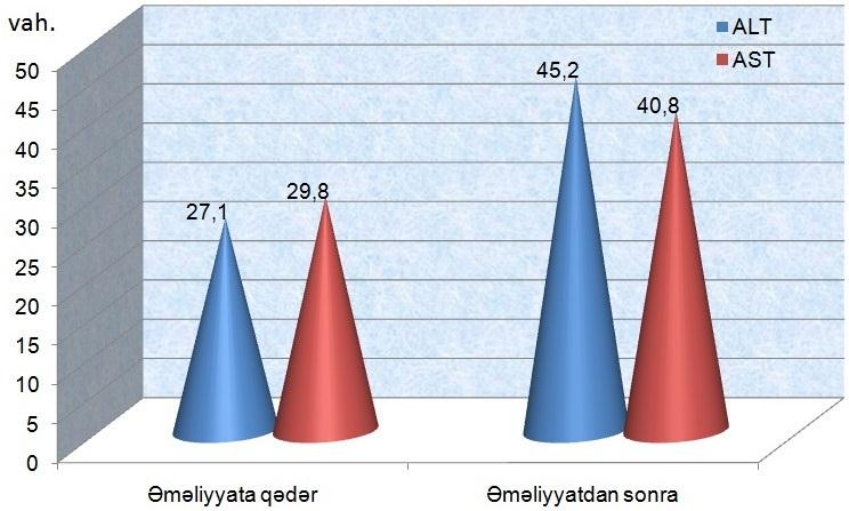
Ultrasəs koaqulyasiyasından istifadə etməklə laparoskopik xolesistektomiya icra edilmiş xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı 2-ci gün periferik qanda leykositlərin sayı orta hesabla 5,11±0,08x10^9/l təşkil etmişdir. Heç bir halda leykositlərin sayı normal göstəricilərin yuxarı həddini (8,5x10^9/l) aşmamışdır. Kəskin kalkulyoz xolesistitli 41 xəstədə periferik qandakı leykositlərin sayı əməliyyata qədərki dövrdə orta hesabla 9,8±1,73x10^9/l, əməliyyatdan sonrakı 2-ci gün isə 7,8±1,1x10^9/l təşkil etmişdir.

Ultrasəs koaqulyasiyasından istifadə etməklə laparoskopik xolesistektomiya icra edilmiş xəstələrdə əməliyyatdan sonrakı 2-ci gün ümumi bilirubinin səviyyəsi orta hesabla 16,7±0,6 mkmol/l təşkil etmiş və heç bir halda normal göstəricinin yuxarı həddini (20 mkmol/l) aşmamışdır. Timol sınağı göstəricisi orta hesabla 1,8±0,09 vah. təşkil etmiş və hər bir halda normal göstəricilər həddində (0-dan 4 vahidə qədər) olmuşdur.

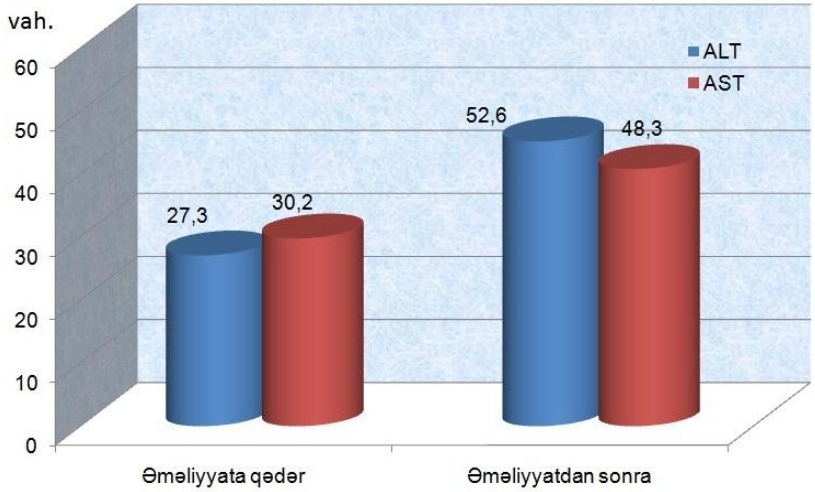
Laparoskopik xolesistektomiyaya qədərki dövrdə alaninaminotransferazanın və aspartata-minotransferazanın aktivlik göstəriciləri bütün hallarda norma daxilində (0-dan 40 vahidə qədər) olmuş və orta hesabla ALT üçün 27,1±2,3 vah., AST üçün isə 29,8±2,4 vah. təşkil etmişdir. Ultrasəs koaqulyasiyasından istifadə etməklə laparoskopik xolesistektomiya icra edilmiş 51 xroniki xolesistitli xəstədə ALT-nin səviyyəsi 1,7 dəfə artaraq, orta hesabla 45,2±8,9 vah., AST-nin səviyyəsi isə 1,4 dəfə artaraq orta hesabla 40,8±7,6 vah. ($p<0,05$) təşkil etmişdir (şəkil 5).

Ağırlaşmış öddaşı xəstəliyi olan 47 xəstədə əməliyyatdan sonrakı 2-ci gün ALT-nin aktivlik göstəricisi 1,9 dəfə yüksələrək orta hesabla 52,6±9,7 vah, AST-nin aktivlik göstəricisi isə 1,6 dəfə yüksələrək orta hesabla 48,3±8,7 vah. ($p<0,05$) təşkil etmişdir (şəkil 6).

Koaqulyasiya və disseksiya məqsədilə ultrasəsdən istifadə etməklə aparılan laparoskopik əməliyyatlardan sonra aminotransferazaların aktivliyinin cüzi yüksəlməsi onu göstərir ki, öd kisəsi yatağına ultrasəs enerjisinin təsiri zamanı hepatositlər minimal termiki zədələnməyə məruz qalır. Disseksiya və koaqulyasiya məqsədilə ultrasəs enerjisindən istifadə etməklə aparılan laparoskopik xolesistektomiyalardan sonrakı stasionar müalicənin müddəti 2 gündən 5 günə qədər intervalda dəyişmiş və orta hesabla 3,31±0,66 gün təşkil etmişdir. Xroniki kalkulyoz xolesistiti olan xəstələrin əməliyyatdan sonrakı dövrdə stasionarda orta qalma müddəti 3,02±0,05 gün, ağırlaşmış öddaşı xəstəliyi olan xəstələrinki isə 3,59±0,68 gün təşkil etmişdir. Əsas qrupda letal nəticə qeydə alınmamışdır.



Şək. 5. Əsas qrupdakı xroniki kalkulyoz xolesistitli xəstələrdə əməliyyatdan əvvəl və sonrakı dövrdə aminotransferazaların aktivlik göstəriciləri (p<0,05)



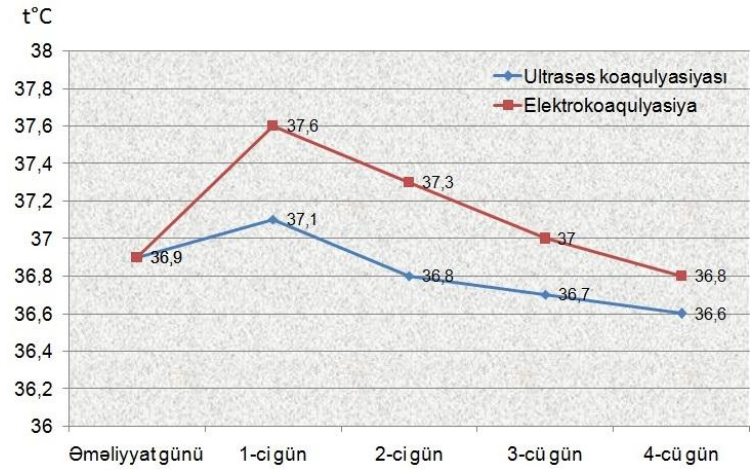
Şək. 6. Əsas qrupdakı ağırlaşmış xolesisttli xəstələrdə əməliyyatdan əvvəl və sonrakı dövrdə aminotransferazaların aktivlik göstəriciləri (p<0,05)

Əsas və nəzarət qruplarına daxil olan xəstələrin əməliyyatdan sonrakı dövrünün təhlili zamanı bir çox parametrlərə görə əhəmiyyətli fərqlər aşkar olunmuşdur. Elektrokoaqulyasiyanın istifadəsi ilə aparılan əməliyyatlardan sonrakı 1-ci gün xəstələrdə hipertermiya dürüstlüklə yüksək olmaqla (p<0,05) nəzarət qrupunda orta hesabla 37,6±0,3°C, əsas qrupda isə 37,1±0,37°C təşkil etmişdir. Hipertermiyanın davametmə müddəti də elektrokoaqulyasiyadan istifadə etməklə laparoskopik xolesistektomiya keçirmiş xəstələrdə dürüstlüklə uzun olmaqla, nəzarət qrupunda orta hesabla 2,67±0,76 gün, əsas qrupda isə 1,07±0,8 gün təşkil etmişdir (şəkil 7).

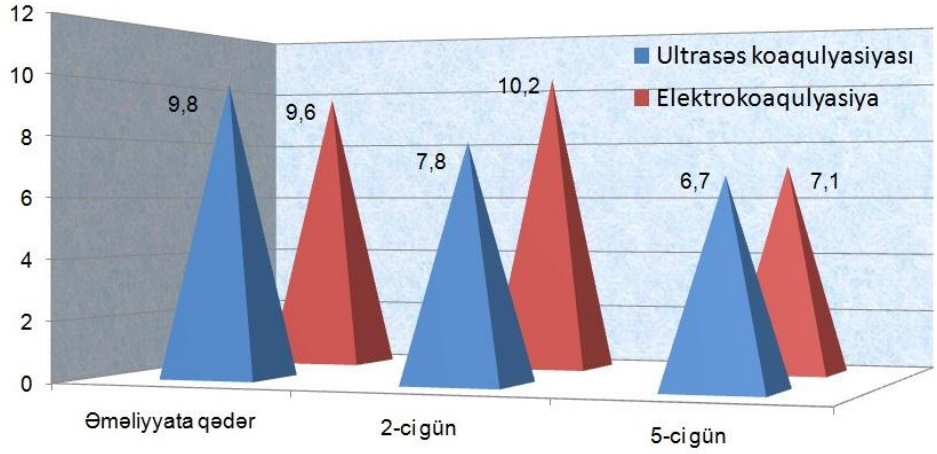
Hər iki qrupda öd kisəsi yatağından drenajlar vasitəsilə xaric olan ifrazatın miqdarı geniş intervalda (10 ml-dən 100 ml-ə qədər) dəyişmişdir. Drenaj vasitəsilə xaric olan ifrazatın həcmi ilə nozologiya arasında, eləcə də öd kisəsi yatağının işlənmə üsulları arasında statistik dürüst asılıq aşkar edilməmişdir. Lakin öd kisəsi yatağının drenləşdirilmə müddəti əsas qrupla (1,6±0,57 gün) müqayisədə, nəzarət qrupunda (2,9±1,5 gün) dürüstlüklə çox olmuşdur (p<0,05).

Əsas və nəzarət qruplarında xroniki xolesistitli xəstələrdə əməliyyatdan əvvəl və sonrakı dövrdə periferik qanda leykositlərin sayı heç bir halda normanın yuxarı həddini ($8,5x10^9$/l) aşmamışdır. Əsas və nəzarət qrupunun xəstələri arasında bu göstərici üzrə statistik dürüst fərq aşkar edilməmişdir.

Kəskin xolesistitli xəstələrdə leykositlərin sayı əməliyyata qədərki dövrdə hər iki qrupda normanın yuxarı həddini aşmış və əsas qrup xəstələrdə orta hesabla $9,8±1,73x10^9$/l, nəzarət qrupunun xəstələrində isə $9,6±1,76x10^9$/l təşkil etmişdir (p>0,05). Əməliyyatdan 2 gün sonra qanda leykositlərin sayı əsas qrupun xəstələrində dürüstlüklə normaya qədər enərək orta hesabla $7,8±1,1x10^9$/l, nəzarət qrupunun xəstələrində isə əksinə, leykositlərin sayı artaraq orta hesabla $10,2±1,8x10^9$/l təşkil etmişdir (şəkil 8).



Şək. 7. Ultrasəs koaqulyasiyası və elektrokoaqulyasiyadan istifadə olunmaqla aparılan laparoskopik xolesistektomiyalardan sonra xəstələrdə hərarət reaksiyasının dinamikası



Şək. 8. Əsas və nəzarət qrupunda kəskin xolesistitli xəstələrdə əməliyyatdan əvvəl və sonrakı dövrdə periferik qanda leykositlərin miqdarı

Nəzarət qrupunda leykositlərin sayının normallaşması əməliyyatdan sonrakı 5-ci gündə müşahidə olunmuşdur. Əsas qrupda laparoskopik xolesistektomiyadan sonra leykositlərin daha zəif nəzərə çarpan iltihabi reaksiyası, bizim fikrimizcə, ultrasəs enerjisinin təsirindən sonra öd kisəsi yatağında toxumaların minimal iltihabi reaksiyası ilə əlaqədardır. Hər iki qrupda əməliyyata qədərki dövrdə qan plazmasında aminotransferazaların aktivlik göstəriciləri heç bir halda normanın yuxarı həddini (40 vah.) aşmamışdır.

Ultrasəs enerjisindən istifadə etməklə aparılan laparoskopik əməliyyatdan sonrakı 2-ci gün ALT-nin səviyyəsi orta hesabla 48,9±10,1 vahidə, AST-nin səviyyəsi isə 44,6±9,1 vahidə qədər yüksəlmişdir. Nəzarət qrupunda isə əməliyyatdan 2 gün sonra ALT-nin səviyyəsi normadan 2,9 dəfə yüksək olmaqla 114,3±14,9 vahid, AST-nin səviyyəsi isə normadan 2,6 dəfə yüksək olmaqla 103,9±12,2 vahid təşkil etmişdir ($p<0,05$). Qeyd etmək lazımdır ki, hər iki qrupda bütün müşahidələrdə ALT-nin aktivlik göstəricisi AST-nin göstəricisindən dürüstlüklə ($p<0,05$) yüksək olmuşdur.

Müqayisə qrupunun xəstələrində ALT və AST-nin aktivlik göstəricilərinin normallaşması yalnız əməliyyatdan sonrakı 5-ci gündə müşahidə olunmuşdur. Laparoskopik xolesistektomiyadan sonrakı 2-ci gün nəzarət qrupunda ALT və AST-nin aktivlik göstəriciləri əsas qrupdakı anoloji göstəricilərdən orta hesabla 2,3 dəfə yüksəkdir ki, bu da öd kisəsi yatağına elektrokoaqulyasiya ilə müqayisədə ultrasəs koaqulyasiyasının təsiri zamanı hepatositlərin daha az termiki zədələnməyə məruz qaldığını sübut edir.

Ultrasəs koaqulyasiyasından istifadə etməklə aparılan laparoskopik xolesistektomiiyalardan sonra stasionar müalicənin müddəti əsas qrupda dürüstlüklə qısa olmuş ($p<0,05$) və orta hesabla 3,31±0,66 gün təşkil etmişdir. Nəzarət qrupunda isə bu göstərici 5,96±2,27 gün olmuşdur.

Beləliklə, apardığımız klinik tədqiqatlar onu sübut etdi ki, laparoskopik xolesistektomiya zamanı disseksiya və koaqulyasiya məqsədilə ultrasəs enerjisindən istifadə olunması bir sıra üstünlüklərə malikdir. Belə ki, ultrasəs disseksiyası və koaqulyasiyası elektrocərrahi disseksiya və koaqulyasiya metodları üçün

spesifik olan ağırlaşmalardan və təhlükəli hallardan çəkinməyə imkan verir, buna görə də ona alternativ metod kimi müvəffəqiyyətlə istifadə oluna bilər. Qeyd edilən fikirlər apardığımız tədqiqatlarda laborator və instrumental göstəricilərin müqayisəli təhlili əsasında tam təsdiqini tapmışdır.

ƏDƏBIYYAT

1. Macario A., Dexter F., Sypal J. et al. Operative time and other outcomes of the electrothermal bipolar vessel sealing system (LigaSure) versus other methods for surgical hemostasis: a meta-analysis // Surg Innov., 2008, v.15, p.284-91
2. Чуприна А.П. Электрохирургия и ультразвук / Эндоскопическая хирургия: Материалы конференции «Обеспечение безопасности эндохирургических операций». М., 2006, №2, с.57.
3. Diamantis T., Gialikaris S., Kontos M. et. al. Comparison of safety and efficacy of ultrasonic and bipolar thermal energy: an experimental study // Surg Laparosc Endosc Percutan Tech., 2008, v.18(4), p.384-90
4. Rimonda R., Arezzo A., Garrone C. et al. Electrothermal bipolar vessel sealing system vs. harmonic scalpel in colorectal laparoscopic surgery: a prospective, randomized study // Dis Colon Rectum., 2009, v.52(4), p.657-6
5. Шамирзаев Б.Н., Ачилов Ш.Д. Особенности лапароскопической холецистэктомии у больных с острыми и осложненными формами холецистита // Вестник экстренной медицины, 2009, №2, с. 11-14
6. Слобожанин М.П., Мальчиков А.Я., Мейтис В.В. Ранние и поздние послеоперационные осложнения после лапароскопической холецистэктомии / 12-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. М., 2008. с. 357-359
7. Троханов М.Ю., Шилов А.Б. Осложнения видеолапароскопической холецистэктомии / 12-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. М., 2008. с. 401-402

Резюме

Оценка влияния различных физических методов к течению раннего послеоперационного периода лапароскопической холецистэктомии

А.М.Мамедов

В работе проанализированы результаты клинического применения ультразвукового скальпеля (УЗС) при выполнении лапароскопической холецистэктомии. Все больные разделены на две основные группы. В I (контрольной) группе коагуляция, диссекция и обработка ложа желчного пузыря выполнялась МЭС, во II группе в качестве интраоперационного диссектора и коагулятора использовался УЗС с рабочей насадкой в виде ножниц. В клинической исследования анализу подверглось 155 пациентов, которые были оперированы с использованием как традиционной электрохирургии, так и УЗС. Изучены эндоскопическая изменения, происходящие под действием физических видов энергии.

Установлено, что ультразвуковая диссекция не оказывает грубого повреждающего воздействия на ткани печени. На основании полученных данных ультразвуковой скальпель рекомендован для использования на всех этапах операций, что позволяет сократить количество интра- и послеоперационных осложнений, уменьшить сроки госпитализации.

Summary

Assessment of effect a variety of physical methods to early postoperative period of laparoscopic cholecystectomy

A.M.Mammadov

The paper analyzes the results of clinical application of ultrasonic scalpel (USS) in performing laparoscopic cholecystectomy. All patients were divided into two main groups. In I (control) group, the coagulation, dissection and processing of the gallbladder bed was performed with MES, in group II as intraoperative dissector and coagulator was used USS nozzles in form of scissors. In a clinical study of 155 patients subjected to analysis, which were operated using both traditional electrosurgery and USS. Endoscopic changes occurring under the influence of the physical forms of energy also was studied.

It was found that ultrasonic dissection has no damaging effects on the liver tissue. On the basis of the ultrasonic scalpel data is recommended for use in all phases of operations, thereby reducing the number of intra- and postoperative complications, reduce the time of hospitalization.

Daxil olub: 03.10.2016

SAÇLARIN TÖKÜLMƏSİ ƏLEYHİNƏ MÜALİCƏVİ-KOSMETİK ŞAMPUNUN ALINMA TEXNOLOGİYASININ İŞLƏNİB HAZIRLANMASI

M.N. Vəliyeva, S.C. Mehralıyeva, B.S.Məmmədov

Azərbaycan Tibb Universiteti, əczaçılıq texnologiyası və idarəçiliyi kafedrası, Bakı

Açar sözlər: müalicəvi-kosmetik şampun, biyan kökünün ekstraktı, qatırquyruğu otunun ekstraktı, köpük ədədi, natrium laurilsulfat

Ключевые слова: лечебно-косметический шампунь, экстракт корней солодки, экстракт полевого хвоща, пузырчатая единица, натриум лаурисульфат

Key words: therapeutic and cosmetic shampoo, extract of licorice, horsetail extract, foam numbers, sodium laurylsulfate

Əczaçılıq texnologiyasının aktual məsələlərindən biri də saçların tökülməsi əleyhinə müalicəvi vasitələrin yaradılmasından ibarətdir. Hazırda *e*kologiyanın çirklənməsi, içməli suyun və saçlara qulluq üçün istifadə edilən suyun müasir standartlara cavab verməməsi saçlara öz mənfi təsirini göstərir. Məhz buna görədir ki, son illər istər qadın, istərsə də kişilər arasında saç tökülməsi faktı çoxalmışdır.

Saçların tökülməsinin əsas səbəbləri- irsi meyllik, immunoloji və endokrin xəstəliklər (qalxanvari vəzinin xəstəlikləri, diabet, yumurtalıqların polikistozu və s.), anemiyalar, baş dərisinin müxtəlif xəstəlikləri, sinir pozğunluqları, qeyri-sağlam həyat tərzi, vitamin, mikroelement çatışmazlıqları, qeyri-düzgün qidalanma hesab olunur. Qeyd etmək lazımdır ki, infeksion xəstəliklərdən (skarlatina, qrip və s.), zəhərlənmələrdən, psixi travmalardan, ağır həyəcanlardan, uzunmüddətli yorğunluqlardan sonra da saçların tökülməsi sürətlənə bilər. Bunlarla yanaşı, saçların tökülməsi klimaks zamanı, yeniyetmə dövründə, hamiləlik vaxtı, doğuşdan sonra hormonal fonda olan dəyişikliklər səbəbindən, həmçinin, bəzi dərmanların (kontraseptivlər, sidikqovucular, antidepressantlar, steroidlər və s.) uzun müddət ərzində qəbul edilməsindən də baş verə bilər. Əksər hallarda saçların tökülməsinin səbəbi hər hansı bir xəstəlik deyil, saçlara qeyri-düzgün qulluq göstərilməsi olur: müvafiq tələbat olmadan saçların tez-tez yuyulması, rənglənməsi, kimyəvi burulması, isti fenlə uzun müddət ərzində qurudulması və s. [1,2]. Saçlarda yaranmış bu problemi aradan qaldırmaq üçün yeni müalicəvi-kosmetik vasitələrin yaradılması olduqca vacib və aktualdır.

Dünyanın bir çox elmi-tədqiqat laboratoriyalarında, o cümlədən də Azərbaycan Tibb Universitetinin əczaçılıq texnologiyası və idarəçiliyi kafedrasında saçları möhkəmləndirmək, saçın uzanmasını stimullaşdırmaq, zədələnmiş saç strukturunu bərpa etmək üçün tərkibi bioloji fəal komponentlərlə zəngin olan bitki ekstraktları əsasında müxtəlif vasitələr: saç maskaları, balzamlar, pastalar, şampunlar yaradılmış və istehsal olunmaqdadır [1,8, 9,10,12].

Hazırkı işin **məqsədi** isə yerli xammal hesab edilən, tərkibi unikal bioloji fəal maddələrlə zəngin olan biyan kökündən alınan ekstrakt əsasında saç tökülməsi əleyhinə şampunun optimal tərkib və texnologiyasını işləyib hazırlamaq və müalicəvi-kosmetik vasitələrin çeşidini artırmaqdan ibarətdir.

Məlumdur ki, hər bir şampunun tərkibi yuyucu substansiya- səthi fəal maddələrin (kokamidopropilbetain, natriumlaurilsulfat), verilmiş şampunun lazımı xüsusiyyətini əldə etmək üçün dərman və köməkçi maddələrin (nəmləndiricilər:qliserin,pantenol) düzgün seçilməsi kimi müəyyən prinsipial sxemə əsaslanır. Eyni zamanda, şampunun tərkibinə funksional əlavələr və modifikasiyaedicilər (pH nizamlayıcılar, konservantlar və s.), estetik əlavələr, şampuna əmtəə görünüşü verənlər (ətirlər, rəngləyicilər, bulanıqlıq verənlər, konservantlar), bioəlavələr və təmizlənmiş su da daxil edilir [1,2]].

Tədqiqatın *m*aterial və metodları. Tədqiqat obyekti kimi tüksüz biyan kökünün ekstraktı, çöl qatırquyruğunun ekstraktı, sarımsaq yağı, at pitrağı yağı, jojoba yağı, natrium xlorid, maqnezium sulfat, qliserin, natrium-laurilsulfat, d-pantenol, təmizlənmiş su istifadə edilmişdir [1,2,8,11]. Müalicəvi şampunun tərkibinin seçilməsinin elmi cəhətdən əsaslandırılması məqsədəuyğun hesab olunur. Belə ki, təklif edilən şampunun tərkibinə daxil olan Biyan kökünün ekstraktı- əsasən kalium və kalsium duzları şəklində olan qlisirrizin qlikozidi ilə zəngindir.Qlisirrizin turşusu kimyəvi quruluşuna görə steroid hormonlara yaxın olub, iltihabəleyhinə təsirə malikdir. Əksər hallarda qlisirrizin turşusu dezoksikortikosteron və kortizon kimi təsir göstərir ki, onun da bu xüsusiyyəti əsasən dəri xəstəliklərinin müalicəsində tətbiq edilir. Qlisirrizin turşusu məhz hidrokortizon kimi nəticə verir. Müəyyən edilib ki, biyan ekstraktının tərkibindəki təbii birləşmələr testesteronun istehsalını 50%-ə qədər azaldır ki, bu da dərinin və saçların vəziyyətini yaxşılaşdırır. Biyandan alınan çıxarışlar şampunların və maskaların tərkibində başın dərisini qurumaqdan qorumaq, kəpək və qaşınmanı aradan qaldırmaq üçün istifadə edilir. Bundan başqa, qan dövranını yaxşılaşdırmaq hesabına saçların tökülməsini aradan qaldırır və onların strukturunu möhkəmləndirir.

Qatırquyruğu otunun ekstraktı- silisiumla zəngin olduğu üçün kollagen zülalının əmələ gəlməsinə kömək edir. Bu isə zədələnmiş tük toxumalarını bərpa edib, yeni saçları inkişaf etdirmək qabiliyyətinə malikdir. Tərkibindən ayrılan 5-qlikozid lyuteolin isə iltihabi prosesləri dayandırır, antiseptik və dezinfeksiyaedici təsir göstərir.Həmçinin qatırquyruğunun tərkibində olan vitaminlər, silisium, kalium, manqan, üzvi turşular, alkaloidlər, flavonoidlər saç soğanaqlarını möhkəmləndirmək qabiliyyətinə də malik olub, saçın strukturunu bərpa edirlər. Qatırquyruğu otunun ekstraktı saçın hamar, parıltılı, "canlı", sıx, həcmli və möhkəm olmasını təmin edir, saçları kəpəkdən azad edir, dəri örtüyündə yağlılığı azaldır, saçın uzanmasını və qan dövranını stimullaşdırır, göbələk xəstəliklərinin profilaktikasında istifadə olunu

Natrium laurilsulfat- bir çox kosmetik vasitələrdə, o cümlədən şampunlarda köpükəmələgətirici və emulsiyaedici vasitə kimi istifadə olunur. Yağları yaxşı həll etmək qabiliyyətinə malikdi

At pıtrağı yağı. Tərkibi yağ turşuları, E, D, B qrup vitaminləri, inulin, protein, aşı maddələri, mikroelementlərlə zəngindir. Yağ turşuları dəridəki quruluğu aradan qaldırır, saçları nəmləndirir, saçlarda qoruyucu örtük əmələ gətirərək, ətraf mühitin əlverişsiz təsirindən, temperatur dəyişikliyindən qoruyur. Aşı maddələri saçlara möhkəmləndirici təsir göstərir, həmçinin tökülməsinin qarşısının alır. Tərkibində olan efir yağları sakitləşdirici təsir göstərir, baş dərisində əmələ gələn kəpəyin və qaşınmanın qarşısını alır. İnulin saçı hamarlandırır və parıltı verir. B qrup vitaminlər saçın tökülməsinin qarşısını alır, saçın kökünü qidalandırır, saçı gözəl və güclü edir. Mikroelementlər hüceyrə mübadiləsini fəallaşdırır

Sarımsaq yağı. Seçilmiş inqrediyent kimyəvi tərkibinin zənginliyi ilə fərqlənir. Sarımsaq yağının tərkibində olan kükürd saçı ətraf mühitin əlverişsiz təsirindən qoruyur, saçın qırılmasının, kəpəyin və saçqıranların əmələ gəlməsinin qarşısını alır. Se mühüm mikroelement olub, saçın tökülməsinin qarşısını alır, uzanmasını təmin edir. C vitamini kollagenin əmələ gəlməsində iştirak edir, saç hüceyrələrinin vacib tikinti materialı hesab edilir. B1 vitamini saçı möhkəmləndirir, parlaqlıq verir, B6 vitamini isə baş dərisində quruluğun və kəpəyin əmələ gəlməsinin qarşısını alır. Fe eritrositlərin formalaşmasında iştirak edir. Saç soğanaqlarının oksigenlə tam doymasının təmin edir. Mn dəmirin sorulmasını stimullaşdırır, saç dərisinin xəstəliklərinin qarşısını alır, saçın uzanmasını təmin edir.

Natrium xlorid-qatılaşdırıcı vasitə kimi şampunlara əlavə edilir. Özlüllüyü və saçın asan daranmasını təmin edir .Minimum dozada istifadə edilməlidir, əks halda dəridə quruluq və qıcıqlanma yaradır, nəticədə saçın tökülməsi və keçəlləşmə baş verir.

Qliserin- nəmləndirici kimi şampunlara əlavə olunur, saçları yumşaq, parlaq və baxımlı edir, dəri hüceyrələrinin yeniləşməsini və bərpa olunmasını tənzimləyir. Yumşaldıcı komponent kimi qliserin bakterisid və konservləşdirici təsirlərə malikdir.

D-pantenol- epidermis hüceyrələrinin zədələnməsinin qarşısını alır. Saçın kutikulasını nəmləndirir, parlaqlıq verir, saçların tökülməsi əleyhinə istifadə olunur, zədələnmiş saçları bərpa edir, onların uzanmasın nizamlayır. D-pantenol iltihab-əleyhinə, antibakterial təsirə malikdir.

Konservantlar-şampunlarda mikroorqanizmlərin inkişafını dayandırır və ya onları məhv edir. Bu kosmetik vasitələr mikrooqranizmlərin inkişafı və çoxalması üçün əlverişli mühitdir. Mikroorqanizmlər yalnız məhsulu məhv etmir, eyni zamanda toksinlər də buraxır ki, bu da iltihabi proseslərə və dərinin allergik reaksiyasına səbəb olur. Məhsulun mikrobioloji təmizliyi isə onun effektiv və təhlükəsiz olmasından asılıdır

Aromatlaşdırıcılar. Məhsulun əmtəə görünüşünün formalaşmasında, xammalın qoxusunun "gizlədilməsində" iştirak edir. Bu maddələr şampunun tərkibinə daxil olan SFM və digər aktiv maddələrlə uzlaşmalı, qoxusu kəskin olmamalı, saçın qurudulması zamanı aradan qalxmalıdır**.**

Şampunlarda suyun rolu. İstehsalatda böyük əhəmiyyətə malik olan suyun şampunun tərkibindəki miqdarı şampunun növündən asılı olaraq (maye, kreməbənzər, gelәbənzər) 70-80%-ə çatır. Suyun mikrobioloji təmiz olması zəruridir. Tərkibində dəmir duzları və cod (kalsium, maqnezium) maddələrin iştirakına yol verilməməlidir. Cod duzlar şampunda köpükəmələgəlməni azaldır, dəmir fəal əlavələri parçalayır və şampunun rəngini dəyişir. Ağır metallar isə istifadə edilən suda yolverilən normadan artıq olmamalıdır.

Tədqiqat material və metodları. Tədqiq olunan şampunun çəkisi 100 qramdan az olmamalıdır. Tədqiq olunan şampunun xarici görünüşü, rəngi, qoxusu, pH göstəricisi, köpükəmələgətirmə qabiliyyəti və s. xüsusiyyətləri yoxlanılmalıdır. Bu göstəricilər standart tələblərə müvafiq olmalıdır [3,4,5,6,7].

Xarici görünüşü. Şampunun xarici görünüşü vizual olaraq 22+2°C temperaturda şəffaf tutumda müəyyən edilir.

Rəngi. Şampunun rəngi vizual olaraq 22+2°C temperaturda 15-44 mm diametrli sınaq şüşəsində sınaq nümunəsi ilə müqayisə etməklə təyin edilir.

Qoxusu. Şampunun iyi 40-45°C istiliyə malik 10%-li sulu məhlulundan istifadə olunmaqla yoxlanılır.

Hidrogen göstəricisi (pH). 10%-li şampun kütləsi ilə su məhlulunda potensiometrik təyin olunur.

Saxlanma şəraiti. Şampunlar +5°C-dən aşağı və +25°Cdən yuxarı olmayan temperaturda saxlanmalıdır. Düz düşən günəş şüaları altında və istilik cihazlarının yaxınlığında şampunların saxlanılması yolverilməzdir.

Köpükəməlgətirmə qabiliyyəti. Hazırlanmış şampundan 5,0 olmaqla nümunə ölçülüb kimyəvi stəkana yerləşdirilib üzərinə 50ml təmizlənmiş su əlavə edilir və qarışdırılır. Həllolmanı yaxşılaşdırmaq məqsədilə məhlulu 60±5°C-yə qədər qızdırmaq lazımdır. Alınmış qarışıq həcmi 1000 ml olan menzurkaya yerləşdirilir və həcm soyuq su ilə ölçüyə çatdırılır və qarışdırılır. Şampunun köpükəmələgətirmə qabiliyyəti 30 saniyədən sonra köpük sütununun hündürlüyünə əsasən millilitrlərlə təyin edilir.

Köpüyün davamlılığı isə 5 dəqiqədən sonra köpük sütununun hündürlüyünə əsasən ölçülür. İki paralel təyinat üçün orta arifmetik qiymət müəyyən edilir. Köpüyün davamlılığının yolverilən həddi 10mm-dən dən yuxarı olmamalıdır.

Cədvəl 1.

Standart göstəricilərə əsasən saç şampunlarının tərkibinə daxil olan bəzi əsas və köməkçi maddələrin normaları

Səthi fəal maddələr (100% üçün)	6,5-20,0
Köpük stabilləşdirici	1,0-3,0
Saçın strukturunu yaxşılaşdırmaq üçün əlavə	0,1-3,0
Bitki xammallarının sulu-spirtli və ya sulu-spirtli- qliserinli ekstraktları (vitaminləşdirici əlavələr kimi)	0,01-15,0
Kondisioner (saç havalandırıcısı)	0,01-1,0
Qatılaşdırıcı əlavə	0,1-5,0
pH stabilləşdirici	0,01-0,5
Konservləşdirici maddə	0,001-1,0
Otduşka (ətirləndirici maddə)	0,4-2,0
Suyun codluğunu azaldan maddə	0,01-0,3
Təmizlənmiş su	qalanı

Alınmış nəticələr və onların müzakirəsi. Standart göstəricilərə əsasən saç şampunlarının tərkibinə daxil olan bəzi əsas və köməkçi maddələrin normaları verilmişdir:

Cədvəl 2

Müalicəvi-kosmetik şampunların tərkibi

İnqrediyentlər	I kompozisiya	II kompozisiya	III kompozisiya
	TƏRKİB, ml-lə		
Biyan kökünün ekstraktı	0,5	-	0,5
Qatırquyruğu otunun ekstraktı	-	5,0	2,5
Sarımsaq yağı	0,3	-	0,5
At pıtrağı yağı	0,5	2,0	1,0
Natrium laurilsulfat	10,0	5,0	11,0
Maqnezium sulfat	-	10,0	-
Natrium xlorid	8,0	-	2,0
Qliserin	3,0	60,0	5,0
MS	1,0	-	3,0
D-pantenol	0,5	-	2,0
Limonun efirli yağı	0,4	-	0,6
Çay ağacının efirli yağı	0,5	-	0,7
Lavandanın efirli yağı	-	0,55	-
Limon turşusu	0,18	-	0,4
Salisil turşusu	0,06	-	0,4
Təmizlənmiş su	100,0 ml-ə kimi	100,0 ml-ə kimi	100,0 ml-ə kimi

Tədqiqat işimizdə göstərilən normaları nəzərə alaraq tərəfimizdən 3 tərkibdən ibarət kompozisiya işlənib hazırlanmışdır (cədvəl 2).

1-ci və 3-cü kompozisiyalı şampunun hazırlanması aşağıdakı texnologiya üzrə həyata keçirilmişdir.

İlkin mərhələdə reaktora su yüklənir və sistemin temperaturu 40°C-yə çatdırılır. Üzərinə natrium lauril sulfat və natrium-xlorid əlavə edilir, tam həll olana kimi qarışdırılır. Növbəti mərhələdə sistemin temperaturu 30°C-yə kimi soyudulur. Bundan sonra ardıcıllıqla metilsellüloza geli (əvvəlcədən hazırlanmış), qliserin, d-pantenol, bitki yağları və ekstraktları, limon turşusu yüklənir və qarışdırılır. Sistem tam soyuduqdan sonra aromatlaşdırıcı və konservləşdirrici maddələr əlavə edilib qarışdırılma yetirilir. Son mərhələdə qablaşdırma, markalanma və tərtibata salınma həyata keçirilir (Şək.1).

2-ci kompozisiyalı şampun isə aşağıdakı texnologiya üzrə hazırlanır. I mərhələdə maqnezium sulfat, natrium laurilsulsat və qliserin əzilir. II mərhələdə qatırquyruğu ekstraktı əlavə edilir. III mərhələdə bitiki yağları su ilə emulsiyalaşdırılır. IV mərhələdə efir yağı əlavə edilib qarışdırılma əməliyyatı yerinə yetirilir.

Məlumdur ki, tədqiq olunan şampunların effektivliyi onların funksional xüsusiyyətləri ilə müəyyən edilir. Bu isə ilk növbədə SFM-in iştirakı ilə xarakterizə olunur. Tədqiqat işimizdə müxtəlif dozalarda olmaqla köpüklənmə qabiliyyəti yüksək olan natrium laurilsulfat tərkibli şampunlara üstünlük verdik. Həmçinin hazırlanmış şampunlarda orqanoleptik xüsusiyyətlər: xarici görünüş, konsistensiya, qoxu və rəngin iştirakı da müəyyən edildi. Tədqiq olunan şampunlarda hidrogen ionlarının qatılığı, köpükəmələgətirmə qabiliyyəti və köpüyün davamlılığı da yoxlanıldı. 1-ci və 2-ci kompozisiyalarda natrium xloridin və maqnezium sulfatın miqdarının artıq götürülməsi mühitin reaksiyasının qələviliyə doğru dəyişməsinə səbəb olmuşdur. Alınmış nəticələr cədvəl 2-də verilmişdir.

Cədvəldən göründüyü kimi, 3-cü kompozisiyalı şampunda köpükəmələgətirmə qabiliyyəti və köpüyün davamlılığı digər şampunlarla müqayisədə nisbətən yüksəkdir.

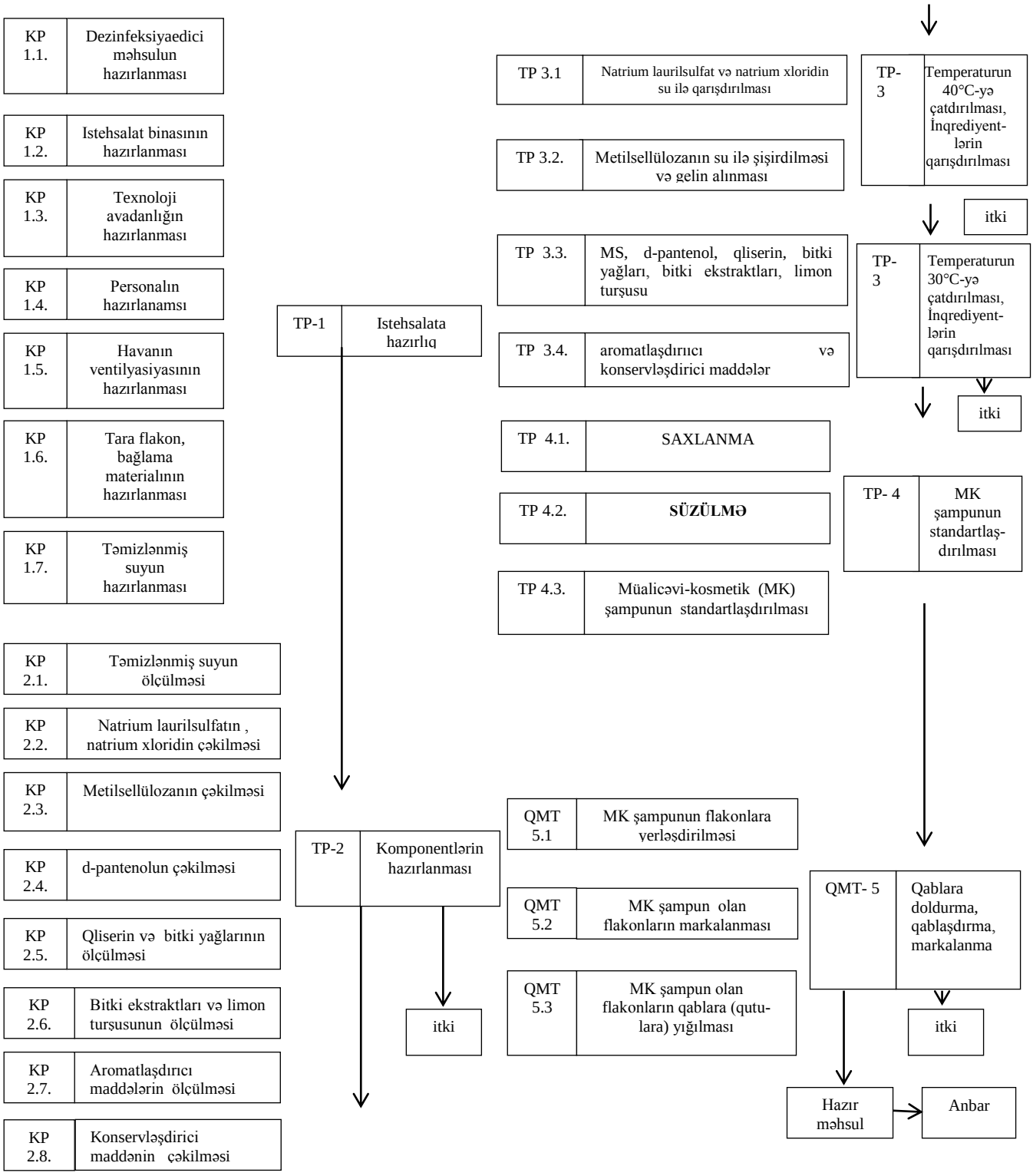
Həmçinin, tədqiq olunan şampunların antimikrob fəallıqları öyrənilərək, müəyyən edilmişdir ki, 3-cü kompozisiyalı şampunun antimikrob fəallığı digər şampunlara nisbətən daha güclüdür. Qeyd olunanlara əsasən gələcək tədqiqatların məhz 3-cü tərkib üzərində aparılması nəzərdə tutulmuşdur.

Beləliklə, ədəbiyyat məlumatlarının təhlili və müvafiq eksperimental tədqiqatlar bir daha göstərdi ki, tərkibə daxil edilən komponentlər elmi-əsaslı seçilmişdir, onların əsasında işlənib hazırlanmış müalicəvi-kosmetik şampun isə saç tökülməsi əleyhinə vasitə kimi istifadə oluna bilər.

Cədvəl 2

Nümunələrin fiziki-kimyəvi göstəricilər üzrə xüsusiyyətləri

№	Tədqiq olunan göstəricilər	Nümunələr		
		1	2	3
1	Xarici görünüş	Eynicinsli hərəkətli maye	Kreməbənzər eynicinsli kütlə	Gelləbənzər eynicinsli kütlə
2	Rəng	Açıq-qəhvəyi rəngli	Sarımtıl rəngli	Qəhvəyi rəngli
3	Qoxu	Şirintəhər ot iyli	Zərif aromatlı, ot iyli	Xoşagələn şirintəhər iyli
4	Hidrogen göstəricisi	6,2	6,9	5,0
5	Köpükəmələgətirmə qabiliyyəti: köpük ədədi, mm köpüyün davamlılığı, mm	 270 0,81	 200 0,78	 320 0,92



Şək.1. Müalicəvi-kosmetik şampunun istehsalının laborator texnoloji sxemi

Qeyd. KP-köməkçi proses, TP-texnoloji proses, QMT-qablaşdırma, markalanma, tərtibata salma

ƏDƏBİYYAT

1.Vəliyeva M.N. Müalicəvi-kosmetoloji dərman vasitələri.Kosmetologiya. Dərslik. Bakı, "Təbib" nəşriyyatı, 2016, 368s.

2.Башура А.Г., Гладух Н.П. Технология косметических и парфюмерных средств Изд-во НФАУ Золотые страницы, 2002, 272 с

3. ГОСТ Р 52345-2005. Изделия косметические гигиенические моющие. Общие технические условия. М.: Изд-во стандартов, 2006, 9с.

4. ГОСТ Р 51391-99. Изделия парфюмерно-косметические. Информация для потребителя. Общие требования. М.: Изд-во стандартов, 2000, 9с.

5.ГОСТ ГОСТ 29188.2-91. Изделия косметические. Метод определения водородного показателя, pH. М.: Изд-во стандартов, 1992, 4с.

6.ГОСТ 22567.1-77.Средства моющие синтетические. Метод определения пенообразующей способности. М.: Изд-во стандартов, 1978, 6с.

7.ГОСТ 32048-2013 Продукция парфюмерно-косметическая. Термины и определения 38 с.

8.Головань А.В., Благоразумная Е.Ю. Разработка составов шампуней для укрепления волос с экстрактом травы хвоща полевого жидкого / Материалы IV Всероссийской научно-практической кон ференции. Пятигорск, 2015, с.56-58

9.Сидоркина О.М., Кучумова Л.Я. Средство для укрепления волос. Па-тент Российской Федерации. 10.03.1997

10.Чигарина К.М.; Алавердиев Ибрагим Мусейб Оглы; Алавердиева С.И.; Шарохина А.И.; Гудошникова Композиция для мытья волос. Патент РФ RU(11)2170570(13)C1.17.09.2007

11.Ягодка В.С. Лекарственные растения в дерматологии и косметологии Издательство: Киев: Наукова думка, 1992, 272с.

12.Mehraliyeva S., Mammadzade A., Alakbarova A. Development of mont-morillonite based paste / 1st Baku International Medicinal Congress, 2-3 may, 2014, p.42-43

Резюме

Разработка технологии получения лечебно-косметического шампуня против выпадения волос

М.Н. Велиева, С.Д. Мехралиева, Б.С.Мамедов

Учитывая важность в настоящее время проблемы выпадения волос, была разработана технология получения лечебно-косметического шампуня с оптимальным составом. Лечебно-косметичсекий шампунь состоит из полученных из местного растительного сырья экстрактов (солодка и хвощ) и вспомогательных веществ (натриум лаурилсульфат, масло репейника, чесночное масло, глицерин, д-пантенол, метилцеллюлоза, натриум хлорид, эфирное масло лимона, эфирное масло чайного дерева, лимонная кислота, салициловая кислота, очищенная вода). Были изучены кекоторые показатели качества приготовленного шампуня (pH- 5,0; способность вызывания пены – 320 мм; продолжительность сохранения пены- 0,92 мм и др.) и внедрена схема его лабораторного изготовления. Установлено, что изготовленный шампунь обладает антибактериальной способностью.

Summary

Development of technology for the production of medical-cosmetic shampoo against hair loss

M.N. Veliyeva, S.D. Mehraliyeva, B.S. Mamedov

Given the importance at the present time of the problem of hair loss, the technology of obtaining a cosmetic shampoo with the optimal composition was developed. The cosmetic and cosmetic shampoo consists of extracts (licorice and horsetail) derived from local vegetable raw materials and auxiliary substances (sodium lauryl sulfate, burdock oil, garlic oil, glycerin, d-panthenol, methylcellulose, sodium chloride, lemon essential oil, tea tree essential oil, Citric acid, salicylic acid, purified water). We studied the quality parameters of the prepared shampoo (pH 5.0, foam generation capacity - 320 mm, duration of foam storage - 0.92 mm, etc.) and introduced a scheme for its laboratory production. It is established that the shampoo produced has antibacterial ability.

Daxil olub: 05.10.2016

ORTA ƏSR ŞƏRQ ALİMLƏRİNİN LATIN DİLİNƏ TƏRCÜMƏ EDİLMİŞ ƏSƏRLƏRİ

E.M.Hacıyeva, İ.R.Cahangirov
Azərbaycan Tibb Universiteti, Latin Dili Kafedrasi, Bakı

Açar sözlər: latın dili, Şərq, orta əsr , alimlər, əsərlər
Ключевые слова: латинский язык, Восток, средневековье, ученые, труды
Key words: Latin language, orient, medieval, scientists, works

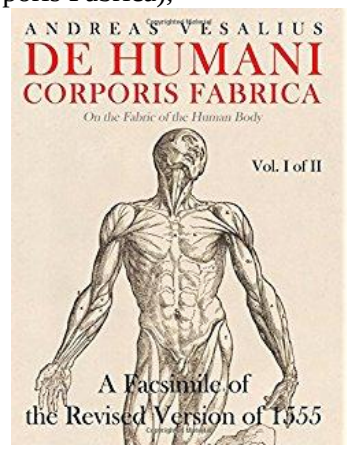
Latın dili hind-avropa sisteminin qədim dilləri sırasına daxildir. Bu dil öz adını Apennin yarımadasının Tibr çayı sahilində yaşayan Latınyan tayfasının adından götürmüşdür.

Latın dilinin ilkin yazılı sübutları hələ e.ə VII əsrə aiddir. E.ə I əsrdə latın dili inkişafının ən yüksək pilləsinə çataraq öz formalaşma prosesini bitirmişdir. Bu dövrə dünya mədəniyyətinə poeziyanının və ədəbi nəsrlərin möhtəşəm nümunələrini vermiş görkəmli roma yazışıları: Siseronun Sezarın,Lukresinin, Vergilinin, Qorasinin, Ovidinin yaradıcılığı aiddir. Bizim eranın VIII-IX əsrlərində bu dil orta əsrlərin bütün minillik tarixiində Avropada elmi və dini dil olaraq qalırdı. XVII-XVIII əsrlərdə latın dili beynəlxalq elmi dil kimi öz rolunu bütövlüklə saxlamışdır. Fransız filosofları Dekart və Qassendinin ,holland filosofu Spinozanın,ingilis yazıçısı Bekonun və Qobsun,alman filosof və riyaziyyatçısı Leybnisin əsərləri məhz latın dilində yazılmışdır.

XX əsr ərzində latın dili Avropa xalqlarına ünsiyyət vasitəsi kimi xidmət edərək yunan və roma mədəniyyətinin geniş yayılmasına şərait yaratmışdı. İntibah dövründən (XIV-XVII əsrlər) bizə latın dilində olan çoxsaylı tibbi əsərlər gəlib çatmışdır. Bunlar XVI əsr həkimlərinin tibbi traktatlarıdır. Bura Andreas Vezalinin "İnsan orqanizminin quruluşu" əsəri (De Humani Corporis Fabrica),

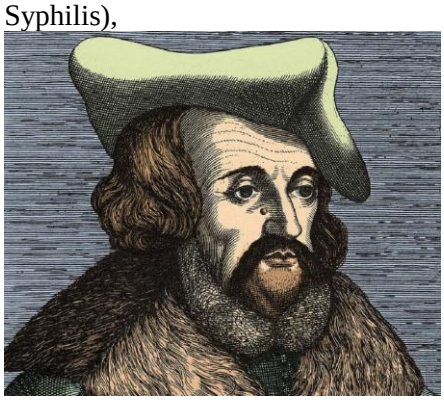


Vesalius Andreas (XVI əsr)

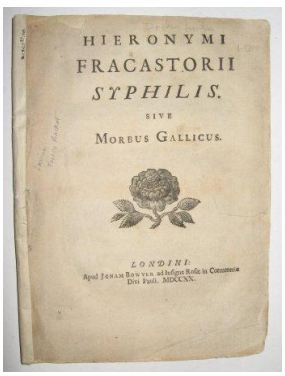


De Humani Corporis Fabrica (1543)

Cirolamo Frakasteronun "Yoluxucu xəstəliklər və onların müalicəsi" əsəri (Heyronymi Fracastori Syphilis),

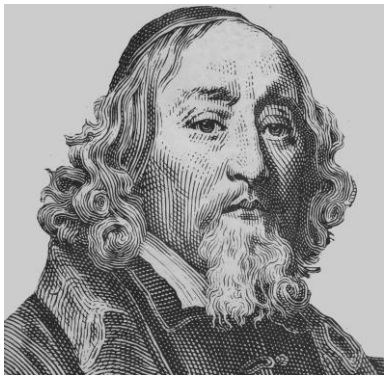


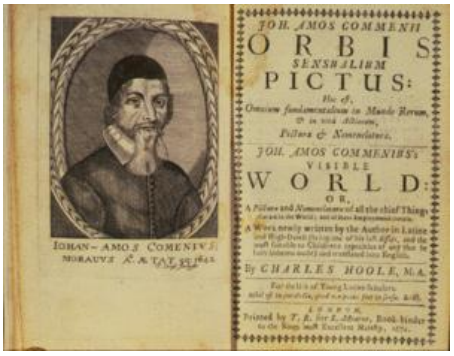
Cirolamo Frakastero (XVI əsr)

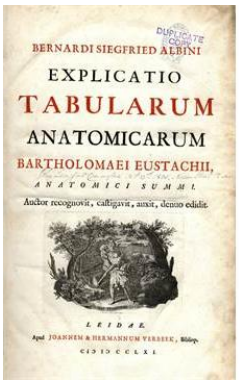


Heyronymi Fracastori Syphilis

Yan Amos Kamenskinin "Canlı aləmin şəkillər ilə təsviri" əsəri (Orbis Sensualium Pictus)







Yan Amos Kamenski (XVI əsr) **Orbis Sensualium Pictus**

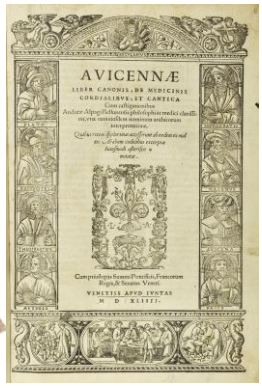
Eustaxio Bartolomeyin "Anatomik işlər" əsəri (Romanae Archetypae Tabulae Anatomicae) və digərləri aiddir.

Məlumdur ki Orta əsrlərdə Şərq alimləri tibb və əczaçılıq üzrə əsərlərinin fars, ərəb və türk dillərində yaradırdılar. Əlyazma kitabları xəttatlar tərəfindən yaradılır, təbii dəri ilə cildlənir, dərman bitkilərinin, heyvanların, mineralların rəngarəng, şəkilləri ilə bəzədilirdi. Bu əsərlərdən ən məşhurları latın dilinə tərcümə edilib, Avropaya yayılmışdırlar.

Orta əsr alimləri içərisində xüsusi yeri mərkəzi asiyalı mütəfəkkir, filosof həkim, naturalist Əbu Əli İbn Sina (lat. Avicenna 980-1037) tutur. Bütün həyatını elmə həsr edən ibn Sina müxtəlif sahələrdə olmaqla 400-dən çox əsər yazıb ki, bunların da 20-dən çoxu fars,digərləri isə ərəb dilindədir. İbn Sinanın tibb traktalarının işərisində son dərəcə əhəmiyyətli əsas kitabı "Əl-Qanun fit-t Tibb" (Tibb elminin qanunu) əsəridir. 5 cildlik əsələrdə alim qədim dövrlərdə başlayaraq öz sələflərinin əməyi sayəsində tibbidə baş verən naliyyətlərini, elecə də İbn Sinanın şəxsi müşahidələrinin nəticələrini,zəngin təcrübəsini və nəzəri nəticələrini əks etdirmişdir.İbn Sina dəfələrlə Azərbaycanda olmuş və öz fundamental əməyin çox hissəsini Həmədanda yazmışdır. İbn Sina "Əl-Qanun fit-t Tibb" əsərində qeyd ordakı suyun keyfiyyətini yoxlamaq üçün göndərilmişdir.

1030–cu ildə yazılmış "Əl-Qanun fit-t Tibb"əsəri nəinki Şərq təbabətinə , eləcə də, o zaman tamamilə məhv olmuş orta əsr Avropa tibbinə də təsir göstərmişdir. Artıq XII əsrdə kitab latın dilinə tərcümə olunmuş və Avropanın ən nüfuzlu universitetlərində yayılmışdır. Əsər XII əsrdə Fridrix Barbarossanin əmri ilə Qerard Kremon tərəfindən latın dilinə tərcümə olunmuş və çoxsaylı əlyazmalar şəklində yayılmışdır. Latın mətni 1473-cü ildə nəşr olunmuş, ərəbcəsi isə 1593-cü ildə Mediçi nəşriyyatında çap olunmuşdur. Artıq **XV** əsrin son 30 ilində "Əl-Qanun fit-t Tibb" əsərinin 16 latın, 1 yəhudi dilində nəşri var idi.







Əbu Əli İbn Sina
(lat. Avicenna 980-1037)

"Əl-Qanun fit-t Tibb".
II cild, 1943cü ilin əlyazması

Əbu Bəkr Məhəmməd ibn Zəkəriyyə ər-Razi erkən orta əsrlərin görkəmli filosof, həkim, kimyaçısı olmuşdur. Həyatının çox hissəsinin o , yaratmış olduğu və rəhbərlik etdiyi xəstəxanın yerləşdiyi Bağdadda keçirmişdir. Ər-Razinin bizə gəlib çatan əsərləri onun çoxyönlü bacarığının sübutudur. Qırtlaqdan yad cisimlərinin xaric olunması üçün istifadə olunan alətin ixtirası və tibbdə pambıqdan istifadə edilməsi Ər-

Razinin adı ilə bağlıdır. Ər-Razi ərəb ədəbiyyatında ilk dəfə 25 cildlik "Tibb haqqında hərtərəfli kitab" adlı tibbi ensiklopedik kitab tərtib etmişdir. Hər bir xəstəliyi izah edərkən o yunan,suriyada ərəb,fars,hindistan yazışılarının mövqeyi baxımından təhlil etmişvə sonra öz müşahidələrini və nəticələrini bildirmişdi. XII əsrdə "Kitab əl-Havi" latın dilinə. Daha sonra isə digər avropa dillərinə tərcümə olunmuşdur və 100 illərlə tibbi biliklərin əsas mənbəyi olmuşdur. Ər Razinin digər ensiklopedik əsəri 10 cildlik "Tibb kitab" əsəridir ki, burda Ər Razi o dövrə aid patalogiya, dərmanla müalicə, pəhriz, gigiyena, cərahiyyə, toksikoloji və yoluxucu xəstəliklər sahəsində olan tibbi bilgiləri ümumiləşdirmişdir. XII əsrdə o latın dilinə tərcümə olunmuş, 1497-ci ildə isə Venesiyada nəşr olunmuşdu. Ər Razinin digər "Çiçək və Qızılca haqqında"əsəri xüsusi əhəmiyyət kəsb edir və bir çox müəlliflər bu əsəritibb ədəbiyyatında ərəbcə yazılmış orta əsrin ən orginal işi hesab edirlər. Bu möhtəşəm əsərin ilk nəşri 1498-ci ildə Venesiyada olmuşdur, sonra isə Avropada latın yunan,fransız,ingilis dillərində dəfələrlə çap olunmuşdur. Bu əsərin 1766-cı ildə çap olunmuş London nəşri çox məşhurdu.

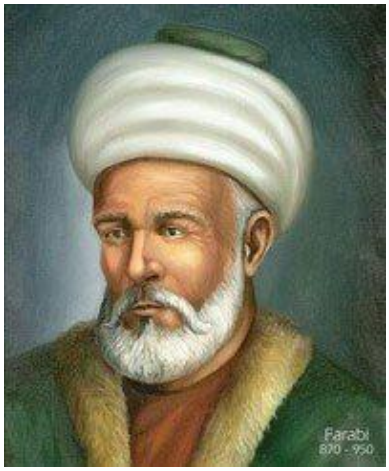


Əbu ər-Razi
(lat. Rhazes 850-923)

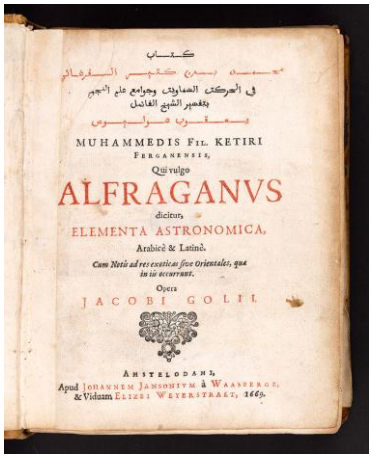


"Kitab əl-Havi fit-tibb" XIII əsr
"Tibb haqqında hərtərəfli kitab"

Bu dövrdə Orta Asiyada çoxlu görkəmli alimlər yaşayırdı və onlar feodal zülmunə və ruhanilərin müqavimətinə baxmayaraq böyük uğurlar əldə etmişdilər. Riyaziyyatçı, astronom, çoğrafiyaşünas Əhməd ibn Məhəmməd əl Fərqani (lat. Alfraganus) da IX əsrdə yaşamışdır. Onun "Astronomiyanın əsasları" adlı möhtəşəm işi astranomik biliklərin ensiklopediyası hesab olunur. O, burda o dövrdə olan astranomik bilikləri toplamış və öz sələfilərinin metodlarını yaxşılaşdırmışdı, o cümlədən Ptolomeyin düzgün olmayan fikirlərini tənqid etmişdi. Bu əsərdə Əl Fərqani ilk dəfə olaraq planetimizin quruluşu haqqında fərziyyəni irəli sürmüşdü. Əl Fərqaninin əsərləri latın və digər Avropa dillərinə tərcümə olunmuş, hələ IX əsrdə Avropada geniş yayılmışdı.



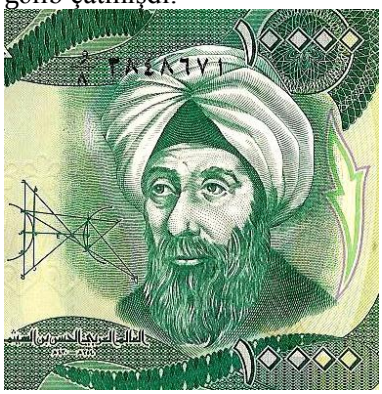
Əhməd ibn Məhəmməd əl Fərqani
(lat. Alfraganus IX əsr)

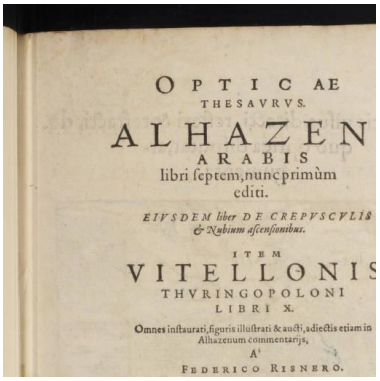

MUHAMMEDIS FIL. KETIRI
FERGANENSIS,
Qui vulgò
ALFRAGANVS
dicitur,
ELEMENTA ASTRONOMICA,
Arabicè & Latinè.
JACOBI GOLII

"Astronomiyanın əsasları"

Orta əsrlərdə müsəlman həkimləri anatomiya və cərrahiyyənin də müəyyən sahələrinin inkişafına öz töhfələrini vermişlər. Bu əsasən də oftomologiya sahəsində daha parlaq əks olunmuşdu. Avropada Alhazen adı ilə tanınan məşhur yunan astronomu İbn əl-Həsən (965-1039) heyvanların gözlərinin quruluşu öyrənərkən göz daxilində şüanın sınmasını ilk dəfə olaraq müəyyən etmiş hissələrinə ad vermişdi (buynuz qişa, şüşəyəbənzər cisim və s.). Həsənin "Optika haqqında iş" ("Kitabi əl Mənazir") əsəri onun adını qərbi

və şərqi Avropada ölkələrində məşhur etmişdi. Çox təssüfki, əsərin ərəb əsli saxlanılmamışdı. Onun "Opticae thesaurus Alhazeni arabis" ("Əl-Həsənin qızıl optikası") adlı latın tərcüməsi isə bu dövrə qədər gəlib çatmışdı.



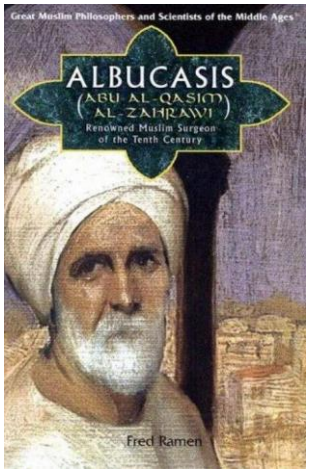


İbn əl-Həsən
(lat. Alhazen 965-1039)

"Opticae thesaurus Alhazeni arabis"
"Əl-Həsənin qızıl optikası

Əbu əl-Qasım Xələf ibn Abbas əz-Zahravi (lat. Abulcasis 936-1013) orta əsrlərdə ərəbdilli ölkələrin ən görkəmli cərrahı hesab olunurdu. O, Kordova yaxınlığında İspaniyada doğulmuşdur. Müsəlman İspaniyasının əsas elmi mərkəzləri

Kordova, Qranada, Malaga universitetləri idi. Cərahiyyənin tarixi inkişafında Əz- Zahravi antik tiblə Avropanın intibah dövrünün tibbi arasında birləşdirici amil hesab olunur.Bu hal Əl Zahravinin əsərləri latın dilinə tərcümə olunub , Qərbi Avropada qəbul olunandan sonra baş verdi. Əz-Zahravi antikcərrahiyyə ilə müqayisədə irəliyə doğru böyükaddım atmışdır. O, cərrahi əməliyyatlarda kauterizasiya üsulu tətbiq etmişdi. Əl Zahravi bu üsulu çox qiymətləndirirdi və onu dəri zədələnməsindən və digər xəstəliklərdə müvəffəqiyətlə istifadə edirdi.Əl Zahravinin "Kitabi at tasrif" (Cərrahiyyə və alətlər) adlı 30 cildlik ensiklopedik kitabında alimin bütün həyat təcrübəsi cəmlənmişdir. Bu möhtəşəm əsrə ilk dəfə XII əsrin ikinci yarısında latın dilinə tərcümə edilib, dəfələrlə çap olunmuşdur və 5 əsr ərzində orta əsr Avropa cərrahlarının stolüstü vəsaiti idi.





Əbu əl-Qasım əz Zahravi
(lat. Abulcasis 936-1013)

"Maqalat-ün salasun" XIII əsrin əlyazması

Bu sıranı davam edə bilərik və bütün bunlardan belə nəticəyə gəlmək olar ki, Şərq alimlərinin əsərlərinin Avropaya yayılmasında latın dilinin rolu danılmazdır. Əminliklə deyə bilərik ki, latın dilinin vasitəsi ilə Şərqin zəngin təbabəti nəinki Avropaya, hətta bütün dünyaya hələ orta əsrlərdən təsir etmişdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Cahangirova I.R., Hacıyeva E.M. Latın dili və stomatoloji terminlər, Bakı: "Təbib", 2016, 242s.
2. İbrahimov Ş.Ş., Məmmədəliyev M.İ. Latın dili və tibb terminlərin əsasları. Bakı, 2002, 327 s.
3.Hüseynov B.M., Əliyeva Z.İ. Latın dili və əczaçılıq terminləri. Bakı: Şirvannəşr, 2010, 250 s.
4.Məhərrəmova M.H. Latın dili və tibbi terminologiya. Bakı: 2012, 196 s.

5. Qasımov X.S. Orta əsrlərdə Azərbaycan mədəniyyəti. Bakı: Aspoliqraf, 2008, 448 s.

6. Rüstəmov A.I., Mehdiyeva S.A. Orta əsr Şərq təbabətinin inkişafı tarixindən. Bakı: Təbib, 1994, 54 s.

7. Абу Али ибн Сина. Канон врачебной науки. Т.II. Перевод с арабского Ю.Н.Завадского и С.Мирзаева. Ташкент: ФАН, 1981, 832 с.

8. Абу ал-Касим аз-Захрави. Трактат о хирургии и инструментах. Издание текста, перевод с арабского, предисловие и указатели З.М.Буньядова. М.: Наука, 1983, с.284-317.

9. Алекперов Ф.У. Медицина в древнем и средневековом Азербайджане // I Respublika elmi konfransının materialları. «Azərbaycanda tibb elminin tarixi problemləri». Bakı, 2005, s. 16-36.

10. Алекперли Ф.У. Тысяча и один секрет Востока. Том I. Баку: Нурлан, 2008, 492 с.

11. Алекперли Ф.У. Тысяча и один секрет Востока. Том II. Баку: Нурлан, 2008, 464 с.

12. Гаджиева Э.М. Труд Мухаммада Мумина «Тухфат ал-Муминин» как ценный источник по средневековой медицине. Дисс. ... док.фил. по ист. Баку, 2014, 150 с.

13. Каталог рукописей в области медицины. Под ред. Ф.М.Сеидова. Рукопись из коллекции ИР НАН Азербайджана. Шифр 1166/23. с. 431-451 (на азерб. яз).

14. Солопова М.А. Гален. Античная философия: Энциклопедический словарь.М.,2008,с.245-251.

15. Средневековые азербайджанские трактаты по медицине. «Мухаммад Йусиф Ширвани. «Тиббнаме». Мухаммад Мумин. «Тухфат ал-Муминин». Предисловие, перевод и комментарии А.М.Фарзалиева и Ф.У.Алекперова. СПб: Изд. Санкт-Петербургского университета, 2002, 210 с.

16.Чернявский М.Н. Латинский язык и основы фармацевтической терминологии. М.: Медицина, 1984, 320 с.

17. Цисык А. З. Латинский язык. ТетраСистемс, 2009, 448 с.

16. Alakbarli Farid. Azerbaijan: Medieval Manuscripts. History of Medicine. Medicinal Plants. Baku: Nurlan, 2006, 125 p.

18. Alakbarli Farid. Medical Manuscripts of Azerbaijan. Baku: Heydar Aliyev Foundation, 2006, 220 p.

19. Tsarong T.J. Hand Book of Traditional Tibetal Drugs. Kalimphong: 1986, 101p.

20. Ulman M. Islamic medicine. Edinburg: 1987, 250 p.

Резюме

Труды ученых средневекового Востока, переведенные на латинский язык

Э.М.Гаджиева, И.Р.Джахангирова

В статье говорится о неоценимом вкладе ученых-энциклопедистов Средневекового Востока в развитие мировой науки, в т. ч. медицины. Описываются их бесценные труды, переведенные на латинский язык.

Summary

The works of the medieval East scientists translated into Latin language

E.M.Hajiyeva, İ.R.Jahangirova

The article refers to the invaluable contribution of medieval East scientists in the development of world science and medicine. Describe their great works, translated into Latin language.

Daxil olub: 12.10.2016

AĞCİYƏR XƏRÇƏNGİNİN DİAQNOSTİKASINDA ULTRASƏS MÜAYİNƏSİNİN İMKANLARI

A.Y.Mehtiyeva

Azərbaycan Tibb Universiteti, Şua diaqnostikası və şua terapiyası kafedrası, Bakı

Açar sözlər: ultrasəs müayinəsi, ağciyər xərçəngi, şua diaqnostikası
Ключевые слова: ультразвуковое исследование, рак легкого, лучевая диагностика
Key words: ultrasonography, lung cancer, radiological diagnostics

Müasir dövrdə ağciyər xərçəngi sırf tibbi problem cərçivəsindən çıxaraq sosial xarakter daşıyan problemlərdən biri sayılır. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) məlumatlarına əsasən, xərçəng xəstəliyi dünyada ölüm səbəbləri arasında əsas yer tutur: təkcə 2012-ci ildə xərçəng xəstəliyindən 8,2 milyon ölüm qeydə alınmışdır [9]. İl ərzində bu patologiyadan ölüm hallarının əksəriyyəti ağciyər, mədə, qaraciyər, yoğun bağırsaq və süd vəzi xərçənginin payına düşür. Son statistik məlumatlar bu xəstəliyin rast gəlmə tezliyində artımın olmasını sübut edir [3,4].

ÜST-nın GLOBOCAN - 2012 layihəsi çərçivəsində verilən proqnozlara görə, xərçəng xəstəliyinin tezliyi 2012-ci ildə 14 milyondan yaxın 20 ildə 22 milyona qədər artacaq [10].

Ağciyər xərçəngi ilə xəstələnmə sayında artım bütün ölkələrdə müşahidə edilsə də, onun erkən mərhələlərdə diaqnostika və tam müalicə yolları hələ ki tapılmayıb. Son illərdə ədəbiyyatda müxtəlif ağciyər xəstəliklərinin diaqnostikasında ultrasəs müayinəsinin (USM) imkanları haqqında məlumatlar meydana çıxıb [1,2,5,7,8,11].

Tədqiqatın məqsədi ağciyər xərçənginin müxtəlif formalarının ultrasəs semiotikasının təyinində USM-nin diaqnostik imkanlarının öyrənilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Bizim tərəfimizdən 135 xəstədə ağciyərdə bədxassəli prosesin exoskopik əlamətləri öyrənilmişdir. Patoloji törəmənin exolokasiya imkanlarının qiymətləndirilməsi və onun döş qəfəsi ilə təması sahəsinin aşkarlanmasını sürətləndirmək üçün USM-dən öncə döş qəfəsi orqanlarının iki proyeksiyada rentgenoqrafiyası aparılmışdır.

Törəmə datçiklə müxtəlif maillik bucaqları altında, boylama və köndələn səthlər üzərində skan olunub. Onun ölçüləri, exogenliyi, exostrukturu, konturları, ətraf toxumalarla qarşılıqlı münasibəti, tənəffüs zamanı hərəkətliliyi qiymətləndirilib. Ekssudatın mövcudluğu, onun həcmi və exostrukturunun müəyyən olunması məqsədi ilə mütləq qaydada plevral boşluğun müayinəsi də aparılmışdır. İntraaortopulmonar və paratraxeal limfa düyünlərinin metastatik zədələnməsinin istisnası məqsədilə yuxarı divararalığı sahəyə supra- və parasternal baxılıb. Ehtiyac yarandığı təqdirdə körpücüküstü və ön boyun nahiyəsində yerləşən limfa düyünləri müayinə olunub.[6]. Bütün tədqiqatlar cərrahi müdaxilənin nəticələri, həmçinin cərrahi və biopsiya materiallarının histoloji tədqiqinin məlumatlarına əsasən verifikasiya olunub.

Nəticələr və müzakirə. 135 xəstənin 65-də ağciyərin periferik xərçəngi, 63-də ağciyər seqmentinin və ya payının obturasion atelektazı (onların arasında 9-da bilavasitə ağciyər kökündə törəmə aşkarlanıb), 7 xəstədə isə qeyri-epitelial şiş aşkar olunub. Şiş etiologiyalı ekssudativ plevrit 25 pasientdə aşkarlanıb, onlardan 14-də o, bədxassəli prosesin digər ultrasəs əlamətləri ilə müştərək , 8-də isə ağciyər xərçənginin yeganə əlaməti olub.

Ağciyər xərçənginin exoskopik semiotikası düz və dolayı əlamətlərdən ibarətdir. Düz əlamətlərə şişin bilavasitə vizualizasiyası, dolayı əlamətlərə isə ağciyər seqmentinin və ya payının obturasion atelektazı, mediastinal və ya körpücüküstü limfa düyünlərin böyüməsi və ekssudativ plevrit aid edilir. Periferik xərçəngdə bədxassəli törəmənin özü, mərkəzi xərçəngdə isə bir qayda olaraq endobronxial obstruksiyanın nəticəsi- pay atelektazı- vizualizasiya edilmişdir. Limfa düyünlərinin böyüməsi və ya plevral ekssudat şiş prosesinin yayılma dərəcəsinin sübutu kimi qiymətləndirilmişdir.

Ağciyərin periferik xərçənginin (APX) ultrasəs mənzərəsi 3 əsas formada təsnif edilmişdir: tipik (xəstələrin 39-da (60%)), dağılma ilə (xəstələrin 21-də (32,3%)) və kortikoplevral -Penkost şişi (xəstələrin 5-də (7,7%)).

APX-nin daha çox təsadüf olunan tipik forması üçün həmcinslik, hipoexogen exostruktur və aydın seçilən, hamar və ya dalğalı polisiklik konturlar xarakterdir. Törəmənin diametri (əksər hallarda 5-7 sm-dən böyük olmayaraq) 1,5-dən 4,0 sm-ə kimi tərəddüd etmişdir, müvafiq olaraq şişin təmas zonası da bir qabırğaarası sahədən döş qəfəsinin yarıya qədərini əhatə etmişdir. 7 xəstədə (xəstələrin 10,7%-də) şiş çox aşağı, praktik olaraq anexogen, xırda dənəvari struktura malik olmuşdur ki, bu da törəmənin maye xarakterli olması haqqında təəssürat yaratmışdır. Belə ocaqların arxasında aşkar olunan distal psevdogüclənmə, maye exostrukturun həqiqi əlaməti ola bilməz, belə ki, dəfələrlə hipo- və orta exogen

toxuma törəmələrinin arxasında müşahidə olunmuşdur. Törəmənin solid xarakteri yüksək tezlikli (7,5 MHz) datçikin bilavasitə perpendikulyar skanlaşdırılması sayəsində müəyyən olunmuşdur. Orta exogenlikli şişlər daha az təsadüf olunmuş və əsas fondan exogenliyinə görə fərqlənən sahələrin hesabına daha qeyri-həmcins exostruktura malik olmuşlar.

Dağılma ilə müşayiət olunan APX-nin exomənzərəsi daha rəngarəngdir və şişin makroskopik quruluşu ilə müəyyən olunur. Dağıntının mənfəzindəki tərkibdən asılı olaraq biz bu formanın 3 exoskopik variantını ayırd etmişik: havalı boşluq ilə şişlər (9 xəstədə), boşluğunda maye olan şişlər (7 xəstədə) və absesəbənzər boşluq ilə şişlər (5 xəstədə). Bütün dağılma ilə gedən şişlər üçün, şiş toxuması fonunda anexogen maye qatqılarının və ya havaının reverbasiyası nəticəsində yaranan hiperexogen siqnalların hesabına exostrukturun qeyri-həmcinsliyi xarakterdir.

Dağılan şişlərin xarici hüdudları, APX-nin tipik formasının hüdudlarına exoskopik olaraq analojidir. Daxilində boşluq olan xərçəngin birinci variantında şiş toxumasının hipo- və orta exogenliyi fonunda qeyd olunan xətti hiperexogen exosiqnalların sayı, ölçüləri və yerləşməsi, dağılmış praktik "quru" havalı mənfəzlərin lokalizasiyası, forma və sayı ilə müəyyənləşdirilirdi. Bir iri mərkəzi yerləşmiş, təxmini girdə formalı boşluq olduqda törəmənin tam mərkəzində qövsvari və ya qeyri-hamar xətti hiperexogen exosiqnal nəzərə çarpırdı. Dərin "ciblərə" malik qeyri-düzgün formalı boşluq, exoskopik olaraq budaqlanan hiperexogen xətt və ya bir neçə ayrı-ayrı, skanlaşdırma zamanı bir-biri ilə birləşən hiperexogen kəsiklər şəklində qeyd olunurdu. Bir neçə kiçik boşluqları olan şişlər müxtəlif şöbələrində bir-birindən asılı olmayan hiperexogen kəsiklər şəklində görüntülənirdi.

Dağılmış şiş boşluğunun ekssentrik yerləşməsi hiperexogen siqnalın ətrafında olan şiş divarının qalınlığında əhəmiyyətli fərqə gətirib çıxarır. "Kometa quyruğunun" reverbasiyasının biruzəliyi, dağıntının havalı mənfəzindən gələn hiperexogen exosiqnalın xətti uzunluğuna uyğun gəlirdi və onun kiçik ölçüsü dərində yerləşmiş şiş toxumasının vizualizasiyasına bir qədər mane olurdu. Belə hallarda, datçikin mailliyini dəyişməklə bədxassəli törəmənin bütün kütləsini görüntüləmək olurdu. Uzun, hiperexogen exosiqnallara malik böyük boşluqların arxasındakı geniş reverbasiyalar dərində yerləşən şöbələri tamamilə ekranlaşdırırdı.

Maye möhtəviyyatlı dağılma ilə gedən APX havalı formadan daha az hallarda təsadüf olunub. Dağıntının mənfəzindəki maye çoxsaylı, mərkəzi yerləşmiş, qeyri-düzgün formalı və qeyri-hamar, bəzi yerlərdə aydın olmayan konturlara malik anexogen sahələr şəklində görüntülənirdi. Onları əhatə edən şiş toxuması isə, çox güman ki, nekroz sayəsində yüksək exogenliklə seçilirdi. Belə mənzərə çoxfokuslu parçalanma üçün xarakterdir.

APX-nin absesəbənzər (mənfəzində həm maye, həm də hava mövcud olan) forması strukturunda həm havalı hiperexogen qatqıların, həm də anexogen mayenin mövcudluğu hesabına müəyyən diaqnostik çətinliklər törətmişdir. Bu hallarda ağciyər daxili törəmələrin exoskopik mənzərəsi həmin komponentlərin miqdari nisbətindən asılı olmuşdur. Mayenin miqdarı daha çox olduqda, bircins, anexogen mühit üstünlük təşkil etsə də, xırda detrit, fibrin, irinli nekrotik kütlələr anexogen maye fonunda müxtəlif kalibrli çöküntülər əmələ gətirirdi.

Dağıntı boşluğunun bronx vasitəsilə adekvat drenə olunduğu təqdirdə, boşluqda hava üstünlük təşkil edirdi, az miqdarda çöküntüsü olan maye isə dibdə yerləşirdi. Belə hallarda, törəmə boşluğun yuxarı şöbələrindən gələn, ayrıca xətti hiperexogen exosiqnalların və aşağı şöbələrdəki qeyri-həmcins kobud dənəvari çöküntülü hipoexogen maye hesabına müxtəlifcinsli exostruktura malik olurdu.

Bəzi hallarda onların arasında hipoexogen maye ilə qarışıq hiperexogen hava qovuqcuqlarının hesabına müxtəlifcinsli mozaik strukturlu sahə ayırd edilirdi. Belə bir struktur, ağciyər absesi üçün tipikdir və bu dağılma boşluğunun infeksiyalaşması nəticəsində yaranan absesləşmə zamanı differensial diaqnostika tələb edirdi. Bu halda boşluq divarının qiymətləndirilməsi mühüm diaqnostik əhəmiyyət daşıyırdı. Abseslər üçün aydın olmayan daxili konturlara malik, 10 mm-ə qədər olan bərabər qalınlıqlı hipoexogen divar xarakterdir. Dağılmış ağciyər xərçəngində qeyri-hamar konturlu, çıxıntılı, daha çox orta exogen, dinamik müşahidə zamanı dəyişilməyən, uzunluğu boyunca qeyri-bərabər qalınlığa malik divar xarakterdir.

Digərlərinə münasibətdə, Penkost şişi üçün səciyyəvi olan APX-nin kortikoplevral forması daha az təsadüf olunurdu. O, qeyri-düzgün oval və ya üçbucaq formalı, əhəmiyyətli dərəcədə qeyri-hamar, aydın olmayan konturlara malik həmcins hipoexogen törəmə şəklində görüntülənirdi. Şiş ağciyərin kortikal qatında yerləşirdi və bəzi nahiyələrdə ona keçməklə döş qəfəsi divarı ilə bilavasitə təmas edirdi.

Ağciyərin qeyri-epitelial bədxassəli şişləri (angioleyomioma, limfosarkoma, sarkoma, hipernefroid xərçəngin metastazı) böyük ölçülərə və konqlomerat quruluşa (qeyri-hamar, qabarıq konturlu, hipo- və orta exogen ocaqlı qeyri-həmcins exostrukturla təşkil olunmuş) malik idilər. Yalnız ağciyər sarkomasında həmcins hipoexogen struktur görüntülənib. Bütün törəmələr qonşu orqanlara bilavasitə təmas etmişlər.

Ağciyər xərçənginin metastazları APX-nin tipik formasından seçilmirdi, yalnız ölçüləri daha kiçik olmuşdur (diametri 2-3 sm-ə qədər).

Beləliklə, bizim materialın analizi göstərmişdir ki, ağciyərin bədxassəli şişlərinin şüa diaqnostikasında ultrasəs müayinəsi əlavə olaraq effektiv, informativ, radioloji cəhətdən təhlükəsiz vasitədir. O həmçinin, divararalığı orqanlarının şiş zədələnməsini aşkar etməkdə, eyni zamanda şişin cərrahi müalicəsinin imkanlarını qiymətləndirməkdə mühüm rol oynayır

ƏDƏBİYYAT

1.Дмитриева Е.Ю., Катилов А.В., Откаленко Е.С., Бровинская Л.Н. Спорные вопросы ультразвуковой диагностики при заболеваниях органов грудной клетки // Пульмонология. Аспекты диагностики, 2010, № 1, с.60-62.

2.Жестовская С.И., Шинкаренко Е.В., Тяжельникова З.М., Евдокимова Е.Ю. // Ультразвуковая диагностика плевритов неясной этиологии. // Сибирский медицинский журнал, 2009, № 2, с. 95-99

3.Казакевич В.И. Ультразвуковое исследование грудной клетки при злокачественных опухолях легких. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2003, с.76

4.Мерабишвили В.М. Злокачественные новообразования в мире, России, Санкт-Петербурге. СПб.: ООО «Издательско-полиграфическая компания КОСТА», 2007, 424с.

5.Павлов Ю.В. Использование ультразвука для диагностики и лечения хирургических заболеваний легких и плевры // Хирургия. 2002, № 4, с. 82-86.

6.Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Общая ультразвуковая диагностика // Под редакцией В.В. Митькова. М.: Видар-М, 2011, 712 с.

7.Сафонов Д.В. Ультразвуковая диагностика гнойнодеструктивных заболеваний легких и плевры // Ультразвуковая и функциональная диагностика, 2005, №6, с. 80-93.

8.Шахов Б.Е., Сафонов Д.В. Роль ультразвукового исследования в диагностике периферического рака легкого // Грудная и сердечнососудистая хирургия,2003, №4, с.70-74

9. Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Estimates of global cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008.// Int J Cancer, 2013, v.132(5), p.1133-45.

10. Ferlay J., Soerjomataram I., Dikshit R. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012 // International Journal of Cancer doi:10.1002/ijc.29210 PMID:25220842 Published online 9 October 2014

11. Wallace M.B., Ravenel J., Block M.I. et al. Endoscopic ultrasound in lung cancer patients with a normal mediastinum on computed tomography // Ann. Thorac. Surg., 2004, v.77, p.1763-1768.

Резюме

Возможности ультразвукового исследования в диагностике рака легкого

А.Ю. Мехтиева

С целью оценки возможностей ультразвукового исследования (УЗИ) в диагностике различных форм рака легкого были изучены эхоскопические признаки злокачественного процесса в легких у 135 больных. Из 135 больных у 65 диагностирован периферический рак легкого, у 63 - обтурационный ателектаз доли или сегмента легкого, у 7 больных выявлены опухоли неэпителиальной природы. Экссудативный плеврит опухолевой этиологии диагностирован у 25 пациентов, у 14 из них он наблюдался в сочетании с другими ультразвуковыми признаками злокачественного процесса, а у 8 оказался единственным эхоскопическим проявлением рака легкого. Выявленные эхоскопические особенности различных форм рака легкого свидетельствуют о том,что УЗИ является эффективным информативным радиологически безопасным дополнительным методом лучевой диагностики злокачественных опухолей легких.

Summary

The possibilities of ultrasonography in diagnosis of lung cancer.

A.Y. Mekhtiyeva

In order to study the diagnostic capabilities of ultrasonography (US) in the diagnosis of various forms of lung cancer ultrasound signs of malignancy have been studied in 135 patients: in 65 of them peripheral lung cancer was diagnosed, in 63 - obstructive atelectasis of lung lobe or segment, 7 patients had non-epithelial tumor. Neoplastic etiology exudative pleuritis was diagnosed in 25 patients, in 14 of them it was observed in combination with other ultrasound signs of malignancy, and in 8 of them US signs were the only manifestation of lung cancer. Identified US features of various forms of lung cancer suggest that ultrasonography is an effective informative radiologically safe additional method of diagnosis of malignant lung tumors.

Daxil olub: 14.10.2016

QALXANABƏNZƏR VƏZİ XƏSTƏLİKLƏRİ VƏ ÜRƏYİN İŞEMİK XƏSTƏLİYİ ARASINDA FUNKSİONAL ƏLAQƏ VƏ BU XƏSTƏLƏRDƏ KORONAR ANGİOQRAFİYANIN ROLU

A.B. Baxşəliyev, B.N. Əliyev, V.N. Qəndilova
C.M.Abdullayev Elmi-Tədqiqat Kardiologiya Institutu

Açar sözlər: qalxanabənzər vəzinin disfunksiyası, ürəyin işemik xəstəliyi, koronar angioqrafiya
Ключевые слова: дисфункция щитовидной железы, ишемическая болезнь сердца, коронарная ангиография
Key words: thyroid dysfunction, ischemic heart disease, coronary angiography

Qalxanabənzər vəzi xəstəlikləri ilə ürəyin işemik xəstəliyi (ÜİX) arasındakı funksional əlaqə tibb dünyasında uzun illərdir ki, diqqət mərkəzindədir. Onların arasında olan qarşılıqlı əlaqənin aydınlaşdırılması hiper- və hipotireoz xəstələrində ürək-damar sisteminin dəyişikliklərinin genezini tətqiq etməyə və sonradan bu xəstələrdə adekvat müalicə tədbirlərinin seçilməsinə imkan yaradır. Bu nöqteyi-nəzərdən qalxanvari vəz disfunksiyasının ürək-damar sisteminə təsiri, eyni zamanda hiper- və hipotireoz xəstələrində ürəyin işemik xəstəliyinin meydana çıxma səbəbləri hazırki dövrdə araşdırılan mühüm məsələlərdən biridir.

Qalxanabənzər vəz xəstəlikləri populyasiyada endokrin xəstəliklərin strukturunda rastgəlmə tezliyinə görə birinci yeri tutur. Çox vaxt onlar ürək-damar sistemi də daxil olmaqla, digər ağır pozğunluqların kliniki simptomlarını formalaşdırır, ya da artıq mövcud olan kardial patologiya ilə birgə inkişaf edir. Əsas etibarilə bu ahıl yaşlı xəstələrə aiddir, belə ki, QVX və kardial patologiya tezliyi yaşla artır. Son onillikdə tireoid hormonların hüceyrə strukturları ilə qarşılıqlı təsir mexanizmləri xırdalıqlarına qədər tətqiq edilmiş, eləcə də birgə inkişaf edən tireoid və kardial patologiyaların kliniki xüsusiyyətləri öyrənilmişdir. Hazırki dövrdə qalxanabənzər vəz hormonlarının ürək əzələsinə birbaşa təsirinə dair çoxlu sübutlar toplanmışdır.

Qalxanabənzər vəzi hormonlarının (QVH) ürək-damar sisteminə təsir mexanizmi çoxfaktorludur. Bunlara sıradakılar aiddir: 1. Genom səviyyəsində tireoid hormonların effektləri; 2. Tireoid hormonların qeyri-genom, yəni birbaşa miokarda təsiri- buraya membranlara, sarkoplazmatik retikulum və mitoxondrilərə təsiri aiddir; 3. Tireoid hormonların periferik sirkulyasiyaya təsiri. T_3 və T_4 hormonlarının miokardiositlərə təsiri nüvə səviyəsində və nüvədənkənar törəmələrdə həyata keçir [1]. Hazırki dövrdə qalxanvari vəz hormonlarının birbaşa ürək əzələsinə təsirinin bir çox sübutları var. Beləliklə, miokardial hüceyrələrin membranının daxili tərəfində tireoid hormonlar və katexolaminlər üçün xüsusi reseptorlar aşkar edilmişdir. Hüceyrəyə daxil olduqdan sonra TH (tireoid hormonlar) nüvəyə daxil olur, burada nüvə reseptorları ilə birləşir və liqand-kompleks əmələ gətirir, bu da öz növbəsində genlərin ekspressiyasına təsir edərək mRNT və müvafiq zülal sintezini dəyişdirir [2,3].

Qeyd etmək lazımdır ki, hüceyrə membranı tireoid hormonlar üçün enerjiasılı nəqliyyat sisteminə malikdir. Tireoid hormon reseptorları ağır amiozin zəncirləri üçün aktivləşdirici nahiyələr olan, sarkoplazmatik retikulumun Ca-ATF-azasında, Na-K-ATF-azada identifikasiya olunmuşdur, hansı ki, ürəyin işinin vacib tənzimləyiciləri sayılır. T_3 izolə olunmuş miokardiositlərdə genlərin transkripsiya səviyyəsinə birbaşa təsir göstərir. Bu effekt 6 və 24-saatlıq latent dövrlərlə müşayiət olunur və miokardiositlərdə RNT miqdarının dəyişilməsi və zülal sintezi ilə yanaşı müşahidə edilir. T_3 həmçinin mRNT-nin və zülal translyasiyası səviyyəsinin stabilliyini təmin edir. Zədələnməmiş ürəkdə miokardiositlər kütlənin az hissəsini təşkil edir, ancaq onlar yüklənmə və hormonal stimulyasiya zamanı ürəyin işindəki dəyişikliklərə ilkin olaraq cavab verirlər. Tireoid hormonlar məməcikvari əzələlərin miokardiositlərində də olduğu üçün, aydındır ki, T_3 ürəyə birbaşa nüvə-asılı təsirə malikdir [2].

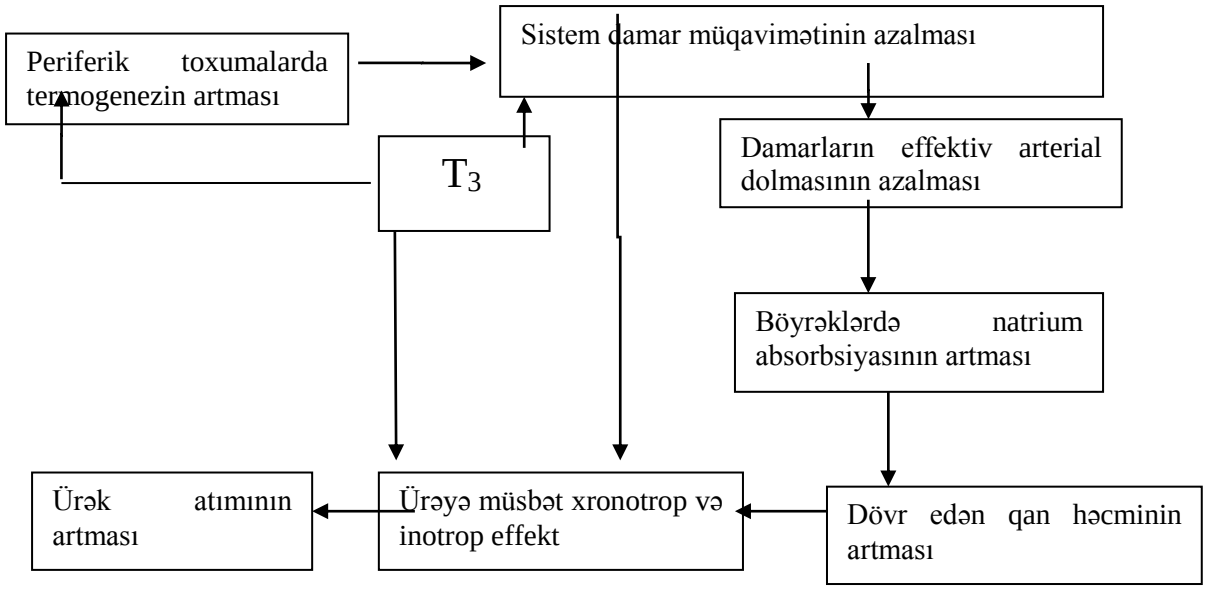
Yuxarıda qeyd edildiyi kimi, tireoid hormonların ürəyə genom effektlərinin əksinə, həm də qeyri-nüvə nöqtələrinə təsiri mövcuddur. Bu cavablar mRNT və zülal sintezində dəyişikliklər olmadan qısa müddətli olub, tireoid hormonların membranlara, sarkoplazmatik retikuluma və mitoxondrilərə təsirini özündə birləşdirir. Membrana olan təsir effektləri sinoatrial ritm aparıcısının aktivliyinin və qlükoza, Na+ və Ca2+ nəqlinin yüksəlməsindən ibarətdir. Qeyri-genom effektlər, məsələn, eritrositlərdə Na^+-kanallarının inaktivasiyası və ya Ca^{2+}-ATF-aza aktivliyinin stimulyasiyası məlum fizioloji dəyişikliklərlə müşayiət olunur: Ca^{2+} miqdarının miokardda dəyişilməsi (Na^+-Ca^{2+}- mübadiləsi nəticəsində), ürək əzələsinin yığılma qabiliyyətinin və Ca^{2+} miqdarının eritrositlərdə yüksəlməsi [2]. Müəyyən edilmişdir ki, triyodtironin (T_3) və az dərəcədə tiroksin (T_4) ürək əzələsinin səthində β-adrenoreseptorların sıxlığını artırmaq qabiliyyətinə malikdir. İstisna edilmir ki, məhz bu mexanizm klinikada müşahidə edilən kritik vəziyyətlərdə T_3 yeridilməsinə cavab olaraq ürəyin dəqiqəlik həcminin artmasının əsasında durur [4].

Qeyri-nüvə effektlərinin vacibliyi tez reaksiyaya malik olmasından ibarətdir, hansı ki, ritm aparıcısı quraşdırılan xəstələrdə müşahidə etmək mümkündür. Bu tədqiqatda T_3-ün parenteral yeridilməsi ürək atımının 2 saat ərzində artımına səbəb olurdu. Heyvanlar üzərində tədqiqatlar təsdiq etmişdir ki, T_3 tez zamanda ürək yığılmasını artıra bilər. Qeyri-nüvə effektləri həmçinin T_3 təsirindən qulaqcıq hüceyrələrinin tez xronotrop cavabını izah edir.

Xəstə insanlar və heyvanlar üzərində eksperimentdə tireoid hormonların ürək-damar sisteminə təsirinin ilk təzahürlərindən biri ümumi damar müqavimətinin azalmasıdır. Onun səviyyəsi 50-70%-ə qədər düşə bilər ki, bu da uyğun olaraq əzələlərə, dəri örtüklərinə, ürək və böyrəklərə qan axınının yüksəlməsini törədir. Məlumdur ki, hipertiroksinemiya β-adrenoreseptorların katexolaminlərin normal səviyyəsinə həssaslığını yüksəldir. Beləliklə, qalxanabənzər vəz hormonlarının təsiri həm birbaşa, həmçinin β-adrenoreseptorların vasitəsilə dolayı yolla ola bilər, belə ki, β-adrenergik effektlər tireoid hormonlarla bağlı sistem damar rezistentliyinin azalmasını gücləndirir və ürək atımını artırır. Tireoid hormonlar özləri vazodilatator kimi çıxış edir, birbaşa damar divarının saya əzələsinə təsir edərək onun boşalmasına səbəb olur; bundan əlavə, tireoid hormonlar hüceyrə endotelinə təsir edə bilər, hansı ki, vazoaktiv maddələr ifraz edir (məsələn, azot oksidi). Sxem 1-də tireoid hormonların ürək-damar sisteminə təsir effektləri təqdim edilmişdir.

Hipotireoz. Bu qalxanabənzər vəz funksiyasının davamlı azalmasıdır. Onun rastgəlmə tezliyi subklinik mərhələni də nəzərə almaqla, populyasiyanın 9,5%-ni təşkil edir, yaşla artaraq 60 yaşlı şəxslərdə 16-21%-ə çatır [5,11,16]. Hipotireoz, o cümlədən subklinik forması nəinki lipid mübadiləsi pozğunluqları və hemodinamikaya olan təsiri ilə, eləcə də koaqulyasion və mikrosirkulyator pozğunluqlarla bağlı ÜİX-nin risk faktoru qəbul edilmişdir [7,10].

Subklinik hipotireoz diaqnozu qanda TTH səviyyəsi normadan yüksək və T_4 normal səviyyədə olduqda təyin edilir. Hipotireoz zamanı hipokinetik tipli qan dövranı müşahidə edilir: dəqiqəlik həcm azalır, nəbzin tezliyi sakitlik dövründə azalmış və ya normaldır, ancaq böyük dövranda damar müqaviməti və diastolik təzyiq yüksəkdir ki, bu da nəbz təzyiqinin düşməsinə səbəb olur. Dəqiqəlik həcmin azalmasına paralel olaraq miokardın oksigen istehlakı da azalır. Bu zaman miokardın oksigenə tələbatı onun qan dövranına nisbətən daha çox dərəcədə azalır, bu səbəbdən stenokardiya nadir hallarda baş verir [4]. Hipotireoz və ürəyin işemik xəstəliyinin birgə olması ahıl yaşlı xəstələrdə olduqca tez-tez rast gəlinir, belə ki, qalxanabənzər vəz hipofunksiyası üçün xarakterik olan aşağı sıxlıqlı lipoproteid səviyyəsinin və arterial təzyiqin artması (çox vaxt hipotireozda) ürək-damar xəstəliklərinin müstəqil risk faktorlarıdır [8]. Hətta subklinik hipotireoz belə aterogenezi təşviq edir və miokard infarktının sərbəst risk faktoru hesab edilir [14,15,17,18]. TTH göstəricisinin qanda artması ilə ümumi xolesterin, aşağı sıxlıqlı lipoprotein, triqliserid miqdarının xətti olaraq artması və aşağı sıxlıqlı lipoproteid səviyyəsinin xətti azalmasını müşahidə etmişlər [9].



Sxem 1

Qalxanabənzər vəz funksiyasının pozulması zamanı ürək-damar hemodinamikasının qanunauyğun dəyişiklikləri müşahidə edilir (Cədvəl 1).

Cədvəl 1

Qalxanabənzər vəz funksiyasının pozulması zamanı ürək-damar sistemində baş verən dəyişikliklər

Parametr	Hipertireoz	Hipotireoz
Ürək atımı	Yüksəlmiş	Azalmış
Sistolik AT	Yüksəlmiş	Azalmış və ya N
Diastolik AT	Azalmış	Yüksəlmiş və ya N
ÜYT	Yüksəlmiş	Azalmış və ya N
Ürəyin yığılma qabiliyyəti	Yüksəlmiş	Azalmış
Ürəyin kütləsi	Yüksəlmiş	Azalmış
Ümumi damar müqaviməti	Azalmış	Yüksəlmiş
DQH (dövran edən qan həcmi)	Yüksəlmiş	Azalmış

Digər tərəfdən, tireoid hormonların çatışmazlığı miokardın oksigenə tələbatının azalması sayəsində ürəyi işemiyadan qoruyan özünəməxsus amil olaraq çıxış edir. Ona görə də, miokard infarktının normal və azalmış funksiyalı qalxanabənzər vəzli şəxslər arasında rastgəlmə tezliyində fərq yoxdur.

Tireotoksikoz sindromu olduqca tez-tez kardial patologiyası, əsas etibarilə ÜİX ilə ağırlaşan ahıl yaşlı xəstələrdə rast gəlinir. Əsas patogenetik formalar Qreyvs xəstəliyi (QX) (autoimmun tireotoksikoz) və çoxdüyünlü toksik zobdur (ÇTZ), yəni qalxanabənzər vəzin yerli funksional pozğunluqlarıdır. Yoddefisit regionlarda yaşlılarda ÇTZ tireotoksikozun səbəbi kimi tezliyinə görə üstünlük təşkil edir- 43 və 21% uyğun olaraq [12]. Cavan yaşlı şəxslərdən fərqli olaraq, hipertireoz yaşlılarda aydın kliniki təzahürlərə malik olmur- "apatik" hipertireoz [6]. Hipertireoz və qulaqcıq fibrillyasiyası arasında əlaqə yaxşı məlumdur, bu həm də subklinik hipertireozda təzahür edir: TTH-nun qanda qatılığının azalması qulaqcıq fibrillyasiyası riskini üç dəfə yüksəldir [1,13,16]. Hormonların ürəyin keçirici sisteminə birbaşa təsiri qulaqcıqüstü taxikardiya törədir. Səyrici aritmiya istər öncədən yaranan ürək xəstəliyi ilə bağlı, istərsə də, tireotoksikozla bağlı ola bilər. Sonrakı dövrdə kardiomeqaliya və ürək çatışmazlığı inkişaf edir. Eyni zamanda məlumdur ki, miokard infarktı tireotoksikoz zamanı nadir hallarda rast gəlinir. Bu qanunauyğunluq tireoid hormonların təsiri altında trombəmələ gəlməyə meyilliyin azalması ilə əlaqədardır (qan axını sürətinin artması, qanın laxtalanma sisteminin aktivliyinin azalması və antilaxtalanma sisteminin aktivləşməsi, ümumi xolesterin, beta-lipoproteid, triqliserid, aşağı sıxlıqlı lipoprotein səviyyəsinin azalması). Buna baxmayaraq, tireotoksikozda simpatoadrenal sistemin aktivliyi yüksək olur, nəticədə miokarda oksigen çatdırılması və onu istifadəsi arasında uyğunsuzluq yaranır, bu da öz növbəsində miokardın mübadilə-distrofik zədələnmələrinə gətirib çıxarır. Kliniki məlumatlara əsasən, trieotoksikoz zamanı anginoz ağrıların tezliyi 20%-ə çatır, bunlar həm miokardda metabolik dəyişikliklər sayəsində, həm də koronar qan təchizatının nisbi çatışmazlığı sayəsində əmələ gəlir.

Koronaroqrafiya vasitəsilə ürəyin tac arteriyalarının vəziyyətini ÜİX və yanaşı gedən qalxanabənzər vəz xəstəlikləri zamanı qiymətləndirmək hazırda qarşıda duran mühüm məsələlərdən biridir. Damarlarda baş verən aterosklerotik prosesin səbəbi kimi qalxanabənzər vəzin disfunksiyasında müşahidə edilən dislipidemiyanı göstərmək olar ki, bu zaman da tac arteriyaların zədələnməsi arasında müəyyən asılılığın olduğunu güman etmək olar. Bu baxımdan, qalxanabənzər vəz hormonlarının koronaroqrafiya məlumatları ilə müqayisəsi olduqca məqsədəuyğundur, belə ki, koronaroqrafiya məlumatları tac arteriyalarında aterosklerotik dəyişikliklərin ağırlığını əks etdirir. Bu istiqamətdə aparılan tədqiqatlardan birində xəstələrdə TTH səviyyəsi ilə koronaroqrafiya məlumatları müqayisə edilmişdir. Alınan nəticələrə əsasən, TTH səviyyəsinin yüksəlməsi ilə sol koronar arteriyanın əsas gövdəsində zədələnmələrin və koronar yataqda çoxsaylı damar zədələnmələrinin tezliyi yüksəlmişdir [3].

Hazırki tədqiqatın qarşısında duran məqsədlərdən biri tac damarların koronaroqrafiya məlumatları ilə qalxanabənzər vəz disfunksiyası arasında korrelyasiyanı müəyyənləşdirməkdir. Bu asılılığın müəyyənləşdirilməsi gələcəkdə ÜİX zamanı qalxanabənzər vəz disfunksiyası, o cümlədən subklinik mərhələli pozğunluqların adekvat müalicə üsullarının işlənib hazırlanması üçün böyük əhəmiyyətə malik olacaq.

ƏDƏBİYYAT

1. Аметов А.С. Избранные лекции по эндокринологии. М.: МИА, 2009, с. 255-283.
2. Болезни щитовидной железы /под ред. Л.И. Браверманна. М., 2000, с. 1-32.
3. Волкова А.Р., Беркович О.А., Красильникова Е.И. и др. Функциональное состояние щитовидной железы и выраженность коронарного атеросклероза у больных ишемической болезнью сердца // Вестник современной медицины, 2010; Том 3; Вып.2, с.12-16.

4. Петунина Н.А. Особенности терапии заболеваний щитовидной железы у пациентов с кардиальной патологией // Рус. мед. журнал, 2005, Т. 13. №28, с.1927- 1932.

5. Практическая эндокринология / под ред. Г.А.Мельниченко. М.: Практ. медицина, 2009, с.131-136.

6. Рациональная фармакотерапия заболеваний эндокринной системы и нарушения обмена веществ / под ред.И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. М.: Литтерра, 2006, с. 337-338.

7. Терещенко И.В., Цепелев В.В., Иванова Э.С. О субклиническом гипотиреозе у больных ИБС // Кардиология,1993,№ 11, с. 45-47.

8. Фадеев В.В., Левченко И.А. Субклинический гипотиреоз // Пробл. Эндокринол, 2002, №2, с. 76-81.

9. Asvold B.O., Vatten L.J., Nilsen T.I., Bjoro T. The association between TSH within the reference range and serum lipid concentrations in a population based study. The HUNT Study // Eur. J. Endocrinol., 2007, v.156, p. 181-186.

10. Biondi B., Palmieri E.A., Lombardi G., Fazio S. Effects of subclinical thyroid dysfunction on the heart // Ann. Intern. Med., 2002, v. 137, № 11, p.904-914.

11. Canaris G.J., Manowitz N.R., Mayor G. et al. The Colorado thyroid disease prevalence study. Arch Intern Med., 2000, v. 160, p. 526-534.

12. Diez J. Hyperthyroidism in patients older than 55 years:An Analysis of the etiology and management // Gerontology, 2003, v. 49, p. 316-323.

13. Frost L., Vestergaard P., Mosecilde L. Hyperthyroidismand risk of atrium fi brillation or flutter: a population-based study // Arch Intern Med., 2004, v. 164, p.1675-1678.

14. Hak A.E., Pols H.A., Visser T.J. et al. Subclinicalhypothyroidism is an independent riskfactor foratherosclerosis and myocardial infarction in elderly women: the Rotterdam Study // J Ann Intern Med., 2000, v.132, p.270-278.

15. Imaizumi M., Akahoshi M., Ichimaru S. et al. Risk forischemic heart disease and allcause mortality in subclinicalhypothyroidism // J Clin Endocrinol Metab., 2004, v.89, p.3365-3370.

16. Rehman S.U., Cope D.W., Senseney A.D. et al.Thyroid disorders in elderly patients // South Med J., 2005, v. 98, p. 543-549.

17. Sawin C.T., Geller A., Wolf P.A. et al. Lowserum thyrotropin concentration as a risk factor for atrial fibrillationin older persons // New Engl J Med., 1994, v.331, p. 1249-1252.

18. Walsh J.P., Bremner A.P., Bulsara M.K. et al. Subclinical thyroid disfunction as a risk factor forcardiovascular disease // Arch Intern Med., 2005, V. 165, P. 2467-2472.

Резюме

Функциональные соотношения между болезнями щитовидной железы и ишемической болезни сердца и роль коронарной ангиографии у этих больных

А.Б.Бахшалиев, В.Н.Алиев, В.Н.Гандилова

Целью данной работы была определение корреляции между коронарной ангиографии и дисфункции щитовидной железы. Определение этой взаимосвязи поможет вести адекватную терапию у этих больных.

Summary

The functional relationship between thyroid disease and coronary heart disease and the role of coronary angiography in these patients

A.B.Bahshaliyev, V.N.Aliyev, V.N.Gandilova

The aim of this study was to determine the correlation between coronary angiography and thyroid dysfunction. Determining this relationship will help to conduct adequate therapy in these patients.

Daxil olub: 29.09.2016

MÜASİR SƏHİYYƏ VƏ ƏCZAÇILIQ SEKTORUNDA APARILAN İSLAHATLAR HAQQINDA

V.A.Məhərrəmov, S.H.Məhərrəmova
"Avromed" QSC şirkəti, Azərbaycan Tibb Universiteti, əczaçılıq texnologiyası və idarəçiliyi kafedrası, Bakı

Açar sözlər: əczaçılıq sektoru, islahatların təhlili
Ключевые слова: фармацевтический сектор, анализ реформ
Key words: pharmacy sektors, analiz of reformations

Azərbaycan Respublikasında 2009-2015-ci illərdə elmin inkişafı üzrə milli Strategiya"nın və "Azərbaycan Respublikasında 2009-2015-ci illərdə elmin inkişafı üzrə Milli Strategiyanın həyata keçirilməsi ilə bağlı Dövlət Proqramı" nın təsdiq edilməsi haqqında Azərbaycan Respublikasının Prezidenti Ilham Əliyev tərəfindən 4 may 2009-cu il №225 saylı sərəncam imzalanmışdır.[1]

Sərəncamdan irəli gələn qərarlara Respublikasının Səhiyyəsinin dinamik inkişafı istiqamətində geniş miqyaslı tədbirlər 2016-cı ilin sonuna qədər davam etdirilmişdir. Əsasən tibb müəssisələrinin maddi-texniki bazasının daha da möhkəmləndirilməsi, yeni tibbi texnologiyaların, müayinə və müalicə üsullarının tətbiqi, kadrların hazırlanması və digər genişmiqyaslı tədbirlər həyata keçirilmişdir.

İnkişaf etmiş xarici ölkələrin təcrübəsindən istifadə edib, Azərbaycan Respublikasının səhiyyə sisteminin maliyyələşdirilməsinin yeni iqtisadi əsaslarını yaratmaq, bu sahənin idarə olunmasını təkmilləşdirmək, əhaliyə göstərilən tibbi və əczaçılıq xidmətlərinin keyfiyyətinin daha da yaxşılaşdırmaq və icbari tibbi sığortanın tətbiqinə başlamaq müasir dövrdə zəruri və aktualdır.

Tədqiqatın məqsədi ölkəmizdə müasir səhiyyə və əczaçılıq sektorunda aparılan islahatların təhlilini aparmaq və alınan nəticələrin əczaçılıq fəaliyyətinə tədbiq etməkdir.

Tədqiqatın material və metodları. Materiallar kimi "Azərbaycan Respublikasında 2009-2015-ci illərdə elmin inkişafı üzrə milli Strategiya"nın və "Azərbaycan Respublikasında 2009-2015-ci illərdə elmin inkişafı üzrə Milli Strategiyanın həyata keçirilməsi ilə bağlı Dövlət Proqramı" nın təsdiq edilməsi haqqında Azərbaycan Respublikasının Prezidentinin Sərəncamı [1], Azərbaycan qanunvericiliyində icbari tibbi sığorta ilə bağlı qəbul olunan əsas qanun, sərəncam və fərmanlar istifadə edilib [4]. İlk növbədə "İcbari tibbi sığorta haqqında" qanun 28 oktyabr 1999-cu ildə qəbul olunub və bununla əlaqədar olaraq 2008-ci ildə Azərbaycan Respublikasının Nazirlər Kabineti yanında İcbari Tibbi Sığorta Dövlət Agentliyi yaradılması haqqında sərəncam imzalanıb. Azərbaycan Respublikasının Nazirlər Kabineti bu sərəncamdan irəli gələn məsələlərlə bağlı İcbari Tibbi Sığorta haqqında tədbirlər planı təsdiq edib [2].

Ona görə 2014-cü il 16 dekabr tarixli "Dərman vasitələri haqqında" Qanuna lazımi dəyişikliklər etməklə dövlət qeydiyyatına alınmış dərman vasitələrinin qiymətləri dövlət tənzimlənməsinə aid edilmişdir [3].

Qanunun icra mexanizminin yaradılması məqsədilə Azərbaycan Respublikası Prezidentinin 18 mart 2015-ci il tarixli fərmanı ilə Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabinetinə dövlət qeydiyyatına alınmış dərman vasitələrinin qiymətlərinin tənzimlənməsi və həmin qiymətlərə nəzarətin həyata keçirilməsi qaydalarını, Azərbaycan Respublikasının Tarif (qiymət) Şurasına isə dövlət qeydiyyatına alınmış dərman vasitələrinin qiymətlərinin tənzimlənməsinin təmin edilməsi tapşırılmışdır. Fərmanın icrasını təmin etmək məqsədilə Azərbaycan Respublikası Nazirlər Kabineti tərəfindən 3 iyun 2015-ci il tarixli qərarla "Dövlət qeydiyyatına alınmış dərman vasitələrinin qiymətlərinin tənzimlənməsi və həmin qiymətlərə nəzarətin həyata keçirilməsi Qaydası" təsdiq edilmişdir. Dövlət qeydiyyatına alınmış dərman vasitələrinin qiymətlərinin Dövlət tərəfindən tənzimlənməsi icbari tibbi sığortanın tətbiqinə zəmin yaratdı [2,4]

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Azərbaycanda əhalinin dərmanlarla təminatında olan problemlərin həll olunması istiqamətində geniş həcmli tədbirlər həyata keçirilmişdir. Dərmanlarla əsassız qiymət artımının qarşısını almaq məqsədi ilə dərmanların qiymətlərinin dövlət tərəfindən tənzimlənməsinə başlanılmışdır. Hal-hazırda tarif Şurası tərəfindən 9850 dərman vasitəsinin qiyməti müəyyənləşdirilmişdir. Bununla əlaqədar aptek şəbəkələrində və dərmanların keyfiyyətinə nəzarət gücləndirilmiş, dərman vasitələrinin buraxılması qaydaları təkmilləşdirilmiş, yeni resept blankları forması tətbiq olunmuş və həkimlərin təyinatlarına nəzarət təmin edilmişdir.

Aparılan elmi araşdırmalar zamanı məlum oldu ki, ölkəmizdə yaranan 59 səhiyyə müəssisələrindən: 4 səhiyyə müəssisəsi Bakı şəhərində, 55-i isə regionlarda yerləşən səhiyyə müəssisələridir. Tibb müəssisələrinin maddi-texniki bazasının gücləndirilməsi nəticəsində əhaliyə göstərilən tibbi xidmətin həcmi və keyfiyyəti nəzərəçarpacaq dərəcədə yaxşılaşmışdır. Əhalinin həkimlərlə təminatı hər 10 min nəfər

üçün 35-ə xəstəxana çarpayıları ilə təminatı isə 49.1-ə bərabər olmuşdur. Hər xəstəxana çarpayısının orta məşğulluq göstəricisi 2015-ci ildə 251 gün təşkil etmişdir.

Dövlət Proqramının icrası ilə bağlı və Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının tövsiyələrinə uyğun olaraq, diridoğulmanın beynəlxalq meyarları qəbul olunmuş və 2015-ci ilin yanvarın 1-dən tətbiqinə başlanılmışdır. 2015-ci il ərzində beynəlxalq meyarlara uyğun olaraq yüksək ixtisaslı müalicə tədbirləri nəticəsində vaxtından əvvəl, 1000 qramdan az çəki ilə doğulan uşaqların 30 faizdən çoxunu həyatda saxlamaq mümkün olmuşdur.

Uşaqların sağlamlığının qorunmasında onların icbari dispanserizasiyası da böyük əhəmiyyət kəsb edir. 2015-ci ildə icbari dispanserizasiya məqsədi ilə uşaqların 92 faizdən çoxu müayinələrlə əhatə olunmuşdur. Respublikamızda həyata keçirilən bu tədbirlər nəticəsində ana və uşaqların sağlamlığını xarekterizə edən göstəricilərdə müsbət dinamika davam edir.

Dövlət proqramları çərçivəsində irsi qan xəstəlikləri ilə mübarizədə də böyük nailiyyətlər əldə edilmişdir. Təkcə 2015-ci ildə Respublika Talassemiya Mərkəzinə 15 mindən çox maraciət olunmuşdur. Hazırda bu Mərkəzdə sümük iliyinin transplantasiyası əməliyyatları uğurla həyata keçirilir.Əgər 2014-cü ildə 10 xəstəyə sümük iliyinin transplantasiyası əməliyyatı keçirilmişdirsə, bu il belə əməliyyatların sayı 15-ə çatdırılmışdır.

Talassemiya ilə mübarizə sahəsində tədbirlərin gücləndirilməsi məqsədi ilə risk qruplarının müəyyən edilməsi üçün nigaha daxil olmaq istəyən şəxslərin öncədən tibbi müayinədən keçməsi kimi tədbirləri özündə əks etdirən yeni Dövlət Proqramı qəbul edilmişdir. 2015-ci ilin iyun ayının 1-dən 80min nəfərdən artıq şəxs bu məqsədlə müayinələrdən keçirilmişdir, onların arasında başqa xəstəliklərlə yanaşı, 5500 nəfər talassemiya daşıyıcısı aşkar edilmişdir.

Bədxassəli şişlərlə mübarizə işində də nəzərəçarpacaq irəliləyiş əldə olunmuşdur. Onkoloji yardım göstərən tibb müəssisələrinin maddi-texniki bazası yaxşılaşdırılmış, Milli Onkologiya Mərkəzində ən müasir tibbi diaqnostika üsulu olan pozitron emission tomoqrafiya avadanlığı quraşdırılmışdır. Bu texnologiyalarla işləmək üçün müvafiq mütəxəssislər hazırlanmışdır. Onkoloji xəstələrin sayı hər 100 min nəfərə 2014-cü ilə (101.0) nisbətən 2015-ci ildə (106.8) bir qədər artmışdır.

Şəkərli diabet xəstələrinin dövlət hesabına lazımi dərmanlarla və özünənəzarət vasitələri ilə təmin edilməsi və digər tədbirlərin həyata keçirilməsi nəticəsində bu xəstəlik səbəbindən ölüm göstəricisindən artım olmamışdır.

Bütün dünyada olduğu kimi, Azərbaycanda da xroniki böyrək çatışmazlığına düçar olan və hemodializ müalicəsi artıq öz həllini tapmışdır. Hazırda Respublikada fəaliyyət göstərən 34 hemodializ mərkəzində,- bunlardan 26-sı bölgələrdə yerləşir. -2800-də çox xəstə hemodializ seansları ilə təmin olunur. Bu xəstələrin radikal müalicə üsulu olan böyrəkköçürmə əməliyyatlarının sayı da artmışdır. Əgər 2014-cü ildə Respublikanın dövlət xəstəxanalarında 59 belə əməliyyat icra olunmuşdursa, 2015-ci ildə bu rəqəm 81-ə çatmışdır. Yüksək texnologiyaların tətbiqi ilə aparılan cərrahiyyə əməliyyatlarının sayı ilbəil artır. 606 nəfər xəstədə angioplastika, 820 nəfərdə açıq, 151 nəfərdə isə qapalı ürək əməliyyatları aparılmışdır. Bundanlardan əlavə 316 uşağa kardiocərrahiyyəyardımı göstərilmişdir. Oynaqların endoprotezləşdirilməsi üzrə əməliyyatlar aparılan tibb müəssisələrinin sayı artırılmışdır. 2014-cü illə müqayisədə əməliyyatların sayı təxminən 3 dəfədən çox artaraq 78-ə çatmışdır. Bundan əlavə ilk dəfə olaraq Səhiyyə Nazirliyinin müəssisələrində anadangəlmə neyrosensor ağır eşitməsi olan 4 uşağa koxlear implant qoyulmuşşdur.

Azərbaycanda QİCS, Vərəm və Malyariya ilə mübarizə üzrə Qlobal Fond ilə il ərzində fəaliyyət uğurla həyata keçirilmişdir. Fondun Malyariya ilə mübarizə proqramı başa çatmış, QİCS və Vərəm proqramları davam etdirilir. 2015-ci ildə bir sıra ölkələrdə imzalanmış səhiyyə və tibb elmi sahəsində əməkdaşlığa dair sazişlər çərçivəsində Türkiyə, İtaliya, Belarus, Latviya və Litva tərəfi ilə işçi qruplar səviyyəsində görüşlər keçirilmişdir. 2015-ci ilin oktyabr ayında İtaliyada ölkələrimiz arasında səhiyyə sahəsində əməkdaşlıq üzrə Sazişə dair Fəaliyyət Planı imzalanmışdır. İran İslam Respublikası, Çin Xalq Respublikası və Qətər Əmirliyinin səhiyyə nazirlikləri ilə ekspertlər səviyyəsində və Rusiya Federasiyası Səhiyyə Nazirliyində yüksək səviyyəli görüşlər zamanı yeni anlaşmanın imzalanması haqqında razılıq əldə edilmişdir.

İcbari tibbi sığortanının tətbiqinə aid ölkəmizdə istifadə edilən materiallardan məlum oldu ki, ciddi işlər aparılmışdır. İlk növbədə 2007-ci ildə Azərbaycan Respublikasının Nazirlər Kabineti yanında İcbari Tibbi Sığorta Dövlət Agentliyi yaradıldı. 2015-ci ildə Azərbaycan Respublikasının Nazirlər Kabineti yanında İcbari Tibbi Sığorta Dövlət Agentliyinin əsasnaməsi təsdiq edildi.

Atılan addım icbari tibbi sığortanın tətbiq edilməsi olacaq ki, bu da mahiyyət etibarilə səhiyyə sahəsində, həmçinin maliyyələşmədə dolayısı ilə həkim-xəstə münasibətlərinin optimallaşması üçün yeni bir prosedurunun həyata keçirilməsini mümkün edir. Bu cür mürəkkəb sistemə keçilməsi həm də bu modelin öhdəsindən gəlmək üçün səmərəli çoxşaxəli şəbəkənin yaranmasına gətirib çıxaracaq. İnkişaf

etmiş ölkələr səhiyyə sahəsinə vəsait ayırmaqla icbari sığorta sistemini dayanıqlı vəziyyətə gətirirlər. Ümumiyyətlə hökumətin həyata keçirdiyi sosial siyasətin mühüm hissəsi əhali sağlamlığının qorunmasına xidmət edir.

Əhali üçün vacib olan əmtəələrdən biri də dərman vasitələridir. Respublika əhalisinin dərman vasitələri ilə təchiz edilməsində dövlət və hökümət tərəfindən bu məsələnin həlli üçün geniş islahatlar həyata keçirilir. Respublikamızda əhaliyə tibbi xidmətin və dərman xidmətinin təkmilləşdirilməsi sahəsində dövlət səviyyəsində müxtəlif tədbirlər proqramı hazırlanmışdır.

Hal-hazırda səhiyyə sistemi 32 min həkim, 56 mindən çox orta tibb işçisi ilə prosesə hazırdır. Müqayisə təhlillər göstərir ki, bu sahədə Avropa ölkələrindən geridə qalmırıq.Əhaliyə səhiyyə xidmətinin təşkili, onun lazımi səviyyədə maliyyələşdirilməsi hər bir müasir dövlətin başlıca vəzifəsidir. İcbari tibbi sığorta burada ən əlverişli vasitə kimi nəzərdən keçirilir. Bu mahiyyət etibarı ilə səhiyyənin maliyyə sisteminin fərqli formasıdır. İcbari tibbi sığorta sahəsində səhiyyə müəssisəsi ilə pasient arasında qarşılıqlı yalnız müalicə ilə bağlı münasibətlər formalaşır. Sanki xəstəxanalar səhiyyə xidmətlərinin satıcısı, icbari tibbi sığorta sistemi isə xəstələr üçün həmin xidmətlərin alıcısı rollarını oynayır.Həkim xəstəni müayinəsini, diaqnostikasını və müalicəsini həyata keçirir, vəsaitin ödənişini isə sığorta təşkilatı həyata keçirir. Sığorta təşkilatı müayinənin, diaqnostikanın və müalicənin dəyərini hesablayır, şəffaf qeyd olunduğunu diqqətlə yoxlayır və paralel olaraq tibbi xidmətlərin keyfiyyətinə bir növ nəzarət funksiyasını həyata keçirir. İcbari tibbi sığorta elə bir sistemdir ki, burada həkimlərin tibbi yardım göstərməsi, müalicə müəssisələrinin fəaliyyəti arasında sıx bağlılıq olur.

Hər bir şəxs ödədiyi pul miqdarında tibbi yardımın keyfiyyətli və düzgün olmasını tələb etmək imkanı olacaq. Digər tərəfdən hökumətin ayırdığı vəsait daha səmərəli istifadə olunacaq, bir yandan isə xoşagəlməz hallar olmayacaq. Beləliklə həkimlərlə pasientlər arasında birbaşa vəsaitlə bağlı sövdələşmə mümkün olma ehtimalı yarana bilməyəcək. Sadəcə həkim, işə gəlib-getdiyinə görə deyil, göstərdiyi yüksək xidmətə və onun keyfiyyətli müalicəyə görə əməkhaqqı alacaqdır. İcbari tibbi sığorta şəraitində həkimlər pasientlərə dərman firmaları ilə əvvəlcədən sövdələşmə əsasında istənilən dərmanı yazmaq imkanından məhrum olacaq. Bu həmçinin müalicə müəssisələrinin müasir idarəetmə sisteminin gücləndirilməsinə, dövlət siyasətinin yeni əsaslara keçməsinə və Respublikada inhisarçılığın aradan qalxmasına kömək edəcəkdir.

ƏDƏBİYYAT

1.“Azərbaycan Respublikasında 2009-2015-ci illərdə elmin inkişafı üzrə milli Strategiya”nın və “Azərbaycan Respublikasında 2009-2015-ci illərdə elmin inkişafı üzrə Milli Strategiyanın həyata keçirilməsi ilə bağlı Dövlət Proqramı” nın təsdiq edilməsi haqqında Azərbaycan Respublikasının Prezidentinin Sərəncamı. Bakı şəhəri, 4 may 2009-cu il. №255

2. Azərbaycan Respublikasında səhiyyənin maliyyələşdirilməsi sisteminin islahatı və icbari tibbi sığortanın tətbiqi Konsepsiyası, Azərbaycan Respublikasının Prezidenti İlham Əliyev Qanunvericilik toplusu, Bakı şəhəri, 10 yanvar 2008.

3. “Dərman vasitələri haqqında” Azərbaycan Respublikasının qanunu. Bakı, 2016.

4. “Tibbi sığorta haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanunu, Qanunvericilik toplusu-1999, 28 oktyabr 1999-cu il №725-IQ.

5. Vəliyeva M.N., Xəlilov N.Q. Əczaçılıq sektorunda icbari tibbi sığortanın təşkilinə dair. Azərbaycan Tibb jurnalı. Rüblük elmi-praktik jurnal 2014/4. Bakı, s.67-71.

6. Магеррамов В.А. Организационная структура аптечных управлений бывшего союза и пути их совершенствования в условиях рыночной экономики // Достижения медицинской науки и практического здравоохранения Азербайджана, 2000, I том, с.374-379

Резюме

Анализ проведенных современных реформ в медицинском и фармацевтическом секторе Азербайджана

В.А. Магеррамов, С.Г.Магеррамова

В научной статые представлен материал, касательно анализа проведенных современных реформ в медицинском и фармацевтическом секторе системы медицины страны. Выявлены перспективные начинания, способствующие улучшению медицинской и фармацевтической службы Азербайджана.

Summary

Analysis of current reforms in the medical and pharmaceutical sector of Azerbaijan

V.A. Maharramov, S.H.Maharramova

The scientific article contains material on the analysis of modern reforms in the medical and pharmaceutical sector of the country's medical system. The prospective undertakings promoting the improvement of the medical and pharmaceutical service of Azerbaijan have been identified.

Daxil olub: 19.09.2016

FİTOHEPATOPROTEKTOR VASİTƏNIN TEXNOLOGİYASININ İŞLƏNIB HAZIRLANMASI

M.N. Vəliyeva, S.A. Atakişizadə, U.H.Aşurbəyova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Əczaçılıq texnologiyası və idarəçiliyi kafedrası, Bakı

Açar sözlər: fitohepatoprotektor vasitə, qaraciyər və öd yolları xəstəlikləri, dərman bitkiləri

Ключевые слова: фитопротекторные средства, печени и желчных путей заболевания, лекарственные растения

Key words: fitohepatoprotektor vehicle, liver and biliary tract diseases, medicinal plants

Son onillikdə qaraciyər və öd yolu xəstəliklərinin fitoterapiya ilə müalicəsi nəzərəçarpacaq dərəcədə artmışdır. Bu, dərman bitkilərinin tərkibində olan bioloji aktiv maddələrin digər dərman preparatları ilə uğurlu kompleksinin nəticəsinə əsaslanır [1].

Öd kisəsi xəstəlikləri:iltihabı xoloasistit (kəskin və xroniki), öd daşı xəstəliyi və öd kisəsinin şişkinləşməsi prosesi kimi təsnifatlaşır.

Qaraciyər orqanizmin əsas dezintoksikasiya funksiyasını yerinə yetirərək, onu ətraf mühitin aqressiyasından və endrogen faktorların təsirindən qoruyur.

Bundan başqa qaraciyər ekskretor (öd ifrazı), metabolizm (bioaktiv maddələrin sintezi və mübadiləsində iştirakı), depolaşma (sırf orada həyati vacib maddələrin toplanması baş verir), immunopoezdə və immunreaksiyalarda, həmçinin karbohidrat, zülal, yağ, vitamin və mineralların mübadiləsində iştirakı onun vacib funksiyalarındandır. Limonu sarılıq qaraciyər toxumalarının zədələnməsi, zeytunu sarılıq öd axarının mexaniki tutulması zamanı biruzə verir. Əsas simptomlarla yanaşı ürəkbulanma, iştahasızlıq, ödlü qusma, zəiflik, yorğunluq, yuxunun pozulması, qızartı, dəridə səpgilər kimi də özünü göstərir. Bitki mənşəli preparatların qaraciyərin patologiyasına müalicəvi təsiri əsasən onun zədələnməsinə və qaraciyər fibrozuna qarşı olmaqla həmdə öd yolu diskineziyasının korreksiyasına yönəldilmişdir. Bu pozuntular qaraciyərdə universal dəyişikliklər yaradır ki, bunlar da ümumi olaraq qaraciyər xəstəlikləri adlanır. Universal hepatoprotektor kimi tibbdə bitki mənşəli flavonoid strukturlu preparatlar tətbiq olunur. Tərkibi gülümbahar, qırxbuğum, acıqovuq kökü, itburnu meyvəsi, böyük bağayarpağı, dazıotu və qarğıdalı sütunu və saçaqlarından ibarət olan (tərkibi təyin olunmuş nisbətdə götürülməklə qaraciyəri qoruyucu, öd qovucu, iltihabəleyhinə təsir göstərən dərman bitki yığıntısı olan "Hepafit" məlumdur [2].

Bir çox bitki yığıntılarının kombinəolunmuş preparatlarla birgə verilməsi də məlumdur ki, onlar da qaraciyər və öd yollarına kompleks təsir göstərir [3,4].

Məlum olan hepatotrop vasitələrin kompleks təsiri tam həcmdə eyni zamanda qaraciyər müdafiəsi, ödqovucu və spazmolitik təsiri tələblərini ödəmir, ona görə də hepobiliyar sistemə kompleks təsir göstərən yeni vasitələrin axtarılması aktualdır.

Elmi məqalənin **məqsədi** hepobiliyar sistemin hemostazını bərpa edən, hepatoprotektor, ödqovucu və spazmolitik təsirli yeni bitki mənşəli vasitə yaratmaqdır.

Tədqiqatın material və metodları. Qarşıya qoyulmuş məqsədə çatmaq üçün tərkibində əczaçılıq daşıyıcıları, təsiredici maddə olan çılpaq biyanın kökü və kökümsovu, cəfəri kökü ilə, itburnu meyvəsi, əncir meyvəsi(quru), kasnı kökü, nanə otu, cücərmiş buğda və tut meyvəsi olan dərman bitki vasitələrinin aşağıdakı kimi 3 variantda:

Vasitə 1 – çılpaq biyan kökü və kökümsovu, cəfəri kökü, nanə otu, itburnu meyvəsi və əncirin quru meyvəsi 2:1:1:2:1 nisbətində kapsula,

Vasitə 2 – çılpaq biyan kökü və kökümsovu, kasnı kökü, zirinc meyvəsi, cücərmiş buğda 2:2:1:2 nisbətində şərbət,

Vasitə 3 – çılpaq biyan kökü və kökümsovu, itburnu meyvəsi, tut meyvəsi, kasnı kökü, nanə otu 2:2:1:2:1 nisbətində fitokonsentrant şəklində götürülür.

Təklif olunan variantların özəlliyi ondan ibarətdir ki, bütün variantlar başlıca olaraq tərkibindəki flavanoid strukturlu ekstraktiv maddələrin olmasından dolayı hepatoprotektor, ödqovucu və spazmolitik təsir göstərir.

Göstərilən vasitələr içərisindəki inqridient toz halında 1-2 qr. olmaqla kapsula; 36 hissə dərman bitki yığıntısının sulu çıxarışı və 64 hissə rafinəolunmuş şəkər olmaqla şərbət; dərman bitkilərinin qatılaşdırılmış sulu-spirtli ekstraktından (tərkibində ekstraktiv maddələrin məcmusu, nəmliyi 25%-dən az olmaqla) ibarət olan fitokonsentrant şəklində buraxılır.

Hepatoprotektor vasitənin tərkibində olan bitkilərin farmakoterapiyası. Biyan insan orqanizminə geniş diapozonda müsbət təsir edən bitkidir. Onun kimyəvi tərkibi müxtəlifdir. Kök və kökümsovunda saponinlərin törəməsi olan qlisirrizin maddəsi vardır ki, onun da tərkibində üç əsaslı kalium və kalsium duzlarının qarışığı olan qliserrizin turşusu vardır. Bitkidə 27 flavonoid, askorbin turşusu, steroidlər, estriol, qətranlar, efir yağı, asparagin və azacıq selik vardır. Flavonoidlər orqanizmə spazmolitik, yarasağaldıcı, iltihab əleyhinə olmaqla təsir göstərir.

Bioflavonoidlər spazmolitik olaraq sidik yollarının saya əzələsinə, öd axarlarına və bağırsaqlara təsir edir və mədə şirəsinin ifrazını dayandırır, həmçinin flavonoidlər damarlarları möhkəmləndirərək onların keçiriciliyini artırır. Biyan qaraciyərin qorunmasında və onun funksiyalarının bərpasında inanılmaz təsirə malikdir.

Dərgil (itburnu) meyvəsinin tərkibində çoxlu miqdarda vitaminlər vardır ki, başqa heç bir bitkidə bu qədər vitamin yoxdur. Belə ki, itburnu meyvəsində 2%-dən 18%-dək C vitamini, P, B_2, K, A vitmainləri və çoxlu üzvi turşular vardır. Ilkin kliniki müşahidələrdə itburnu meyvəsinin qaraciyər və öd yolu iltihabında yaxşı təsirə malik olduğu sübut olunmuşdur.

Nanənin tərkibində efir yağları, flavonoidlər: eriositrin, narirutin, hesperedin, lyuteolin- 7-0- rutinozid, diosmin və rozmarinin, kofein və xlorogenfenol turşuları vardır

Nanə əsasən mədə-bağırsaq traktının funksiyasını artırmaq, sakitləşdirici, spazmolotik, iltihab əleyhinə, ödqovucu, yuxugətirici, antiseptik, ağrıkəsici kimi təsir göstərir [5].

Zirinc kökü tərkibində protoberberin qrupundan olan izoxinolin alkoloidi vardır ki, onun da əsası berberin (0,47%-2,38%) olduğundan o da götürülmüş xammalı sarı rəngə boyayır. Berberin bitkilərdə həm ammonium- yəni berberin duzu şəklində (OH qrupu turşu qalığı ilə əvəz olunur), həmdə karbinol alkoloidi şəklində rast gəlinir.

Köklərində həmçinin palimitin, yatrorizin, kolumbanin, berberrubin, maqnoflorin və b. alkoloidlər vardır. Kökündə eləcədə protoberberin törəməsi olan bisbenzilizoxinolin alkoloidi vardır ki, bu da oksiakantin və berbamin qrupundandır. Ən çox alkolidlər köklərinin ucunda 15%-dək, berberin isə 9,4%-dək olur. Köklərində xelidon turşusu (α-piron törəməsi olan) aşkar olunmuşdur.

Kasnı- bu günkü şəhər əhalisinin yorğun və zəiflənmiş qaraciyərinin müdafiəçisidir. O nəzərə çarpacaq dərəcədə qaraciyərin funksiyasını artıraraq, orqanizmdən toksinlərin təmizlənməsi üçün, onun sərbəst işləməsi üçün yükünü azaldır. Kasnı kökü kimyəvi tərkibcə zəngin BAM-ə malikdir ki, bu da insan orqanizminin yaşaması üçün çox vacibdir. Kasnının nadir xüsusiyyətlərindən biri də onun kökünün tərkibində inulin maddəsinin olmasıdır. Inulin polisaxaridlər qrupundan olub fruktozanın polimeridir.

Cəfəri ödem, meteorizm, uretrit və qaraciyər patologiyalarında çox əlverişli vasitədir. O həmçinin qızdırma əleyhinə, ödqovucu , iltihaba qarşı və zədələnmiş toxumaların bərpası üçün yaxşı təsir göstərir.

Cəfəri göyərtisinin tərkibində yerkökündə olduğu qədər karotin, limonda olduğu qədər C vitamini vardır. A və C vitamini ilə yanaşı cəfəridə B_1, B_2, B_{12}, PP, fol turşusu, dəmir, manqan, fosfor, kalsium və yağ turşuları da vardır.

Əncirin quru meyvəsinin tərkibində zülal, yağ, şəkər, sellüloza, makro elementlər, vitamin C, PP, beta-karotin, B_1, B_2, E olmaqla bərabər həm də üzvi turşular, pektinlər və mikroelementlər: natrium, kalium, kalsium, maqnezium, dəmir vardır.

Əncir qurusu orqanizmi bərpa edir, həzm sisteminin fəaliyyətini artırır, ürəyə, qaraciyər və mədəyə kömək edir, öskürək və anginanı müalicə edir, qəbizliyə qarşı, zəhərlənmələrə qarşı kömək edərək toksinlərin orqanizmdən böyrək və qaraciyər vasitəsilə çıxarılmasına yardımçı olur.

Tut hipertoniya zamanı, yüngül sidik qovucu, işlədici və ödqovucu kimi təsir göstərir. Tut meyvəsinin tərkibində bol miqdarda (12-20%) şəkər vardır ki, bu da əsasən fruktoza və saxarozadan ibarətdir. Bundan başqa üzvi turşular (alma, limon) 1,2% pektin maddələri, efir yağı 1% (sineol, geraniol, linalool, linonen,

kafur), flavonoidlər, az miqdarda zülal (1,5%), beta-karotin (0,4%), vit C (12mq%), B_1, B_2, B_3, B_6, B_9, C mikroelementlər: fosfor (40mq%), kalium (350 mq%), kalsium (40 mq%) maqnezium (51mq%), sink (0,12 mq%), dəmir (1,8 mq%) vardır. Bu vitaminlər kompleks şəkilində orqanizmin funksional pozğunluqlarında və maddələr mübadiləsinin normallaşdırılmasında çox yaxşı təsir göstərir.

Cücərmiş buğda tərkibində bütün aminturşular (20-dən 18-i), zülal komponentləri (götürülən kütlənin 50%-ni təşkil edir), 28%-şəkərli qidalı maddələr vardır. Bunda başqa 15%-yağ (əsasən doymamış yağ turşuları şəklində), sellüloza, vitamin A,D,E, çoxlu miqdarda B, mineral maddələr vardır ki, onun da tərkibində 21 mikroelement (kalium, kalsium, maqnezium, natrium, fosfor, dəmir, mis, manqan, selen, sink və b.) vardır. Tərkibində olan qidalı maddələrə əsasən orqanizm immunitetinin yüksəldilməsində, vaxtından əvvəl qocalmaya qarşı, şişəleyhinə təsir göstərir. Müntəzəm qəbul olunduqda maddələr mübadiləsi yüksəlir, həzm sistemi normallaşır və orqanizmdən şlak və toksinlər asanlıqla xaric olunur. Bu nadir məhsul ümumiyyətlə orqanizmin bütün sisteminə müsbət təsir göstərir.

Kombinəolunmuş təsirinə gəldikdə isə götürülmüş bitki mənşəli vasitə hepatobiliyar sistemin müxtəlif xəstəliklərində kompleks müalicə şəklində, öd yollarının funksional xəstəliyində piyli hepatoz və xroniki hepatitlərdə tətbiq oluna bilər.

ƏDƏBİYYAT

1. Патент РФ №2128515. Москва.
2. Патент РФ №2139722, Москва
3. Патент РФ №2032419, Москва
4. Велиева М.Н., Солодка и ее применение в медицине (монография), Баку, 2012, 265 с.
5. Велиева М.Н., Р.М.Гейдарова, П.М.Велиев, С.А.Атакищизаде, Г.Г.Гасанов. Средства на основе смеси лекарственных растений, применяемых при заболеваниях печени и желчевыводящих путей (варианты) Евразийский патент 20100042/26 от 05.01.2016.

Резюме

Разработка технологии получения фитогепатопротекторного средства.

М.Н.Велиева, С.А.Атакищизаде, У.Г.Ашурбекова.

В научной статье приведены материалы фитотехнологического исследования гепатопротекторного средства на основе природного национального сырья. Впервые разработана технология получения фитогепапротектора вполне пригодного для профилактики и лечения некоторых желудочно-кишечных заболеваний.

Summary

Development of technology for obtaining fitogepatoprotektornogo funds.

M.N.Veliyeva, S.A.Atakischizade, U.G.Ashurbekova.

In the scientific article contains materials phytotechnological study hepatoprotective agent based on natural national resources. For the first time developed a technology for producing fitogepaprotektora quite suitable for the prevention and treatment of certain gastrointestinal diseases.

Daxil olub: 30.08.2016

MİOKARDIN ERKƏN REPOLYARİZASİYASI SİNDROMU OLAN MƏKTƏB YAŞLI UŞAQLARDA MİOKARDIN DİASTOLİK FUNKSİYASININ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

Z.K.Rəhmanov, B.M.Xəlilova, E.V.Qədimova, G.A.Qafarlı

C.Abdullayev adına Elmi-tədqiqat Kardiologiya İnstitutu. Bakı

Açar sözlər: miokard, məktəb yaşlı uşaqlar, repolyarizasiya sindromu, diastolik funksiya

Ключевые слова: миокард, дети школьного возраста, синдром реполяризации, диастолическая функция

Key words: myocardium, school-age children, repolarization syndrome, diastolic function

Mədəciklərin erkən repolyarizasiyası sindromu (MERS) idiopatik elektrokardioqrafik fenomen olaraq, QRS kompleksinin enən hissəsində J-dalğası və ST seqmentinin psevdokoronar qalxması ilə xarakterizə olunur [1]. MERS ilk dəfə R.Shipley və W.Halleran tərəfindən 1936-cı ildə qeyd olunub və uzun müdət normanın variantı kimi hesab olunurdu.

EKQ müayinəsi zamanı MERS ümumi populyasiyanın 1-9%-da müəyyən olunur (1,2,8,9,15). Yaşın artması ilə bu sindromun rast gəlmə tezliyi azalır. Əsasən oturaq həyat tərzi keçirən kişilərdə, idmançılarda

və tünd dərili insanlarda MERS daha çox qeyd olunur (19,21,32,42). Qadınlarla müqaisədə kişilərdə MERS 2-3 dəfə daha çox rast gəlir [3,4,5].

Aralıq toxumanın displaziyası, sinir sistemi xəstəlikləri, mədə-bağırsaq patologiyası olan xəstələrdə MERS-ın rast gəlmə tezliyi artır [6]. Ekstrakardial patologiyası olan xəstələrlə müqaisədə, ürək-damar sistemi xəstəlikləri olan pasiyentlərdə MERS nəzərə çarpacaq dərəcədə çox müşahidə olunur (17). Qeyd olunur ki, bu sindrom intensiv terapiya şobələrinə döş qəfəsi ağrıları ilə qəbul olunan xəstələrin 13-48%-da aşkarlanır. CASPER tədqiqatının nəticələri göstərmişdir ki, naməlum səbəbli ürək dayanmalardan sağ qalmış orqanik kardial patologiyası olmayan pasiyentlərdə, MERS-un rast gəlmə tezliyi 8% təşkil edir. QT intervalının qısalması sindromu olan xəstələrdə erkən repolyarizasiyanın EKQ əlamətləri 65% halda qeyd olunur və bunun mövcutluğu aritmik epizodların yaranmasının risk faktoru hesab edilir [7,8].

MERS-n proqnostik əhəmiyyətilə bağlı birmənalı fikir yoxdur. Müəlliflərin çoxu bunu xoşxassəli EKQ fenomeni sayır [5]. Bununla belə, bu vaxta qədər toplanan məlumatlar MERS-na miokardda baş verən patoloji proseslərin bir hissəsi kimi baxmağa məcbur edir [9,10,11].

Tikkanen J.T. və h.m. məlumatlarına görə aşağı aparmalarda qeyd olunan sindromu olmayan insanlarla müqayisədə ürək və aritmogen ölüm riski statistik dürüst çoxdur.

Ürək-damar patologiyası ilə yanaşı MERS olan xəstələrdə ürək ritminin və keçiriciliyinin stabil pozulmalarının rast gəlmə tezliyi MERS olmayan xəstələrlə müqayisədə 2-4 dəfə çoxdur. MERS-un aritmogenliyinin səbəbi kimi ürəyin keçiricilik sisteminin anadan gəlmə anomaliyaları ilə yanaşı vegetativ sinir sisteminin parasimpatik şöbəsinin hipertonusu da göstərilir [12].

MERS-un mərkəzi hemodinamika göstəricilərinə olan təsirləri axıra qədər oyrənilməmiş qalır. Bobrov A.L. və h.m. məlumatlarına görə MERS olan şəxslərdə sindrom olmayanlarla müqayisədə ürəyin sistolik və diastolik funksiyalarının göstəricilərinin pozulmaları, sol mədəciyin kütləsinin artması qeyd olunur. Mərkəzi hemodinamika göstəricilərinin pisləşməsini, sistolik və diastolik funksiyaların patoloji dəyişilməsini əsas götürərək, müəlliflər MERS və ürək çatmamazlığı arasında olan patogenetik əlaqələr olması barədə fikir irəli sürürlər [7,9]. Sübut olunmuşdur ki, kardial xəstəliklər zamanı böyük yaşlı insanlarda diastolik xüsusiyyətlərin pozulmaları sol mədəciyin nasos funksiyasının azalmasından daha tez yaranaraq xroniki ürək çatmamazlığın əlamət və simptomlarının əmələ gəlməsinə səbəb olur [13].

Beləliklə, mədəciklərin erkən repolyarizasiyası sindromu əvvəllər hesab olunduğu kimi təhlükəsiz elektrokardioqrafik fenomen deyil. Bu sindrom ürək-damar patologiyası olan xəstələrdə daha çox aşkarlanır. MERS olan insanlarda supraventrikulyar ürək ritminin pozulmaları daha çox qeyd olunur. Bu sindromu olan insanlarda mərkəzi kardiohemodinamikanın vəziyyətinin pisləşməsi aşkarlanır ki, bu da ürək çatmamazlığının yaranmasının səbəbi ola biər.

Yuxarıda deyilənləri nəzərə alaraq, işin əsas **məqsədi** mədəciklərin erkən repolyarizasiyası olan məktəb yaşlı uşaqlarda ürəyin diastolik funksiyasının vəziyyətinin təyini olub.

Tədqiqatın material və metodları. Məqsədə matmaq üçün 7-16 yaşlı 61 MERS olan uşaq müayinə olunmuşdur. Bunlardan 24 uşaq- 6-11 yaşında (1-ci qrup), 37-si isə 12-16 yasında 2-ci qrupu təşkil ediblər. Nəzarət qrupunu 6-11 yaşlı 14, və 12-16 yaşlı 17 praktiki sağlam uşaq təşkil edib. Ümumi klinik, anamnestik və geneoloji əlamətləri öyrənməklə yanaşı, bütün uşaqlarda antropometriya, arterial təzyiqin ölçülməsi, elektrokardioqrafiya (EKQ), rəngli doplerexokardioqrafiya (ExoKQ) müayinə üsulları tətbiq olunmuşdur.

EKQ qeydi 12 ümumi qəbul olunmuş aparmalarda EK1T-03M2 cihazında aparılmışdır.

Ürəyin diastolik funksiyasının təyini transmitral axının parametrlərinə əsasən impulsdalğalı dopler ExoKQ müayinəsinin ümumi qəbul olunmuş standart üsulu ilə və EKQ-in sinxron qeydi ilə SonoAse X8 ultrasəs cihazında (Koreya) aparılmışdır.

Sol mədəciyin diastolik funksiyasının qiymətləndirilməsi məqsədilə aşağıdaki parametrlər təyin olunmuşdur: erkən diastolik dolmanın maksimal sürəti, (E, m/s), gec diastolik dolmanın maksimal sürəti, (A, m/s), sol mədəciyin erkən dolma sürətinin təcili müddəti, (ATe, s), sol mədəciyin erkən yubanma sürətinin təcili müddəti, (DTe, s), sol mədəciyin izovolümik boşalmasının vaxtı, (IVRT, s). Alınan ölçülərə əsasən erkən və gec diastolik dolmanın maksimal sürətlərinin nisbəti (E/A) hesablanmışdır.

Alınan nəticələrin statistik analizi Vilkokson-Mann-Uitni qeyriparametrik üsulu ilə aparılmışdir [14].

Alınan nəticələr və onların müzakirəsi. Alınan nəticələrin analizi göstərir ki, müayinə olunmuş MERS olan uşaqların hamısında erkən (E) və gec (A) diastolik dolmanın maksimal sürətlərinin göstəriciləri sağlam uşaqların eyni gostəricilərilə müqayisədə müvafiq olaraq 17,07%, ($p<0,05$), və 20,33%, ($p<0,01$), azalmışdır. Yuxarıdaki göstəricilərin nisbətinin (E/A) parametrləri sağlam uşaqların parametrlərindən praktiki olaraq fərqlənmirlər.

Hər iki qrup MERS olan uşaqlarda sol mədəciyin erkən dolma sürətinin təcili müddətinin göstəriciləri (ATe) nəzarət qrupunun eyni göstəricilərindən müvafiq olaraq 13,95% və 10,47% çox lsa belə, bu fərq statistik dürüst deyil.

Transmitral axının öyrənilməsi zamanı MERS olan uşaqların hamısında sol mədəciyin erkən yubanma sürətinin təcili müddətinin (DTe) və sol mədəciyin izovolümik boşalmasının vaxtının (IVRT) göstəriciləri sağlam uşaqların eyni parametrlərindən bir qədər az olmuşdur. Belə ki, hər iki MERS olan uşaqlar qrupunda DTe göstəriciləri müvafiq olaraq 8,63% və 7,19%, (p>0,05), IVRT göstəriciləri isə müvafiq olaraq 6,45% və 8,06% kiçik olmuşdur, (p>0,05).

Cədvəl 1

MERS olan uşaqlarda transmitral axının göstəriciləri, $\left[\frac{M}{(min - max)}\right]$

Göstəricilər	Sağlam	1-ci qrup	2-ci qrup	P	P_1
E, m/s	0.984 0.639-1.099	0.816 0.625-1.037	0.784 0.613-0.985	0.05	0.01
A, m/s	0.473 0.339-0.544	0.395 0.317-0.467	0.372 0.301-0.472	0.01	0.005
E/A	2.081 1.885-2.020	2.065 1.972-2.221	2.107 2.037-2.087		
ATe, s	0.086 0.076-0.099	0.098 0.081-0.105	0.095 0.079-0.103		
DTe, s	0.139 0.109-0.158	0.127 0.106-0.143	0.129 0.113-0.147		
IVRT, s	0.062 0.048-0.074	0.058 0.048-0.067	0.057 0.046-0.064		

Qeyd: P_1, P_2 – müvafiq xəstələr və nəzarət qrupların göstəriciləri ilə müqayisədə dürüstlük

Beləliklə, müayinə olunmuş MERS olan uşaqlar qrupunda eyni yaşlı sağlam uşaqlarla müqayisədə ürəyin diastolik funksiyasını xarakterizə edən göstəricilər arasında müəyyən fərq aşkarlanıb ki, bu da özünü əsasən erkən və gec diastolik dolmanın maksimal sürətlərinin azalmasinda göstərmişdir. Bununla belə, sol mədəciyin diastolik funksiyasını xarakterizə edən sol mədəciyin erkən yubanma sürətinin təcili müddəti, izovolümik boşalmasının vaxtı və erkən və gec diastolik dolmanın maksimal sürətlərinin nisbətlərinin parametrləri müqayisə olunan qruplarda praktiki olaraq fərqlənmir. Alınan nəticələr MERS uşaqlarda erkən mərhələdə olan ürəyin diastolik disfunksiyasının mövcudluğuna işarə edir.

ƏDƏBİYYAT

1. Towbin J.A. Early repolarization syndrome and the Brugada syndrome: forme frustes? // Eur. Heart J., 2001, v. 22, № 6, p. 448-449
2. Ахмедов Н.А. Синдром ранней реполяризации и функциональное состояние сердца у жителей Азии, Африки и Латинской Америки // Кардиология, 1986, Т. 26, № 6, с. 63-65
3. Андрейченко Т.А., Шепелева А.А., Сергеев И.Н. Состояние здоровья выпускников медицинского колледжа // Приложение к журналу «Кардиоваскулярная терапия и профилактика», 2005, Т. 4, № 4, с. 14-15
4. Дупляков Д.В., Емельяненко В.М. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта у лиц с синдромом ранней реполяризации желудочков // Кардиология, 1998, Т. 38, № 3, с.46-48
5. Компендиум 2009 - лекарственные препараты / Под ред. В.Н. Коваленко, А.П. Викторова. К.: Морион, 2008, Т. 1, 720 с.
6. Hasbak P., Engelmann M.D. Early repolarization. ST-segment elevation as a normal electrocardiographic variant // Ugeskr. Laeger, 2000, v. 162, № 44, p. 5928-5929
7. Бобров А.Л., Бойцов С.А., Темнов А.Н. Электро- и эхокардиографические особенности синдрома ранней реполяризации желудочков // Журнал Сердечная недостаточность, 2002, № 4, С. 565-569
8. Бобров А.Л., Шуленин С.Н. Эхокардиографические изменения у практически здоровых лиц с синдромом ранней реполяризации // Вестник Российской военно-медицинской академии. Приложение, 2005, № 1 (13), с. 63-64
9. Воробьев А.С. Амбулаторная эхокардиография у детей. СпецЛит., 2010, с. 543

10. Brutsaert D.L., Sys S.U., Gillebert T.C. Diastolic failure: pathophysiology and therapeutic implications. heart function // J Am CollCardiol., 1993, v.22, p.318-25
11. Di Grande A., Tabita V., Lizzio M.M. et al. Early repolarization syndrome and Brugada syndrome: is there any linkage? // Eur. J. Intern. Med., 2008, v. 19, № 4, p. 236-240
12. Скоробогатый А.М. Синдром ранней реполяризации желудочков // Кардиология, 1986, Т. 26, № 11, с. 89-94
13. Гриценко Э.Т. Некоторые аспекты генеза синдрома ранней реполяризации желудочков // Кардиология, 1990, Т. 30, № 6, с. 81-85
14. Стентон Гланц. Медико-биологическая статистика. М. Практика, 1999, 459 с.

Резюме

Особенности диастолической функции миокарда у детей школьного возраста с синдромом ранней реполяризации МИОКАРДА

З.К.Рахманов, Б.М.Халилова, Э.В.Гадимова, Г.А.Кафарлы

Учитывая сказанное выше, основной целью работы было определение состояния диастолической функции сердца у детей школьного возраста с ранней реполяризацией желудочков. Под наблюдением находился 61 ребенок с СРРМ в возрасте 7-16 лет. Полученные в ходе исследования результаты свидетельствовали о наличии у детей с СРРМ ранней стадии диастолической дисфункции сердца.

Summary

Peculiarities of the diastical myocardial function in children of school age with the syndrome of early myocardial repolarization

Z.K. Rahmanov, B.M. Halilova, E.V.Gadimova, G.A. Khafarly

Taking into account the above, the main purpose of the work was to determine the state of diastolic function of the heart in school-age children with early repolarization of the ventricles. 61 children with CPRM aged 7-16 years were under observation. The results obtained in the course of the study indicated the presence of an early stage of diastolic dysfunction in the children with CPRM.

Daxil olub: 30.08.2016

СОВРЕМЕННЫЕ КОНСТРУКЦИИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НЕФТЯНИКОВ, РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННОГО РАДИАЦИОННОГО ФОНА

Т.Г. Махмудов, Л.Т. Мурадова, А.И.Тагиев

Азербайджанский медицинский университет, кафедра ортопедической стоматологии, г.Баку

Açar sözlər: stomatoloji protezləşdirmə, konstruksiya, radiasiya, neftçilər
Ключевые слова: стоматологическое протезирование, конструкции, радиация, нефтяники
Key words: dental prosthetics, structures, radiation, oil industry workers

Нефтяная промышленность- одна из ведущих отраслей экономика Азербайджана. В настоящее время она занимает ведущее место в определении экономического благосостояния всего населения. Однако, к сожалению, эта отрасль была и остается одним из серьезных источников техногенного загрязнения окружающей среды [1].

Рядом радиационно-технологических исследований (1994-2007 г.) нами было установлено, что на некоторых нефтепромыслах Азербайджана радиационный фон достигает 1400 мк Р/ч при норме 15-20 мк Р/ч.

Анализ результатов наших научных наблюдений позволил рекомендовать нефтяникам использование зубных протезов безметалловых конструкций.

В связи с этим, интересно провести анализ возможного применения современных методов протезирования – виниров, коронок из циркония, имплантов. Известно что виниры – это тонкие керамические накладки, исправляющие такие зубные дефекты как сколы эмали, диастемы, стираемость зубов, изменение цвета старых пломб, клиновидные дефекты.

Что касается циркония, то в проблеме накопления радиации в науке есть различные гипотезы. Считается что цирконий в стоматологии является прочным и эстетичным материалом

Однако о своей химической природе Zr^{40} является металлом серого цвета, стоящим в таблице Менделеева в ряду с другими металлами: Ti ^{22} (титаном) и Hf ^{72} (гафнием) и резорфордиумом Rf^{104}.

В публикациях последних лет описаны радиоактивность при добыче и переработки циркония (В.Крылов 2012 г.). В связи с повышенным фоном радиации в этих районах большой процент онкозаболеваемости, что вызвало бурные протесты жителей Донецкой области Володарского района. В стоматологии как известно, используется оксид циркония, что не отрицает химической природы данного элемента.

По данным ученых из Нижнего Новгорода, тонкие пластинки из циркония способны удерживать рентгеновское облучение.

Обобщая эти научные факты, можно предположить что цирконий, накапливая радиоактивные вещества, может стать источником вторичного облучения в полости рта нефтяников.

Так как по данным ЭПР (электроннопарамагнитного резонанса), проведенным нами в 1994 - 2007гг. совместно с Московским Институтом Химической Физики Российской Академии Наук, было установлено что эмаль зуба нефтяников способна накапливать дозу радиации.

Ранее также мы не рекомендовали металлические коронки и включения (вкладки), усугубляющие заболевания слизистой полости рта у нефтяников. В связи с чем мы решили проанализировать возможное влияние усиленного радиационного фона нефтепромыслов на зубные импланты нефтяников.

По данным литературы последних лет [2,3]. современные импланты изготавливаются в основном из медицинского титана и очень редко из оксида циркония и искусственного сапфира. Титан по прочности идеально биологически сочетается с естественной костной тканью. Известно также широкое применение титана в авиации при постройке фюзиляжей, производства двигателей, изготовлении обшивки и крепежных двигателей. В длительных полетах летчики и экипаж также получают высокие дозы радиации.

В современной стоматологии применяется титан – это сплав, состоящий в основном из титана и небольшого процента таких элементов как Fe, N, O, Al, C, V, H [4]. / В.Э.Гюнтер, В.Н.Ходоренко и др. 2006г./В имплантологии в частности применяются

Grade 1-4 ASTM – швейцарский титан (имплант)

Ti – 6 Al – 4V – сплав США

Ti – 6 Al – 4V – сплав Канады [5].

При аллергических реакциях на титан у пациентов, в некоторых случаях используется импланты из оксида циркония и искусственного сапфира, который также широко применяется в изготовлении зубных брекетов.

Все вышесказанное показывает актуальность наших ранее проведенных работ и в продолжении научных исследований в этом направлении в дальнейшем. Таким образом, резюмируя, есть основания не рекомендовать цирконий (как и титан) в конструкциях зубных протезов нефтяникам, работающим в условиях повышенного радиационного фона.

Учитывая высокую стоимость и трудоемкость изготовления циркониевых конструкций.

Анализ данных наших работ и литературы последних лет приводит к выводу, что из современных методов протезирования которые можно рекомендовать нефтяникам, работающим в условиях повышенного радиционного фона- виниры и в необходимых случаях импланты из искусственного сапфира. Учитывая повышенный радиационный фон на некоторых нефтяпромыслах Азербайджана и возможность накопления радиоактивных веществ в металлических и циркониевых конструкциях, мы рекомендуем целесообразным широкое использование обычных пластмассово-керамических зубных протезов как съемных так и несъемных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмедов А.А., Мурадова Л.Т.Данные биологических дозиметрии гамма-излучения эмали зубов // Азерб.Тибб Журналы, 1997, № 2, с.92

2. АхмедовА.А., Керимов Э.Э., Мурадова Л.Т., Тагиев А.Н. Особенности ортопедического стоматологического лечения нефтяников, работающих в условиях технологически и усиленного радиационного фона / Uşaq stomatoloqlarının II Respublika elmi-praktik konfransın materialları. Bakı-2000, s.72-73

3. В.Э.Гюнтер, В.Н.Ходоренка и др. Никелид титана. Медицинский материал нового поколения . Томск, 2006, 196 с.

4.Гуроринкел Л.Н., Гизатулин Р.М Тестирование дентальных имплантов // Дентал Юг, 2007,№7, с.50-52

Xülasə

Yüksək radiasuya fonunda fəaliyyət göstərən neftçilərin stomatoloji protezləşdirilməsində müasir konstruksiyalar

T.Q.Mahmudov, L.T.Muradova, A.İ.Tağıyev

Bizim tədqiqat işlərinin və ədəbiyyat məlumatalrının göstəricilərinin təhlilindən belə qənaətə gəlmək olar ki, yüksək radiasiya fonunda çalışan neftçilərə olan müasir protezləşdirmə metodlarından viniri və lazım gəldikdə süni safirdən olan implantları tövsiyə etmək olar. Azərbaycanın bəzi neft sənayelərində yüksək radisiya fonunu və radiaktiv müddələrin metallik və sirkon konstruksiyalarda toplanmasının mümkün olmasını nəzərə alaraq onlara plastmass-metal diş protezlərinin tətbiqi məqsədəuyğundur.

Summary

Modern constructions in stomatological prosthetics of oil companies working in the conditions of a high radiation background

T.G.Mahmudov, L.T. Muradova, A.I. Tagiev

An analysis of the data of our works and literature of recent years leads to the conclusion that of modern methods of prosthetics that can be recommended to oil workers working in conditions of increased radionuclide fusion and, if necessary, implants from artificial sapphire. Taking into account the increased radiation background in some oil fields of Azerbaijan and the possibility of accumulating radioactive substances in metal and zirconium structures, we recommend the widespread use of conventional plastic-ceramic dentures both removable and non-removable.

Daxil olub: 22.09.2016

BAKTERİAL VƏ VİRUS MƏNŞƏLİ MENİNGİTLƏRİN KLİNİKİ-MİKROBİOLOJİ XÜSUSİYYƏTLƏRİNİN ƏHƏMİYYƏTİ

A.C.Orucova

Azərbaycan Tibb Universiteti, uşaq yoluxucu xəstəlikləri kafedrası, Bakı

Açar sözlər: bakterial meningit, virus meningit, klinika, mikrobioloji müayinələr
Ключевые слова: бактериальный менингит, вирусный менингит, микробиологические исследования
Key words: bacterial meningitis, viral meningitis, microbiological studies

Mərkəzi sinir sistemini (MSS) baş beyin və onuğa beyni ağ və boz maddələrdən təşkil edilmişdir. Boz maddədə sinir hüceyrələrini yaxud neyronların cismi, ağ maddədə isə sinir hüceyrələrinin ıxıntıları olan aksonlar yerləşir. Baş beyində boz maddə əsasən xaricdən əahtə edərək beyin qabığını və onun altında yerləşən boz maddə yığını olan nüvələri təşkil edir. Baş beyindən fərqli olaraq uzunsov beyində boz maddə daxildə yerləşmiş haldadır [1,9].

Sinir sistemində neyronlardan əlavə neyroqlia hüceyrələri- qliositlər də daxildirlər. Ependim hüceyrələri, astrositlər, oliqodendrositlər və s. kimi də adlandırılan qliositlərin dayaq, trofiki, müdafiə və sekretor funksiyaları vardır [1].

Beyin xaricdən yumşaq, hörümçəktorunabənzər və bərk qişalarla əhatə olunmuşdur. Yumşaq qişa beyni birbaşa əhatə edir. Yumşaq qişadan xaricdə hörümçəktorunabənzər qişa yerləşir ki, o da yumşaq qişadan subaraxnoidal sahə ilə ayrılır. Beyin qişalarından ən xaricdə yerləşəni beynin sərt qişasıdır. Sərt qişa ilə hörümçəktorunabənzər qişa arasında subdural sahə vardır [1, 6].

Baş beynin daxilində beyin mədəcikləri yerləşir. Beyin mədəcikləri yan mədəciklər, III və IV olmaqla 4 ədəddir. Bu mədəciklər biri-birilə və onurğa beyninin mərkəzi kanalı ilə əlaqədədirlər. Beyin mədəciklərində və subaraxnoidal sahədə daim dövran edən spesifik maye –serebrospinal maye, yaxud likvor dövr edir. Likvor beyin mədəciklərinin ependimində və damar kələflərində əmələ gələn xüsusi tərkibə malik şəffaf mayedir. Likvorun əsas funksiyasını trofiki və metabolitlərin mərkəzi sinir sistemindən çıxarılması təşkil edir. Beyin mədəciklərinin damar kələfi və epididimdən əmələ gələn likvor yan mədəciklərdən III mədəciyə, oradan isə orta beynin su kəməri (Silvi su kəməri) vasitəsilə IV mədəciyə

keçir, oradan isə onurğa beyninin mərkəzi kanalına və subaraxnoidal sahəyə axır. Bundan başqa, likvor subaraxnoidal sahədən hörümçəktorunabənzər qişa və perinevral boşluqlar vasitəsilə limfa və vena damarlarına nüfuz edirlər. Likvorun normal insanda həcmi təxminən 150 -200 ml arasında dəyişilir. Beyni qanla təchiz edən qan kapilyarları ilə beyin toxuması arasında hematoensefalik baryer olur. Hematoensefalik baryer beyin kapilyarlarının divarında endotel hüceyrələri bazal membran hüceyrələri üzərində fasiləsiz sıx təmaslarla yerləşdiyindən bir –sıra makromolekullar, dərman maddələri, toksinlər və s. beyinə daxilə ola bilmir. Mərkəzi sinir sisteminin bəzi xəstəlikləri zamanı xüsusilə meningitlərdə bu baryerin keçiriciliyi yüksəlir [1,12].

Meningitlər zamanı likvorun tərkibində dəyişikliklər meydana gəlir. Praktiki olaraq, əksər mikroorqanizmlərlə törədilə bilən meningitlər polietioloji xəstəlik hesab olunur. Uşaqlarda meningitlər çox vaxt Neisseria meningitidis, Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzeae və s. kimi bakteriyalar tərəfindən törədilir. Bəzi hallarda Staphylococcus auereus, S.epidermidis, Streptococcus pyogenes, E.coli, Klebsiella, Proteus, Pseudomonas, Listeria monocytogenes, Brucella, eləcə də Candida cinsli və digər göbələk mənşəli meningitlərə də rast gəlinir [11,18,20].

Bakterial yaxud irinli meningitlər kəskin və ağır gedişə malik olur. Meningitlərin bütün formalarının kliniki mənzərəsi əsasən yüksək qızdırma və meningeal sindromla xarakterizə olunur. Meningeal sindrom güclü baş ağrıları, qusma, spesifik menigeal poza, Kerniq, Brudzinski simptomları, azyaşlı uşaqlarda Laseq simptomu, böyük əmgəyin qabarıqlaşması və s. kimi əlamətlərlə səciyyələnir [7].

Mərkəzi sinir sisteminin bakterial infeksiyaları; əlamətlərin 1 saatdan 24 saata kimi müddətdə sürətlə inkişaf etməsi ilə xarakterizə olunan kəskin; bir ilə yeddi gün içərisində inkişaf edən yarımkəskin və yeddi gündən uzun sürən xroniki infeksiya şəklində ola bilər [19]. Geniş yayılmış bakterial infeksiyalar leptomeninks, səthikortikal strukturlar və qan damarlarına təsir edir. Meningit termini bu infeksiyaları müəyyən etmək üçün istifadə olunsa da, xəstəlik zamanı beyin parenximası və qan damarlarının da iltihabi prosesdən zərər gördüyü, endotelial hüceyrələrin xəsarət alması və daralmalarla əlaqədar ikincili işemiya və infarktların meydana gələ biləcəyini də qeyd etmək lazımdır. Bakterial və virus mənşəli meningitlərin əlamət və xüsusiyyətləri cədvəl 1 –də öz əksini tapmışdır [16].

Patolоloji iltihab müddəti bütün kəllədaxili strukturlara müxtəlif dərəcələrdə təsir göstərir. İltihab müddətinin kəskin dövründə beyin ödemi və beyin-onurğa beyni mayesinin beyin mədəcikləri sistemi daxilində və ya kənarında dövranına təsir edərək hidrosefaliyaya səbəb ola bilər [8].

Cədvəl 1

Meningitlərin kliniki xüsusiyyətləri və tövsiyə edilən tədbirlər

Diaqnoz: Beynin iltihabi (adətən kəskin xarakterli olur). Klinikası: Qızdırma və başağrısı ilə müşayiət edilən tutmalar, motor (hərəki) paralici, şüurda dəyişikliklər Laborator dəyişikliklər: beyin –onurğa beyni mayesində hüceyrə sayları və zülalların miqdarı artmış, ZPR və seroloji beyin –onurğa beyni mayesi və qan analizi Rentgenoloji müayinə: Ödem (lokal yaxud yayılmış), mielinləşmənin pozulması, infarkt ocaqları Patoloji anatomiya və histologiyası: Perivaskulyar hüceyrələr, boz maddə, neyronofagiya, ödem, dismielinləşmənin pozulması, qlioz
İnfeksion proseslər: Enteroviruslar (95%), mikoplazma, herpes, EBV və digər viruslar Nadir hallarda: bakteriyalar, göbələklər, ibtidailər Bəzi səbəblər ağcaqanad və gənələrin "dişləməsilə" əlaqələndirilir, fəsli xarakter daşıya bilər.
Para/postinfeksion proses: tənəffüs sisteminin infeksiyası (təxminən 25% hallarda) yaxud da ümumi proses zamanı ya da ondan sonra naməlum etiologiyalı ekzantemalar
Müalicə: yardımedici Herpes:Asiklovir Kəskin disseminasiyaedici ensefalomielit: venadaxili immunoqlobulin, plazmanın dəyişdirilməsi.

Həkim diaqnostik müayinələrin nəticəsini gözləyərkən geniş spektrli antibiotik müalicəsinə başlamalıdır. Spesifik orqanizmlər müəyyən edildikdən sonra antibiotiklərə həssaslıq nəzərə alaraq, antibiotikoterapiya geniş spektrli antibiotikləri müəyyən edilmiş mikroorqanizmlərin həssas olduğu spesifik antibiotiklərə dəyişməklə davam etdirilir. 3 aylıqdan kiçik bakterial meningitli xəstələrdə ilkin müalicədə

sefotaksim (bir aylıqdan böyük uşaqlarda seftriakson da istifadə edilə bilər) və ampisillin birlikdə təyin edilir. Ampisillin böyük uşaqlarda nadir hallarda rast gəlinən Listeria və enterokok infeksiyaları üçün istifadə edilir. Üç aydn böyük uşaqlarda seftriakson, sefotaksim yaxud da ampisillin gentamisinlə birlikdə təyin edilməyə başlayır [2]. ABŞ –da pensillinə qarşı davamlı pnevmokokların çox qeydə alınması səbəbindən qram boyası ilə Streptococcus pneumoniae mikroorqanizmi istisna edilmədiyi hallarda xəstələrin mikroorqanizm kulturalarının analiz cavabları gələnə kimi vankomisin yaxud da rifampin müalicəyə əlavə edilir. Mikroorqanizmlərin həssaslığı laborator müəyyən edildikdən sonra müalicə antibiotikinin spektri daraldılır. Müalicə müddəti meninqokok infeksiyaları üçün 7, Haemophilus influenzae yaxud da pnevmokok infeksiyaları üçün 10 gün və digər orqanizmlər üçün 14-21 gün təşkil edir. Zəif kliniki reaksiya zamanı yaxud da ağırlaşmalar zamanı müalicə müddəti uzadıla bilər [5].

Bakterial meningitli uşaqlar tez –tez sistematik olaraq xəstə görünüşlüdürlər. Hipovolemiya, hipoqlisemiya, hiponatriumiye, asidoz, septiki şok, tutmalar, yayılmış damardaxili laxtalanma, perikardit, artrit yaxud da pnevmoniya kimi metastatik infeksion proseslər yaxından izlənilməli və təcili müalicə edilməlidir [4]. Başlanğıcda belə uşaqlar güclü nəzarətə götürülməli, hər saatdan bir nevroloji müayinələr aparılmalı, uşağın nevroloji vəziyyəti sabitləşmədikcə o qidalandırılmamalı, törədici mikroorqanizmin xarakteri və növ tərkibi müəyyən edilmədikcə xəstə izoləedilməlidir. Bundan başqa, xəstələrdə kardio – respirator monitorinq aparılmalı, su –duz mübadiləsi, bədən kütləsi nəzarətdə saxlanılmalı, su müvazinəti təmin edilənə qədər izotonik mayelər və daha sonra həddən artıq olmamaq şərtilə dekstran və duz tərkibli mayelər verilməlidir [21].

Həddindən artıq yaxud da lazım olduğundan az miqdarda antidiuretik hormon ifrazı nəticəsində maye – elektrolit müvazinətinin pozulmasıyla əlaqədar anormallıqlar meydana gələ bilər. Bu hal ciddi nəzarət və uyğun maye müalicəsini vacib edir. İlk bir-iki gündə hər 8 saatla 12 saat arasında fizioloji məhlul, qeyri – düzgün antidiuretik hormon ifrazı olan xəstələrdə siditin yoxlanılması lazımdır [15].

Bakterial meningitli uşaqların 30% -ində tutmalar müşahidə edilir. Tutmalar yenidoğulmuşlarda tez – tez rast gəlinsə də, böyük uşaqlarda daha nadir hallarda rast gəlinir [3]. İnadcıl fokal yaxud fokal nevroloji çatışmazlıqlarla müşayiət olunan tutmalarda, subdural effuziya, apses, arterial infarkt, kortikal venoz infarkt yaxud da dural sinus trombozu kimi vaskulyar zədələnmələr haqqında düşünmək lazımdır. Metabolik pozğunluqları olan uşaqlarda ciddi problemlər yaradabiləcəyi riski ilə əlaqədar olaraq generalizə olunmuş tutmalar erkən müəyyən edilməli və müalicə edilməlidir. Genelizə olunmuş tutmalar zamanı fenobarbituratlara nisbətən daha az sedativ təsir göstərən fenitoinə üstenlük verən həkimlər çoxdur [10].

S.pneumoniae mənşəli meningitdə kiçik uşaqların 50%-də subdural effuziya meydana gələ bilir. Meningit zamanı KT edilən xəstələrdə subdural effuziyaların tez-tez müşahidə edildiyi qeyd edilmişdir. H.influenzae meninqokok yaxud da pnevmokok meningitlərində uzun müddətli qızdırma və subdural effuziyanın mövcudluğu subdural punksiya və drenaja göstəriş hesab olunmur [17]. Bu xəstələrdə standart müalicə ilə qızdırma tədricən enir, effuziyalar steril hala gəlir və xəstələrdə əlavə ağırlaşmalar meydana gəlmədən onlar sağalırlar. Digər xəstələrdə isə mayenin steril hala gəldiyini göstərmək və təzyiqi azaltmaq üçün subdural punksiyaya ehtiyac yarana bilər. Subdural effuziyanın xəstəliyin proqnozuna təsir göstərmir [13].

Beyin ödemi kəllədaxili təzyiqin artmasına səbəb ola bilər. Bu xəstələr osmotik vasitələr, diuretiklər, hiperventilyasiya yaxud da deksametazonlar müalicə edilir. Kəllədaxili təzyiqin davamlı olaraq monitorinqinə ehtiyac yaranır.

Meningitin uzunmüddətli təsirləri beyin hüceyrələrinin iltihabi destruksiyası, damar zədələnməsi yaxud da ikincili qliozislə əlaqədar ola bilər. Meningit keçirmiş xəstələrdə fokal motor (hərəki) və hissi pozğunluqlar, görmə problemləri, eşitmənin azalması, tutmalar, hidrosefaliya və paraliclər müşahidə oluna bilər [14].

Yuxarıda qeyd etdiklərimizdən aydın olur ki, meningit zamanı baş verən proseslər nəinki lokal olaraq, mərkəzi sinir sistemi strukturlarını əhatə edən, həmçinin bütün orqanizm səviyyəsində baş verən dəyişikliklərlə xarakterizə olunur və bu baxımdan uşaqlarda bakterial meningit və meninqoensefalitlər zamanı xəstlərin yaşı, xəstəliyin müddəti və ağırlıq dərəcəsini nəzərə almaqla bərabər onların immun sisteminin göstəricilərinin dərindən öyrənilməsi aktual mövzunu əhatə edir.

ƏDƏBİYYAT

1. Qarayev Z.Ö., Qurbanov A.İ. Tibbi mikrobiologiya və immunologiya. Bakı, 2010, s.819-821.
2. Kneen R, Solomon T. Management and outcome of viral encephalitis in children // Pediatrics and Child Health, 2007, v.18, p.7-16.
3. Quagliarello V.J., Scheld W.M. Treatment of bacterial meningitis in adult // New England, Journal of Medicine, 2001, v.336, p.708-16.

4. Prober C.G. Acute bacterial meningitis and viral meningoencephalitis. In: Behrman, Kliegman and Jenson (editors) / Nelson Textbook of Pediatrics (17th edition). Pennsylvania: Saundars, 2004, p.2038-47.
5. Robbins J.B., Schnurson R., Gotschlich E.C. Surveillence for bacterial meningitis by means of polymerase chain reaction // Clinical Infectious Diseases, 2005, v.40, p.26-7.
6. Ramakrishnan K.A., Levin M., Faust S.N. Bacterial meningitis and brain abscess // Medicine, 2009, v.37, p.567-73.
7. Kabani A., Jadavji T. Sequelae of bacterial meningitis in children // Antibiotic Chemotherapy, 1992, v.45, p.2009-17.
8. Koshiniemi M., Karppi M., Mutonen K. Epidemiology of encephalitis in children-a prospective multicentre study // European Journal of Pediatrics, 1997, v.156, p.541-5.
9. Macgrath N, Anderson NE, Croxson MC. Herpes simplex encephalitis treated with acyclovir-diagnosis and long term outcome // Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 1997, v.63, p.321-6.
10. Kabilan L.K., Vrati S., Ramesh S. et al. Japanese encephalitis virus is an important cause of encephalitis in children of Cuddalore district of Tamilnadu, India // Journal of Clinical Virology, 2004, v.31, p.153-9.
11. Chavanet P., Schaller C., Levy C. et al. Performance of a predictive rule to distinguish bacterial and viral meningitis // Journal of Infection, 2007, v.54, p.328-36.
12. Baraff L.J., Lee S., Schriger D.L. Outcomes of bacterial meningitis in children: a meta analysis // Pediatric Infectious Disease Journal, 1993, v.12, p.389-94.
13. Singhi P., Bansal A., Singhi G., Singhi S.Predictor of long term neurological outcome in bacterial meningitis // Indian Journal of Pediatrics, 2007, v.74, p.369-74.
14. Rice P. Viral meningitis and encephalitis // Medicine, 2009, v.37, p.574-8.
15. Anjela S., Aggarwal A. Acute bacterial meningitis // Indian Pediatrics, 1997, v.34, p.1097-9.
16. Youssef F.G., Sakk H.E., Azab A. et al. Aetiology, antimicrobial susceptibility profile and mortality associated with bacterial meningitis among children in Egypt // Annals of Epidemiology, 2004, v.14, p.44-8.
17. Grimwood K., Anderson P., Anderson V. Twelve years outcome following bacterial meningitis – Further evidence for persisting effect // Archives of Disease in Childhood, 2000, v.83, p.111-6.
18. Beek V.D., Gans D.J., Tunkel A.R., Wijdicks F.M. Community acquired bacterial meningitis in adult // New England Journal of Medicine, 2006, v.354, p.44-53.
19. Wald E.R., Kaplon S.J., Mason E.O. Jr et al. Dexamethasone therapy of children with bacterial meningitis // Pediatrics, 1995, 95, p.21-8.
20. Peltola H. Prophylaxis of bacterial meningitis // Infec Dis Clin North Am., 1999, v.13, p.685 -710.
21. Kaplan S.L., Feigin R.D. The syndrome of inappropriate secretion of ADH in children with bacterial meningitis // J.Pediatr., 1978, v.92, p.758-61.

Резюме

Значение клинико-микробиологических особенностей бактериального и вирусного менингита

Ф.Дж.Оруджева

Процессы происходяшие при менингите охватывает не только центральную нервную систему, она характеризуется с изменениями но уровне всего организма. С этой точки-зрения при этих заболеваниях большое значение имеет не только анамнестические данные, но клинико-микробиологические и иммунологимческие паказатели.

Summary

The importance of clinical and microbiological features of bacterial and viral meningitis

F.J. Orujeva

The processes occurring with meningitis cover not only the central nervous system, it is characterized with changes in the level of the whole organism. From this point of view, with these diseases, not only the anamnestic data, but clinical-microbiological and immunological evidence, are of great importance.

Daxil olub: 30.08.2016

QARIN BOŞLUĞUNUN ÖN DİVARININ DEFORMASİYASININ CƏRRAHİ KORREKSİYASI

B.A.Ağayev, D.M. Məhərramov
M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı

Açar sözlər: qarın boşluğu, ön duvar, deformasiya, korreksiya
Ключевые слова: брюшная полость, передняя стена, деформация, коррекция
Key words: abdominal cavity, front wall, deformation, correction

Hazırda rekonstruktiv abdominoplastika vasitəsilə qarın boşluğunda deformasiya və qüsurlar aradan qaldırılaraq, ən geniş yayılmış cərrahi müdaxilə növü hesab edilir [2,4.8]. Həmin problemə olan yüksək diqqət tibb müəssisələrinə qarnın yumşaq toxmalarında müxtəlif dəyişikliklər olan xəstələrin müraciət etmə tezliyinin artması ilə bağlıdır [4,8,13,14]. Qarın boşluğu divarında korreksiyaedici əməliyyatların aparılmasına əsas göstərişlər- estetik xarakterli dəyişikliklər, hamiləlikdən, keçirilmiş müdaxilələrdən sonra, uzun müddətli yırtıq daşıyıcılığı nəticəsində onun formasının dəyişməsi, yağlar mübadiləsinin pozulması və piy toxumalarının toplanması, dəri-piy "önlüyünün" yaranması [1.2,14]. Qeyd etmək lazımdır ki, bir çox ölkələrin əhalisi arasında şiddətlənən piylənmə qarın boşluğunda dəri-piy dəyişikliklərinə və əzələ-aponevrotik təbəqə dəyişikliklərinə səbəb olan əsas faktor hesab edilir [2,11]. Morbid piylənmə olan xəstələrdə qabarıq dəri-piy "önlüyünün" olması bir sıra funksional pozuntular, sosial və məişət imkanlarının məhdudlaşması ilə müşayiət olunur. Rekonstruktiv abdominoplastikaya göstərişlər qarın boşluğunun ön divarının böyük massivli piy toplantıları, deformasiya olunan zahiri görünüşü hesab etmək olar ki, belə deformasiyalar gigiyenik prosedurları yerinə yetirməyə mane olur, təbəqələrdə dərinin maserasiyasına səbəb olur [7]. Ona görə də plastik-korreksiyaedici əməliyyat və artıq dəri-pir toplantılarının aradan götürülməsi əməliyyatları geniş yayılmış əməliyyat hesab edilir [17]. Bu əməliyyatlar bərpaedici əməliyyatlar hesab edilir, çünki təkcə qarnın formasının düzəldilməsi nəzərdə tutulmur, həm də mədə-bağırsaq traktı, ürək-damar sistemi, tənəffüs orqanları tərəfindən funksional pozuntuların aradan qaldırılması nəzərdə tutulur [1,3,10,16,24,27]. Hamiləlik və ya piylənmə zamanı qarnın həcminin artması ilə qarın toxumalarının artması baş verir. Qarın boşluğunun ölçüsü azaldıqda dartılan qarın divarı artıq əvvəlcə vəziyyətinə qayıtmır. Əzələlərin və qarnın ağ xəttinin dartılması nəticəsində sallanmış qarın əmələ gəlir, pəhriz və fiziki hərəkətlər ilə onun aradan qaldırılması çətin olur [1,4,9,20,23].

Abdominoplastika həm striyalar ilə dərinin dartılması zamanı, həm də böyük əməliyyatdansonrakı çapıqlar zamanı yerinə yetirilə bilər. Dəri və piy toxumalarının aradan qaldırılması hesabına onun dəyişikliklərini də aradan qaldırmaq mümkündür [1,6,12]. Qarın boşluğunun normal topoqrafik-anatomik nisbətlərinin pozulmasının rəngarəngliyi onun deformasiyanını sistemləşdirilməsini aktual edir. Bəzi müəlliflər [3,4] yumşaq toxumaların vəziyyətinə (dəri, dərialtı piy toxuması, əzələ-aponevrotik karkas) və qarın boşluğunun ön divarının ptozun qabarıqlılığına əsasən lokal dəyişikliklər haqqında fikir irəli sürürlər. Bu strukturların qiymətləndirilməsinin nəticələrinə əsasən aşağıdakı qruplar ayrılır: 1-konturların çapıqlı deformasiyaları, 2-dermal distorfiya hesabına dəridə süstülük, 3-qarnın ön divarının süstlüyü və ptozu, 4-qarnın ön divarının qabarıq süstlüyü, ptozu və düz əzələlərin diastzı, 5-yanaşı deformasiylar ("önlük" və ventral yırtıqlar, dəri və striyaların dartılması, əməliyyatdansonarkı çapıqlar və düz əzələlərin diastazı). Bəzi mütəxəssislər [7] "lokal piy toplantıları" dedikdə, bədənin başqa hissələrinə nisbətən piy qatlarının həddindən artıq çox toplanmasını nəzərdə tuturlar. "Piy derofmasiyaları" dedikdə, generalizə olunmuş piylənmə zamanı piy toxumalarının artıq bərabər şəkildə toplanmasını, eləcə də bədən konturlarını deformasiya edən ayrı-ayrı lokalizasiyaları, dəri-piy təbəqəsinə əməliyyatdan sonrakı və travmadan sonrakı dəyişiklikləri nəzərdə tuturlar (dəri-piy "önlüyü" və "parçalar"). Bir çox müəlliflər [14,27] konstitusiya xüsusiyyətlərinin, qarnın formasının nəzərə alınması, optimal cərrahi müdaxilə girişi zamanı qarın boşluğunun topoqrafik-anatomiyasınını zəruriliyinə diqqət yetirirlər.

Qarnın ön divarında oriyentirlər qabırğalar, qalça darağı, qalça tini, qasıq çıxıntısı, simfiz, qasıq qatları, qarnın düz əzələləri hesab edilir. Qarın boşluğunun forması qabırğa qövslərinın aşağı kənarları arasındakı məsafəyə (distantia bicostarum) və ön yuxarı qalça tini (distantia bispinarum) asılıdır. Bu forma oval ola bilər- bərabər bicostarum et bispinarum ilə mezomorf subyektlər. Braximorf və ona yaxın formalar zamanı bədən quruluşu çox vaxt döş qəfəsi dəliyi geniş və çanaq dar olur (distanciae bicostarum превышает distancia bispinarum). Dolixomorf bədən quruluşu zamanı aşağı döş qəfəsi dəliyi dar və çanaq enli olur [16]. Bu fərqlərin faizlərdə nisbəti qarnın köndələn indeksi adlanır (Лаврова Т. Ф., 1979). 100-dən çox indeks braximorf hiperstenik (kişi), 100-dən aşağı astenik dolixomorf (qadın), 100-ə bərabər- qarın boşluğunun ön divarının oval forması ilə xarakterizə olunur [25]. Qarın boşluğunun ön divarının sərhədləri

döş qəfəsinin hədəf çıxıntısı, qabırğa qövsü, Lesqaft xətti (XI qabırğadan aşağı sərbəst kənarları), qasıq qatları və qasıq simfizi ilə təyin olunur. Linea bicostalis-X et linea bispinalis qarın boşluğunu 3 hissəyə ayırır: 1)qarınüstü (epigastrium); 2) qarın (mesogastrium); 3) qarınaltı (hypogastrium), pararektal xəttlər ilə yanaşı sağ və sol qabırğaltında qarınüstü, sağ və sol kənarlar, göbək, sağ və sol qasıq, qasıq nahiyəsi [8,11].

Qarın boşluğu divarının dərisi nisbətən nazik olur (təqribən 0,8-1 mm), hərəkətli (qasıq aynaqları yaxınlığında azalır), elastik, asanlıqla qatlanır və qarın boşluğuna təzyiqi artırdıqda güclü dartıla bilir (hamiləlik, assit, meteorizm və s.). dəri dartılması xətləri (lanqer) köndələn olaraq (medial tərəfə yuxarıdan aşağı) istiqamətlənmiş olur. Dəri vəziyyətinin dəyişməsi də həmçinin əməliyyatın aparılması üçün əsas verir. Striyaların əsas hissəsi (qarınaltında yerləşmənin üstünlüyü) abdominoplastikanın gedişatında aradan qaldırıla bilər. Dartılan zolaqları çox zaman dərialtı piy toxumasının minimal qalınlığı zamanı meydana gəlir, ona görə də dəri-piy təbəqəsinin müəyyən dərəcədə yerini dəyişməsi mobilizasiya zaman heç də həmişə mümkün olmur. Bu zaman striyalar hissə-hissə aradan qaldırılır, bununla yanaşı əməliyyatdan sonrakı çapıqlar əlavə şaquli istiqamət alır [2.14,18].

Qarın boşluunun dərialtı piy toxuması süstü olur, müəyyən qalınlığa çata bilir (göbək və qarnın ağ xətti istisna olmaqla). Daha çox onun qarınaltı hissəsi xüsusilə qadınlarda qalın olur [28].

Artıq bədən çəkisi olan şəxslərdə dərin piy toplantıları bir neçə əlavə fassial qatlara bölünür (qat-qat struktur), səthi üçün sirməli quruluş xarakterikdir. Ağ xətt nahiyəsində, xüsusilə göbəkdən aşağı toxuma daha sıx olur, ona görə də qan sızma nadir hallarda qarın boşluğunun bir divarından o biri divarına yayılır [26].

Qarın boşluğunun ön divarının topoqrafik-anatomik quruluşu xüsusiyyətləri haqqındakı biliklər deformasiyalar zamanı cərraha cərrahi müdaxiləni səmərəli şəkildə planlaşdırmağa və hazırda cərrahi ləvazimatlar arasında mövcud olan abdominoplastika texnika trofikinin adekvat vəziyyətini seçməyə imkan verir. Rekonstruktiv abdominoplastika uzun on illiklər boyunca formalaşmışdır [12]. Son illər qarnın aşağı toxumasının geniş aralanması və qabırğa qövsü və qılıncabənzər çıxıntıya qədər dar qasıq giriş nahiyəsindən böyük sahələrin aradan qaldırılması üsul və metodikaları meydana gəlmişdir. Müxtəlif variasiyalarda aşağı kəsiklər təklif edilmişdir [17,23]: qasıqüstü üfüqi kəsik və yan nahiyələrdə yuxarıya doğru əyilmələr**[21],** aşağı əyilmə ilə kəsişən qasıq qatları [24,25].

Qasıq üstündə və qasıq qatlarında «W» şəkilli kəsik vektor üzrə dartılma ilə əlaqədar olaraq çapığı yaxşılaşdırmışdır [25,29,30]. Üfüqi kəsiklərdən istifadə etməklə rekonstruktiv abdominoplasikanın da nəticələri yüksəlmişdir. Bu forma texnika bucaqsız 3 arxadan [23] və fiqurun plastikasının modifikasiyasından, əməliyyatdan sonrakı çapığın əvvəlcədən proqnozlaşdırılmasından ibarət olmuşdur [17,20,25,26]. Qarın boşluğunu ön divarının yuxarı nahiyələrinin korreksiyası zamanı əməliyyat travmalarının həcmi azalmışdır. Submammar qatların kəsilməsi ilə «reverse-abdominoplasty» təklif edilmişdir [24].XX əsrin 70-ci illərindən qarın boşluğunu ön divarının aşağı şöbələrinin məhdud deformasiyaları zamanı mini abdominoplastikadan geniş istifadə edilmişdir («mini-lift») [11,18,19,20,21]. (24) böyük hcmli dəri-piy qatını rezeksiyası ilə rekonstruktiv abdominoplastikanın yeni texnikasını təklif etmişdir və onu gərgin-yan plastika adlandırmışdır [23,28,29]. Abdominoplastika zamanı dəri-piy qatının geniş şəkildə ayrılması ətrfalı şəkildə yoxlamanı aparmağa və gümbəz şəkilli qarın şəkildə deformasiya residivinin profilaktikası üçün zəifləmiş əzələ-aponevrotik karkasın korreksiyasını aparmışlar [2,**3**,4].

Başqa müəlliflər diastazın aradan qaldırılması üçün qarnın düz əzələlərini qılıncabənzər çıxtıdan qasığa qədər sovrulmayan luqaturlar ilə tikmişlər [17,21,29]. Digərləri uşaqlıq yolunu kəsərək onun ön və arxa divarlarını, əzələ kənarlarını tikməyi, lazım gəldikdə isə düz əzələlərin yan rezeksiyasını aparmağı təklif etmişlər [1,7,19]. Düz əzələ diastazı aradan qaldırıldıqdan sonra belin cizgilərinin verilməsi və dartılmanın aradan qaldırılması üçün eninə istiqamətdə toxumalar göbəyə doğru köndələn istiqamətdə ön yuxarı qalça tininə [22] qədər tikilmiş və ya qarnın xarici köndələn əzələ nahiyəsində yaxılaşdırılmışlar [25].

Bu əzələlərin aponevrozunu kəsmək və uşaqlıq yolunun düz əzələlərinə tərəf orta xəttə fiksasiya ilə ona tərəf əzələlərin yerini dəyişmək təklif edilmişdir [17,23].

Bəzi cərrahlar bədənin şaquli oxu üzrə dartılmanın aradan qaldırılması üçün aponevrozu qarınaltı və qarınüstüdə şaquli istiqamətdə tikirlər [18]. Qarın boşluğu divarlarındakı çapıqlar abdominoplastikanın planlaşdırılması və yerinə yetirilməsi texnikasına təsir göstərir. Onlar daha çox orta xətt üzrə, qasıq nahiyəsində, sağ qabırğaaltında yerləşmiş olurlar. Çapığın göbkədən yuxarıda orta xətdə yerləşməsi şaquli abdominoplastikanın aparılmasını nəzərdə tutur. Çapıq göbəkdən aşağı və sağ qasıq nahiyəsində olduqda klassik və ya gərgin-yan abdominoplastika vasitəsilə toxumaların rezeksiyası ilə birlikdə aradan qaldırırlır [11].

Xolesistektomiyadan sonra yaranan nisbətən uzun çapıqların və ya atipik yerləşən çapıqların aradan qaldırılması daha çox çətinliklərə səbəb olur. Bir çox hallarda mobilləşdirilmiş parçalarda kifayət qədər qan təminatının saxlanması üçün qeyri-standart kəsiklər aparılır [4,9]. Müxtəlif müəlliflər tərəfindən təklik edilən çoxsaylı modifikasiyalar arasında əsas formalar aşağıdakılar olaraq qalır: klassik, şaquli və gərgin-yan abdominoplastika [1,11,16]. Klassik rekonstruktiv abdominoplastikanın prinsipi bunlardır: qarınaltıda köndələn kəsik, qabırğa qövsünə qədər dəri-piy qatının modilləşdirilməsi, aponevroz duplikaturasının yaradılması ilə əzələ-aponevrotik karkasın korreksiyası, artıq dəri-piy qatının rezeksiyası, göbəyi özünün proyeksiya yerinə yerləşdirmək, yaranın tikilməsi. Onun aparılması şərtləri bunlardır: qarınaltıda artıq yumşaq toxumalrın olması, sallanan dəri-piy qatlarının olması ("önlük") və göbəyin və qarın boşluğu divarı dərisinin kifayət qədər hərəkətli olması [2]. Şaquli abdomimoplastika zamanı kəsik qarnın orta xətti üzrə üfüqi aparılır ki, bu da klassik abdominoplastika üçün səciyyəvidir. Onun üstünlükləri orta zonada böyük həcmdə toxumanın aradan qaldırılmasının mümkün olması, düz əzələlərin aponevrozunun yaxılmaşdırılmış sahələrində dəri-piy qatının mobilləşdirilməsi, geniş aponevrozun geniş duplikatorunun yaradılması hesabına belin sahəsinin azadırlması və qarınüstü nahiyədə artıq dərinin kəsilməsindən ibarətdir. Şaquli abdomimoplastikaya orta xətt gedişatında hipertrofiyaya uğramış piy qatı olduğu, dəridə və əzələ-aponevrotik karkasda, müəyyən köndələn dartılma mərkəzi yerləşmiş çapıq və yırtıqlar olduğu zamanı göstərişlər vardır [19,20,24].

Gərgin-yan abdominoplastika [23,29] minimal sahədə dəri-piy qatının aradan qaldırılmasını nəzərdə tutur. Göbəkdən yuxarıda yalnız düz əzələlər üzərində böyük damar perforantları bağlanır. Yan nahiyələrdə toxumalar şaquli yerləşmiş qayçılar ilə kəsilir və hərəkətlilik təmin edilir. Mobilizə olunmuş dəri-piy qatının əsas yerdəyimə vektoru aşağı-lateral tərəfə yönəlmiş olur, yəni klassik abdominoplastika zamanı dartılmaya nəzərən 90° bucaq altında fırladılır. Bundan sonra lateral nahiyələrdə parçalar rezeksiya olunur, səthi fassiya fiksə edilir və yan haniyələrə müəyyən qədər dartılır, dəri yan kənarlara bir qədər dartılaraq tikilir və yaranın mərkəzi hissəsində və yanlarda praktik olaraq dartılmalar olmur. Gərgin-yan abdominoplastikanın üstülükləri: parça kənarlarının daha yaxşı adaptasiyası, belin korreksiyasının böyük həcmi, lokal ağırlaşmalarının yaranmasının az təhlükəsi, dəri tikişi istiqamətində əməliyyatdansonrakı çapığın yüksək keyfiyyəti [4,23]. Rekonstruktiv abdominoplastika ilə dəri-piy qatının mobilləşdirilməsi geniş sahədə qabarıq travmatikliyə malikdir və müxtəlif əməliyyatdansonrakı ağırlaşmalara səbəb olur [1,2,5].

Beləliklə, qarın boşluğu divarında korreksiyaedici əməliyyatlar- aqressiv faktor olub, xəstənin orqanizminə təsir göstərir, homeostazın bəzi parametrləri dəyişir, ciddi əməliyyatdan sonrakı ağırlamaşmalar baş verir [25]. Təsadüfi deyildir ki, mümkün ağırlaşmaların riskinin aşağı salınması üçün (məsələn, sistem enzimoterpiya, elastik bandajın geyinilməsi və s.) bir sıra reabilitasiya texnologiyaları təklif edilmişdir [13,16.24]. Lakin abdominoplastikanın ağırlaşmalarının azaldılması probleminin çoxsaylı təkliflərinə baxmayaraq, bu gün də çox aktual olaraq qalmaqdadır [16,21,26,28]. Mikrosirkulyasiya pozuntuları- abdominoplastikadan sonrakı ağırlaşmaların yaranmasının əsas patogenetik halqası hesab edilir, ona görə də həmin dəyişiklərin qiymətləndirilməsi və vaxtında korreksiyası vacibdir [21]. Mikrosirkulyasiyanın qiymətləndirilməsinin müasir metodlarına aiddir: a)konyuktivanın biomikroskopik müayinəsi, b)dolayısı metodikalar: termometriya, sürətli və ləng sirkulyasiya edən eritrositlərin, toxuma perfuziyasının, toxuma metabolizmi göstəricilərinin, qanın koaqulyasiya və qaz tərkibinin radioindikasiya həcmi, süd və üzüm-şərab turşusunun səviyyəsi, trombositlərin miqdarı, fibrinogenlərin və onun deqradasiya məhsullarının konsentrasiyası, fibrinolitik aktivlik, tərkibinə görə arteriovenoz fərqlər (O2, CO2 və s.); c)qanın laxtalanam göstəricilərinin təyin edilməsi [5,7,17,25,28].

Qarın boşluğunun periferik hemodinamikasının və mikrosirkulyasiyanın qiymətləndirilməsi üçün retrovazoqrafiyadan, televizion infraskopiya, televizion kapillyarskopiya, lüminessent müayinə metodundan istifadə edilir. Dəri və dərıaltı toxumalarda mikrosirkulyasiyanın öyrənilməsinin birbaşa metodları vasitəsilə mikrodamarların struktur-funksional xarakteristikası müəyyən edilir (ölçü, forma, qanla dolma, grmə sahəsində mikrodamarların miqdarı, damardaxili təzyiq, qan axını s ürəti, kapillyarlarda hematokrit göstəriciləri, damarların nüfuzluluğu, hamar əzələlərin elektrik aktivliyi, limfatik maikrodamrların yığılma aktivliyi) [7,15,18]. Bu emtodlaqrın üstünlükləri- mikrosirkulyator vahidin bütün halqalarının eyni zamanda öyrənilməsi [15,23]. Lakin dərinin mikrosirkulyasiyasının öyrənilməsi çətin və yüksək əmək tələb edir. Onun aparılması üçün xüsusi cihazlar tələb olunur (yeridilmə kameraları və s.) 17,20,24]. Mikrosirkulyator axının dolayısı öyrənilməsi metodu (lazer dopler fluometriya, polyaroqrafiya, reoqarafiya və s.) funksional cəhətdən müxtəlif mikrdamarların yerləşdiyi müəyyən toxuma həcmində mikrodaramarların summar və orta vəziyyətini xarakterizə edir.

Belə metodlar daha çox klinik praktikda istifadə eilir, onların əksəriyyəti qeyri-invazivdir. Onların çatışmazlıqları- patoloji proseslərin əsasını təşkil edən mexanizmlər öyrənildikdə alınan nəticələrin interpretasiyasının, profilaktika və müalicəsinin çətin olması [8,11]. Ona görə də həmin metodlar qarın boşluğunun ön divarının toxumalarının funksional vəziyyətinin qiymətləndirilməsi üçün az yararlıdır. Əməliyyatdan sonrakı və əməliyyatdan əvvəlki dövrlərdə qarın boşluğunun ön divarının toxumalarının vəziyyətinin diaqnostikasında tibbi görüntükərin alınması müayinə metodları- kompyuter tomoqrafiyası, maqnit-rezonans tomoqrafiya, ultrasəs müayinə, doppleroqrafiya böyük rol oynayır. Kompyuter tomoqrafiyası və maqnit-rezonans tomoqrafiya qarın boşluğunun ön divarının toxumalarının dəri-piy və əzələ-aponevrotik strukturunu dıəqiq öyrənməyə imkan verir, lakin bu metodların istifadə edilməsi bir sıra təşkilatı və texnoloji çətinliklər ilə müşayiət olunur- mürəkkəb avadanlıqların alınması və istifadə edilməsinə tələbat yaranır [13]. Qan axının daha informativ, əlçatan və qeyri-invaziv müayinə metodlarından biri doppleroqrafiyadır, onun bir çox üstünlükləri vardır: göstəricilərin obyektivliyi, lokalizasiya nöqtəsində quraşdırılan ötürücünün səs və vizual nəzarətinin mümkün olması, damarların əyri tiplərinin formaca təyin edilməsi, müayinə edilən damarlar üzrə müxtəlif sürətlər ilə qanın hissəciklərinin yayılması spektrini müəyyən etmək, qan axının istiqamətini təyin etmək imkanı [7]. Doppleroqrafiya qarın boşluğunun hemodinamika və damar anatomiyasının öyrənilməsi üçün istifadə edilir [3]. Çünki sürət göstəriciləri və qan axının spektral əyrisinin görüntüsü normal damarlara nisbətən patoloji dəyişmiş damarlarda fərqli olur, rəngli doppleroqrafiya rejimi damara gedişatına nəzarət etməyə, stenozlaşmış yerləri və hemodinamik pozuntu yerlərini dəqiqləşdirməyə imkan verir. Lakin anatomik struktur, qarşılıqlı əlaqələr haqqında ətrfalı məlumat almaq üçün kifayət etmir. Bu işin öhdəsindən kontrast madənin yeridilməsi və üçölçülü ultrasəs müayinələr (3D vizullaşdırma) gəlir, lakin bu metodika texniki baxımdan çox çətindir (böyük proqram resursları tələb olunur), ona görə də az yayılmışdır [13].

Qarın boşluğunda hemodinamikanın kompleks öyrənilməsi üçün [13] radioizotop angioqrafiya tətbiq edilir və qanaxının səviyyəsi təyin edilir (impils/piksel). Radionuklid metodlarının fərqli cəhəti odur ki, diaqnostik informasiya ayrı-ayrı sahələri deyil, orqanların funksiyasını əks etdirir [5]. Limfa axını pozuntularını diaqnostikasında radioizotop müayinə metodu nisbətən yaxınlarda tətbiq etdilməyə başlanmışdır. Çünki bu metodun invazivlik dərəcəsi rentgenkontrast limfoqrafiyaya, limfossintiqrafiyaya nisbətən daha aşağıdır, bu metod əvvəlcə onkologiyada, sonra isə angiologiya tanınmışdır [29]. Bununla yanaşı olaraq, praktik olaraq infeksiyalaşma və allergik reaksiyalar kimi təsiri olmur [15]. Lakin bu metod qarın boşluğunun ön divarının limfatik sisteminin funksional anatomiyasının müayinəsində geniş vüsət tapmamışdır. Bu həm metodun baha olması, həm də klinisistlərin ona lazımi diqqət yetirməməsi ilə bağlı olmuşdur.

Limfostaz olan xəstələrdə yumşaq toxumaların vizuallaşdırılması üçün elastometriya, elektrorentgenoqrafiya, kompyuter tomoqrafiyası təklif edilmişdir. Son zamanlar daha əlçatan və qeyri-invaziv oan USM metou geniş yayılmışdır (dupleks skanirləmə) [7ɜ]. Lakin bu metodikalar (felboqrafiya, reovazoqrafiya, televizion infrakkopiya və kapollyarskopiy) toxumalarda ikincili dəyişikliklərin qiymətləndirilməsi üçün istifadə edilir (ödem, dəri fibrozu, trofik pozuntular). Bu metodlar qarın boşluğunun ön divarının limfa sisteminin funksional anatomiyasını qiymətlındirməyə imkan vermir (limfoqrafiya və limfossintiqrafiyadan fərqli olaraq) **[**5**,**6,8,9,16**].**

Əldə edilən ədəbiyyat materiallarının təhlilindən məlum olur ki, əksər nəşrlərdə müəlliflər özlərinin üstünlük verdikləri abdominoplastika metodlarından danışırlar, çox zaman da qeyd edilən nəticələr əlverişli göstəricilər ilə öz təsdiqini tapır [22,27]. Hətta metodikaların tətbiqi ilə bağlı analitik işlərdə belə [14,27], nəticədə deformasiya problemimin aradan qaldırılmasına hansı müəyyən bir metodikanın tətbiq edilməsi tövsiyə olunur. Lakin rekonstruktiv abdominoplastika universal üsulunun axtarışı ümumilikdə əməliyyatdan sonrakı nəticələrin yaxşılaşmasına gətirib çıxarmamışdır ki, bu da tam qanunauyğundur. Qarın boşluğu ön divarının deformasiyalarının və onların klinik təzahür hallarının müxtəlif növlərdə olması, xəstənin fərdi xüusyyətləri cərrahi müalicə seçminə differensaiya edilmiş yanaşmanı tələb edir [13]. Hazırda rekonstruktiv abdomimoplasikanın plaşmladırılması üzrə metodik tövsiyələrin tam həcmini təyin etmək çox çətindir, çünki bir sıra zəruri anatomik strukturların, məsələ müxtəlif xəstələr qrupunda qarın boşluğu divarlarının limfatik damarlarının morfo-funksional vəziyytinin qiymətləndirilməsinin dəqiq diaqnostik meyarları hələ də yoxdur. Bütün yuxarıda sadalananlar qarın boşluğunun ön divarında müxtəlif deformasiyalar olan xəstələrin cərrahi müalicəsində axtarışların davam etdirilməsi və yeni sistem yanaşmalar və xəstələrə fərdi yanaşmaların işlənib hazırlanmasına zərurəti vardır ki, bu da hazırki tədqiqat işinin əsas məqsədini təşkil edir.

ЛИТЕРАТУРА

1.Концу Г. Риск послеоперационных осложнений и их профилактика при контурной пластике брюшной стенки / Пластическая хирургия и эстетическая дерматология. Тезисы докладов IV конгресса по пластической, реконструктивной и эстетической хирургии с международным участием. Ярославль, 2003, с.130-13

2.Леонов С.А., Меланов О.К, Трофимов Е.И. Абдоминопластика при послеродовом, алиментарном абдоминоптозе, после взятия TRAM- лоскута /Новое в реконструктивной хирургии. Тезисы научной конференции молодых ученых, посвященной Дню основания РНЦХ РАМН. М.,2004, с.321-322.

3.Лушакова Ю.Г. Тактика хирургического лечения больших и гигантских грыж живота / Новое в реконструктивной хирургии. Тезисы научной конференции молодых ученых, посвященной Дню основания РНЦХ РАМН. М, 2004, с. 80-81.

4.Ганиев Н.Н., Ходжамурадов Г.М., Бободжанов Д.Н. Абдоминопластика при послеоперационных вентральных грыжах // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии, 2004, № 4, с. 60.

5.Гейбуллаев А.А. Наш опыт по ведению больных с пластическими операциями передней брюшной стенки (абдоминопластики) // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии, 2004, № 4, с.62-63.

6.Голубков Н.А. Абдоминопластика: пути преодоления неудач / Сборник научных трудов. Часть 1. Проблемные ситуации в пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. М., 2004,с.30-31.

7. Айдемиров А.Н., Чемянов Г.С. Комплексный подход в лечении больших и гигантских вентральных грыж // Вестник герниологии, 2008. Вып. III, с.5-11.

8.Кожемяцкий В.М. Профилактика абдоминального компартмент синдрома у больных с вентральными грыжами // Герниология, 2006, № 3, с.23.

9.Кожемяцкий В.М. Абдоминопластика при вентральном грыжесечении у больных с ожирением / В.М. Кожемяцкий // Герниология, 2006,№2, с. 23-24.

10.Алексеев А.К., Юрасов А.В., Тимошин А.Д., Шестаков А.Л. Осложнения различных способов эксплантации при лечении послеоперационных вентральных грыж //Герниология, 2006, №3,с.8.

11.Алексеева О.П., Востокова А.А., Курышева М.А. Метаболический: синдром: современное понятие, факторы риска; и некоторые: ассоциированные заболевания. Новгород: НижГМА,2009,с.17-25.

12.Бабаджанов Б.Р., Якубов Ф.Р., Бабаджанов М.Б. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж в условиях инфицирования // Герниология, 2005, № 2, с. 33-35.

13.Блынский А.И. Аутодермальная пластика больших, гигантских послеоперационных и рецидивных вентральных грыж // Герниология, 2005, № 4, с. 14-18.

14. Бобровский А.В. Как победить аппетит? /Психологические техники борьбы с лишними килограммами СПб.: Вектор,2009, с. 4-29.

15.Богдан В.Г.Обширные и гигантские послеоперационные грыжи: пути повышения эффективности корригирующих операций // Герниология,. 2008, №4, с. 32-33.

16. Богдан В.Г., Дорох Н.Н., Гамп Ю.М. Способ аллопластики передней брюшной стенки у пациентов с морбидным ожирением // Герниология, 2008, №4, с. 31-32.

17. Винник Ю.С., Петрушенко С.И., Маркелова Н.М. и др. Результаты лечения послеоперационных вентральных грыж с применением: синтетических материалов // Герниология, 2008, №4, с.38-39.

18. Галимов О.В., Галлеев Ф.С., Ханов В.О. и др. Некоторые аспекты хирургических абдоминальных вмешательств на фоне ожирения // Хирургия, 2008, №12, с.44-46.

19. Гогия Б.Ш. Местные осложнения после пластики брюшной стенки у больных послеоперационными вентральными грыжами с использованием эндопротезов // Герниология, 2008, №4, с.45-46.

20. Гогия Б.Ш. Ближайшие и отдаленные результаты лечения больных послеоперационными вентральными грыжами аутопластическим способом и с использованием сетчатых имплантатов // Герниология, 2006, № 1, с.11-12.

21 Дарвин В.В., Ждановский В.В., Шпичка А.В. Особенности течения послеоперационного периода у больных с обширными и гигантскими послеоперационными грыжами // Герниология, 2006, № 3, с. 13-14.

22 Еремеев А.Г., Волков С.В., Лебедев С.В. Оприоритетах в выборе метода хирургического лечения наружных- и; внутренних грыж брюшной стенки // Герниология, 2005, № 3, с. 16.

23.Кручинин Е.В. Клинико- метаболические эффекты операции билиопанкреатического шунтирования у больных с метаболическим синдромом, ассоциированным с морбидным ожирением: Авторф. дисс. . канд. мед. наук. Тюмень, 2009, 143 с.

24.Кузин Н.М., Марков В.К., Романов М.М. Отдаленные результаты лечения больных с крайними степенями алиментарно-конституционального ожирения» методом формирования малого желудочка // Хирургия,1991,№ 10, с. 64-69.

25.Стойко Ю.М., Знаменский А.А., Попов А.В. и др. Современные возможности хирургического лечения гигантских послеоперационных вентральных грыж //Вестник герниологии, 2008, Вып.III, с.120.

26.Лазебник Л.Б., Звенигорская Л.А. Метаболический синдром и органы пищеварения. М.: Анахарсис, 2009, с.15-36.

27.Лелянов А.Д., Выбор метода пластики брюшной стенки-у больных с большими послеоперационными вентральными грыжами и ожирением // Герниология,2008,№3, с.26-27.

28.Лубянский В.Г., Колобова О.И., Оношкин В.В., Костина Ю.П. Патогенез и профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при больших вентральных грыжах // Хирургия, 2008, №1, с. 30-32.

29.Любых Е.Н., Быков Э.Г., Зимарин Г.И. и др. Концепция функциональной герниопластики в лечении грыж брюшной стенки // Герниология, 2008, №2, с. 3-6.

Резюме

Хирургическая коррекция деформаций передней стенки брюшной полости

Б.А.Агаев, Д.М.Магеррамов

Число больных с деформациями передней брюшной стенки, обусловленные дряблостью кожи в этой области, отвислым животом, диастазами прямых мышц живота и различными деформирующими послеоперационными рубцами, нуждающихся в хирургическом лечении, на сегодняшний день продолжает расти. Для каждого пациента с деформацией передней брюшной стенки требуется особый подход в выборе метода хирургического лечения и разработка дифференцированного комплекса мероприятий, направленных на профилактику послеоперационных осложнений.

Summary

Surgical correction of the deformities of the anterior wall of the abdominal cavity

B.A. Agayev, D.M. Maharramov

The number of patients with deformities of the anterior abdominal wall, due to flabbiness of the skin in this area, the hanging belly, diastasis of the rectus abdominis muscles and various deforming postoperative scars in need of surgical treatment, continues to grow. For each patient with deformity of the anterior abdominal wall, a special approach is required in the choice of the method of surgical treatment and the development of a differentiated set of measures aimed at the prevention of postoperative complications.

Daxil olub: 30.08.2016

Ph-NEQATİV XRONİKİ MİELOPROLİFERATİV XƏSTƏLİKLƏRİN DİAQNOSTİKASINA MÜASİR YANAŞMALAR

Ç.D.Əsədov, A.B.Həsənova, E.M.Qurbanova,
N.N.Zamanova, N.A.Qurbanova
B.Eyvazov adına Elmi-Tədqiqat Hematologiya və Transfuziologiya İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: mieloproliferativ xəstəliklər, həqiqi polisitemiya, essensial trombositemiya**,** birincili mielofibroz, təsnif edilməyən mieloproliferativ xəstəliklər
Ключевые слова: миелопролиферативные заболевания, истинная полицитемия, эссенциальная тромбоцитемия, первичный миелофиброз, неклассифицируемые миелопролиферативные заболевания
Key words: myeloproliferative disease, polycythemia vera, essential thrombocythemia, primary myelofibrosis, unclassified myeloproliferative diseases

Xroniki mieloproliferativ xəstəliklərin (MPX) diaqnostikasi, müalicə metodları və patogenezi haqqındakı təsəvvürlər uzun illər ərzində dəfələrlə dəyişərək yenilənmişdir. Son illər Ph-neqativ xroniki MPX-in patogenizində JAK-STAT siqnal yolunun rolu müəyyən edilərək molekulyar-genetik mexanizmlərin öyrənilməsində əhəmiyyətli nəticələr əldə edilmişdir. Beləliklə, bu MPX-in diaqnostikasında vahid beynəlxalq sistem meyarlarının yaradılmasına və aparılan müayinənin keyfiyyətinin yaxşılaşdırılmasına gətirib çıxartdı.

MPX-lər kök hüceyrə səviyyəsində yaranan klonal xəstəliklər qrupudur. MPX-lər sümük iliyinin bir və ya bir neçə hüceyrə sırasının proliferasiyasi ilə xarakterizə edilir. Bu zaman hüceyrələr terminal differensasiya əlamətlərini saxlayır və periferik qan göstəricilərinin dəyişilməsi ilə xarakterizə edilir. ÜST-in 2008-ci il təsnifatına uyğun olaraq mieloproliferativ xəstəliklərə 8 nozoloji forma aid edilir [1]. Bu xəstəliklər qrupunun daxilində spesifik marker- Filadelfiya xromosomuna malik xroniki mieloid leykozu (XML) ayırırlar. Filadelfiya xromosomu ilə assosiasiya olunmayan dörd nozoloji forma- həqiqi polisitemiya (HP), birincili mielofibroz (BM), essensial trombositemiya (ET) və təsnif olunmayan mieloproliferativ xəstəliklər Ph-neqativ MPX-lər zamanı xəstələrin 98%-dən çoxunu əhatə edir [2,3]. MPX-nin etioligiyası indiyə qədər müəyyən edilməmiş qalır. Xəstəliyin yaranmasının çox mərhələli olması fikri əsas hipotez olaraq qalmaqdadır. Bu fikrə əsasən xəstəliyə meyllilik normal hüceyrə genomunu zədələyən xarici faktorların təsiri ilə həyata keçir və bədxassəli transformasiyalara gətirib çıxarır [4].

Son illər Ph-neqativ MPX-nin molekulyar-genetik mexanizmlərinin öyrənilməsində əhəmiyyətli irəliləyişlər əldə edilmişdir lakin, hələ də xəstələrin təxminən dörddə birindən yarısına qədərinin JAK2 genində aşkar edilən nöqtəvi mutasiyaya baxmayaraq Ph-neqativ MPX-lər zamanı hemopoetik hüceyrənin maliqnizasiyasına gətirib çıxaran birincili mutasiya məlum deyil [5,6,7]. 2005-ci ildə JAK2 genində V617F mutasiyasının kəşf edilməsi Ph-neqativ MPX-nin bioloji və kliniki xüsusiyyətlərinin öyrənillməsində irəliyə atılmış əhəmiyyətli addım oldu. Praktiki olaraq həqiqi polisitemiyalı xəstələrin demək olar ki hamısında, JAK2 mutasiyası aşkar edilir. Bu xəstələrdə 96% hallarda mutasiya JAK2 geni ekzon 14-də, 2% hallarda isə mutasiya JAK2 geni ekzon 12-də müşahidə edilir [8,9]. JAK2V617F mutasiyası həmçinin, essensial trombositemiya zamanı 55%, birincili mielofibroz zamanı isə 45-68% hallarda aşkar edilir [9, 10, 11,12]. JAK2 genindəki ekzon 12 mutasiyası essensial trombositemiya və birincili mielofibroz zamanı demək olar ki, aşkar edilmir [11]. MPX-lər zamanı xəstələrdə JAK2 geni mutasiyası ilə yanaşı digər gen mutasiyalarıda aşkar edilir. MPL geninin mutasiyası ET zamanı təqribən 4%, BM zamanı 8%, çox nadir hallarda isə HP zamanı rast gəlinilir. MPL geninin mutasiyası isə daha çox MPLW515L/K ekzon 10-da müşahidə edilir [13,14,15]. MPLS505N mutasiyası ET ilə yanaşı irsi trombositemiya zamanı da aşkar edilir [16, 17]. Bu mutasiya MPX üçün ciddi spesifiklik daşımır və genetik zəncirdə ikincili genezə (mənşəyə) malikdir. Ehtimal edilir ki, xəstəliyin inkişafının mümkün molekulyar-genetik mexanizmləri bunlardır: JAK2 kinazanın aktivləşməsi, MPL geni trombopoetin reseptorunun mutasiyası, JAK2 mutasiyasının aktivliyini inhibisiya edən LNK geni SH2B3 züllalının funksiyasının itirilməsi. JAK2 və MPL genlərindəki mutasiyalar vacib diaqnostik əhəmiyyətə malikdir. Bu mutasiyaların aşkar edilməsi xəstəliyin klonal xarakterli olmasını göstərir həmçinin, HP, ET və BM-nin ikincili eritrositoz və trombositozla yanaşı bir sıra digər mieloid neoplazayalardan diferensial diaqnostika edilməsinə kömək edir. Son illər kalretikulin zülalını kodlaşdıran CALR geninin 9-cu ekzonunda yaranan somatik mutasiyasının diaqnostik əhəmiyyəti haqqında yeni məlumatlar əldə edilmişdir. JAK2 və MPL gen mutasiyaları olmayan pasiyentlərdə CALR mutasiyası ET zamanı 67%, BM zamanı isə 88% hallarda aşkar edilmişdir. Anomal zülalın yaranmasına gətirib çıxaran bu gendə 36 müxtəlif mutasiya müəyyən edilmişdir. Hüceyrə

kulturasında in vitro tədqiqatlar zamanı mutant genə ekspersiya olunan hüceyrələrin sitokin asılı olmayan xüsusiyyətə malik olmaları müəyyən edilmişdir. Ehtimal edilir ki, bu xüsusiyyət STAT5 zülalının aktivləşməsi ilə əlaqəlidir. JAK2 mutasiyası olan pasiyentlərlə müqayisədə CALR mutasiyası olan pasiyentlərdə tromboz riski daha aşağı, sağ qalma faizi isə daha yüksəkdir [18]. Digər müəlliflər də həmçinin, MPX-lər zamanı JAK2 mutasiyası olmayan pasiyentlərlərdə yüksək tezliklə CALR mutasiyası aşkar etmişlər (70-84% hallarda). Bununla yanaşı, CALR mutasiyası mielodisplastik sindrom zamanı cəmi 8%, digər mieloid neoplaziyalar zamanı isə tək-tək hallarda aşkar edilə bilər. Ən əsası isə bu gendəki mutasiya qeyri mieloid mənşəli xəstəliklərdə ümumiyyətlə aşkar edilmir [19]. Hazırda CALR geni mutasiyasının diaqnostik meyarlara daxil edilməməsinə baxmayaraq JAK2 mutasiyası neqativ MPX subhəsi olan pasiyentlərdə CALR geni 9-cu ekzonun sekvenləşdirilməsi faydalı ola bilər. HP və ET zamanı digər mutasiyalarda aşkar edilir: TET2, IDH, ASXL1, DNMT3A və s. [20, 21, 22, 23]. Bunlardan heç biri klassik Ph-neqativ MPX üçün spesifik deyil. Buna baxmayaraq onların patogenetik əhəmiyyəti hazırda tədqiq edilir. TET geni (TET2) ailəsində mutasiya BM zamanı təxminən 15% hallarda rast gəlinilir və anemiya həmçinin, yaşla əlaqələndirilməsinə baxmayaraq ümumi sağ qalma və ya leykemik transformasiya riski ilə korrelyasiya təşkil etmir [21]. EZH2 mutasiyası təxminən 5% hallarda aşkar edilir və pis proqnozludur [24]. Digər genlərdəki mutasiyalarla yanaşı IDH1, IDH2, ASXL1, SH2B3, IKZF1, CBL və NRAS genlərindəki mutasiyaların əhəmiyyəti hələlik müəyyən edilməmiş qalır [25]. Beləliklə, MPX-nin patogenezində genetik yenidənqurulmalar vacib rol oynayır. Xüsusilə JAK2, MPL mutasiyaları olmayan Ph neqativ MPX diaqnozu digər xəstəliklərin, birinci növbədə isə XML diaqnozu istisna edildikdən sonra qoyula bilər. Mieloid sıranın proliferasiyası ilə müşayət olunan Ph neqativ MPX-lər zamanı molekulyar-genetik pozulmalar JAK-STAT siqnal yolunun aktivləşməsinə gətirib çıxarır. Bunun nəticəsində yalnız trombositozla müşayiət olunan ET və ya HP zamanı periferik qanda eritrostlərin, leykositlərin və trombositlərin proliferasiyasının sürətlənməsi və miqdarının artması baş verir.

MPX-nin, xüsusilə, BM patogenezi çox mürəkkəbdir və patoloji klonun yaranmasına gətirib çıxaran hadisələr zəncirindən ibarətdir. Məlumdur ki, leykemik monositlər və meqakariositlər aktiv olaraq çox sayda sitokinlər (TGF-ß, FGF, VEGF, ANG1, OPG, BMP4) istehsal edir ki, bu da fibroz və neoanqiogenezi stimulə edir və osteoskleroza gətirib çıxarır. Bununla yanaşı kök hüceyrələrinin mikromühütlə əlaqəsi pozulur ki, bu da ilk növbədə dalaqda və qaraciyərdə olmaqla hemopoezdə ekstramedulyar ocaqların yaranmasına səbəb olur. Sitokinlərin həddindən artıq çox olması mielofibroz xəstələrində həyat keyfiyyətini əhəmiyyətli dərəcədə pisləşdirən şiş intoksikasiyası simptomlarının yaranmasına gətirib çıxaran əsas səbəblərdən biridir [26]. Ph-neqativ MPX zamanı klonal mieloproliferasiya həmçinin, sümük iliyi stromasının dəyişilməsinə səbəb olan ikincili iltihab prosesi və sitokinlərin patoloji artması ilə müşayət edilə bilər. Birincili və ikincili mielofibrozun, osteosklerozun və anqiogenezin yaranmasına mieloid sıranın transformasiya xüsusiyyətinə malik beta böyümə faktoru (TGF-β), endotelial damar böyümə faktoru (VEGF) və trombositlər tərəfindən hazırlanan böyümə faktorları (PDGFR) cəlb edilir [27]. Sitokinlərin, hemokinlərin və metalloproteinazanın anomal artması neytrofillərin, monositlərin və meqakariositlərin patoloji hüceyrələrarası əlaqəsində iştirak edə bilərlər ki, bu da endotelial hüceyrələrin və başlanğıc mieloid hüceyrələrinə aid olan CD34+ markerinin periferik qana çıxmasına gətirib çıxarır (28, 29, 30).

Həqiqi polisitemiya. Həqiqi polisitemiya (HP)- mielopoezin eritroid, qranulositar meqakariositar sıralarının proliferasiyası, daha çox isə eritroid sırasının proliferasiyası, eritrositlərin sayının artması və hemoqlobinin miqdarının qalxması, periferik qanda trombositoz və leykositoz (pansitoz), eritropoezin normal requlyasiya mexanizmlərindən asılı olmaması ilə xarakterizə olunan klonal mieloproliferativ xəstəlikdir. Demək olar ki, xəstələrin hamısı JAK2V617F və ya oxşar funksional mutasiyalara malikdir.

Həqiqi polisitemiyanın diaqnostik meyarları. Qanın kliniki göstəricilərinin dəyişilməsi (kişilərdə hemoqlobin 185q/l cox, qadınlarda 165 q/l cox, eritrositoz, hematokrit > 45%) və bu prosesin 2 ay və daha çox müddətdə davam etməsi zamanı bütün pasiyentlər mieloproliferativ xəstəliklərin istisna edilməsi üçün müayinədən keçməlidirlər. HP diaqnozu ÜST meyarlarına uyğun olaraq laborator göstəricilərin və kliniki mənzərənin kompleks qiymətləndirilməsi əsasında qoyula bilər [31]. Böyük meyarlar:

1. Hemoqlobin kişilərdə 185q/l cox, qadınlarda 165 q/l cox və ya dövr edən eritrositlərin miqdarının artmasının digər əlamətləri.
2. JAK2 V617F və ya ekzon 12 genində mutasiya.

Kiçik meyarlar:

1. Sümük iliyi biopsiyası zamanı – üç sıralı hiperplaziya (panmieloz): mielopoezin eritroid, qranulositar, meqakariositar sıralarının proliferasiya elementlərinin artması.
2. Zərdabda eritropoetinin (EPO) səviyyəsi referens göstəricilərdən aşağı olması.

3. Xəstələrin EPO əlavə edilmədən sümük iliyi hüceyrə kulturalarında endogen eritroid koloniyalarının formalaşması.

HP diaqnozu iki böyük və bir kiçik meyarın və ya birinci böyük meyar və iki kiçik meyara əsasasən təsdiq edilir.

Uyğun kliniki mənzərəli pasiyentlərdə JAK2V617F mutasiyasının aşkar edilməsi HP diaqnozunu yüksək ehtimallılıq dərəcəsi ilə (həssaslıq 97%, praktiki spesifiklik 100%) müəyyən etməyə imkan verir. Belə ki, JAK2V617F mutasiyası HP-lı pasiyentlərin 95-98%-ində müəyyən edilir [8, 9]. HP sübhəsi olan pasiyentlərin qan zərdabında EPO-nun müəyən edilməsi vacib diaqnostik meyardır: 85% hallarda eritropoetin normadan aşağı olur [32]. JAK2V617F mutasiyası olmayan pasiyentlərdə eritropoetin səviyyəsinin subnormal olması JAK2 geninin ekzon 12 mutasiyasının tədqiq edilməsi üçün əsas hesab edilir [8].

HP zamanı sümük iliyi trepanobioptatının morfoloji müayinəsi kiçik diaqnostik meyardır. Buna baxmayaraq diaqnoz qoyulan zaman bütün pasiyentlərdə sümük iliyinin histoji müayinəsi aparılmalıdır. Bu müayinə BM istisna etməyə imkan verir. Həmçinin, aparılan müalicənin effektivliyinin qiymətləndirilməsi zamanı xəstəliyin başlanğıcında olan məlumatların ağırlaşmalar zamanı olan kliniki mənzərə ilə müqayisəsi üçün aparılmalıdır. İlkin diaqnostika zamanı fibrozun dərəcəsinin müəyyən edilməsi özündə böyük proqnostik informasiya daşıyır.

Essensial trombositemiya. Essensial trombositemiya (ET) - meqakariositlərin nəzarətsiz proliferasiyası, sümük iliyində böyük və nəhəng meqakariositlərin sayının artması, periferik qanda trombositoz (>450x10^9/l), kliniki tromboz və ya qanaxma halları ilə xarakterizə edilən klonal mieloproliferativ xəstəlikdir. Hazırda ET üçün spesifik olan genetik və bioloji markerlər hələ ki, məlum deyil.

ET diaqnostik meyarları. ET diaqnozu ÜST meyarlarına uyğun olaraq laborator göstəricilərin və kliniki mənzərənin kompleks qiymətləndirilməsi əsasında qoyula bilər [31].

1. Trombositlərin miqdarının daima yüksəlməsi (450x10^9/l çox).
2. Sümük iliyində yetkin morfoloji quruluşa malik böyük və nəhəng meqakariositlərin üstünlüyü ilə meqakariositlərin proliferasiyası. Qranulopoez və ya eritropoez elementlərinin "sola meylliliyi" və ya əhəmiyyətli dərəcədə artması qeyd edilimir.
3. Digər mieloproliferativ xəstəliklərin olmaması.
4. JAK2V617F mutasiyası və ya digər klonal marker; JAK2V617F mutasiyası olmazsa – ikincili trombiositozun istisna edilməsi.

Diqnozun qoyulması üçün 4 meyarın hamısının olması vacibdir. Trombositozun qiymətləndirilməsi zamanı JAK2V617F mutasiyasının aşkar edilməsi mieloproliferativ xəstəliyin olmasını təsdiq edir lakin, ET xəstələrin 40%-ində bu mutasiya olmaya da bilər [33, 34]. Bunu qeyd etmək vacibdir ki, JAK2V617F pozitiv digər MPX daxil olmaqla yanaşı XML və fibroz öncəsi mərhələli BM ET-ya bənzəyə bilər. ET diaqnozunun müəyyən edilməsi və onun trombositozla müşayiət olunan digər mieloproliferativ xəstəliklərdən diferensial diaqnostikası üçün sümük iliyində qanyaranmanın tədqiq edilməsi vacibdir [33, 34, 35].

Birincili mielofibroz. BM-nin diaqnostik meyarları. 2008-ci il ÜST təsnifatına əsasən BM diaqnozu kliniki, morfoloji, molekulyar və sitogenetik xarakteristakaya əsaslanır [31].

Böyük meyarlar:

1. Meqakariositlərin sümük iliyinin retikulin və ya kollagen fibrozlşmasına uyğun gələn atipiyası və proliferasiyası; nəzərə çarpan retikulin fibrozunun olmaması zamanı- qranulositar sıra hüceyrələrinin proliferasiyası ilə müşayət olunan cöxhüceyrəli sümük iliyi və eritropoezin sıxışdırılması (BM-nin prefibroz hüceyrə fazası).
2. HP, BCR/ABL1 pozitiv XML, MDS, və ya digər mieloproliferativ xəstəlik meyarlarının olmaması.
3. JAK2V617F, MPLW515L və ya MPLW515K, CALR mutasiyalarının olması. Bu mutasiyalar olmadıqda reaktiv fibroz istisna edilməlidir (infeksiya, autoimmun xəstəliklər, xroniki iltihab, tük-hüceyrəli leykoz, digər limfoproliferativ xəstəliklər, solid toxuma şişləri metastazı, toksiki mielopatiya).

Kiçik meyarlar:

1. Leykoeritroblastoz.
2. LDH aktivliyinin yüksəlməsi.
3. Anemiya.
4. Böyümüş dalaq.

BM diaqnozunun qoyulması üçün üç böyük və iki kiçik meyarın olması vacibdir.

BM-nin kliniki gedişatını xəstəliyin proqressivləşməsinin dərəcəsini göstərən iki fazaya ayırırlar: xroniki faza (XF) və blast transformasiyalı terminal faza və ya blast fazası (BF). Xroniki faza BM-nin başlanğıc mərhələsidir və ilk dəfə aşkar edilən xəstələrin böyük əksəriyyətində (90%-çox) diaqnoz müəyyən edilir. Qanın kliniki analizində dəyişikliklərin mövcudluğu (leykoeritroblastoz, aralıq yetkinləşmə mərhələsində olan hüceyrələrlərin olması, neytrofil və eritroid sıranın cavan formalara qədər tədrici meyilliliyi), qaraciyər və dalağın ölçülərinin böyüməsi və şiş intoksikasiyası simptomlarının olması (qızdırma, çəkinin itirilməsi, profuz gecə tərləməsi) ən xarakterik əlamətləridir. Blast fazası BM zamanı pataloji prosesin inkişaf etdiyi terminal mərhələdir. BM zamanı blast krizinin diaqnostik meyarı periferik qanda blast hüceyrələrin tapılması və/və ya sümük iliyində blast hüceyrələrinin ≥20% olmasıdır.

Birincili mielofibrozun mərhələləri. Morfoloji olaraq xəstəliyi prefibroz/erkən faza və fibroz mərhələsinə ayırırlar. Differensial diaqnostika sümük iliyi trepanobioptatının histoloji tədqiqatına əsasən aparılmalıdır. Prefibroz/ erkən fazanın fibroza transformasiyası 4,2 il müddətində 65%, kəskin leykoza transformasiya isə 5-30% hallarda qeyd edilir. Bununla yanaşı, BM-nin prefibroz/erkən fazası 10 il müddətində fibroz mərhələsinə keçməyə bilər. Prefibroz/erkən faza qranulositar sıranın genişlənməsi ilə hiperhüceyrəli sümük iliyi, meqakariositlərin histotopoqrafiyasının atipikliyi ilə müşayiət olunan meqakariositar sıranın proliferasiyası, fibrozun olmaması və ya minimal retikulin fibrozun olması ilə xarakterizə edilir (Avropa sistemi dərəcəsinə əsasən MF-0, MF-1). BM-nin prefibroz/erkən fazası ÜST təsnifatının əsas meyarlarına cavab verir lakin, leykoeritroblastoz, splenomeqaliya və anemiya adətən olmur. Kliniki praktikada anemiyanın yaranması, leykositlərin miqdarının artması və ya zərdabda LDH səviyyəsinin yüksəlməsi klinisititn diqqətlə diaqnoza yenidən baxmasını tələb edir. Fibroz fazası mərhələsində kliniki mənzərə splenomeqaliya, anemiya, LDH səviyyəsinin artması, hemoqrammmada leykoeritroblastoz və damla şəkilli eritrositlərin olması ilə xarakterizə edilir. Morfoloji olaraq fibroz fazası sümük iliyinin retikulin və ya kollagen fibrozu, osteoskleroz, eritroid sıranın reduksiyası, meqakariositopoez elementlərinin nəzərə çarpan atipiyası ilə xarakterizə edilir. HP və ET-nın transformasiyası nəticəsində yaranan birincili mielofibrozun və mielofibrozun fibroz mərhələsi kliniki əlamətlərlə- ekstramedulyar hemopoezin yaranmasına səbəb olan splenomeqaliya ilə yanaşı atipik meqakariosit əlamətli zədələnmiş sümük iliyi ilə xarakterizə edilir. Xəstəliyin kliniki əlamətləri spesifik deyil- məsələn, splenomeqaliya, anemiya sümük iliyinin zədələnməsinə gətirib cıxaran dalaq limfoması ilə əlaqədar ola bilər. Buna görədə ÜST-nin 2008-ci il təsnifatında sümük iliyinin histoloji müayinəsi birincili mielofibrozun diaqnostikası üçün böyük meyarlar qrupuna daxil edilmişdir.

Mielofibroz həqiqi polisitemiya və essensial trombositemiyanın tranasformasiyası nəticəsində yarana bilər. Beləliklə, "mielofibroz" morfoloji terminini birincili mielofibrozdan və HP və ya ET-nın transformasiyası/ proqressivləşməsi nəticəsində yaranan mielofibrozdan ayırmaq lazımdır. "Mielofibroz" morfoloji termini hemopoez elementlərinin sıxışdırılması ilə müşayiət olunan sümük iliyi stromasının fibrozlaşmasını xarakterizə edir və sümük iliyinin metastatik və limfoma zədələnmələrində, kəskin leykozlarda, mielodisplastik sindromlarda, mielodisplatik/mieloproliferativ xəstəliklərdə (MDS\MPX), BCR\ABL1 pozitiv xroniki mielilekozlarda, tük-hüceyrəli leykozlarda rast gəlinilir. Qeyri şiş patologiyaları arasında sümük iliyinin mielofibrozu infeksiya və autoimmun xəstəliklər, müxtəlif etilogiyalı sümük iliyi nekrozunun geçikmiş mərhələlərində nekrozlaşmış sümük iliyi toxumasının fibroz toxuması ilə qarışmış fibrohistositar proliferasiyası zamanı və ya, qalça sümüyünün birinci dəfə götürülmüş və mexaniki zədələnmiş sahəsinin təkrar trepanobiopsiyası zamanı aşkar edilə bilər. Differensial diaqnostika zamanı stromanın retikulin torunun artması, qranulositar sıranın cavanlaşması və genişlənməsinə səbəb olan G-CSF müalicəsi nəticəsində yaranan mielofibrozun reaktiv xarakterli olması ehtimalı nəzərə alınmalıdır. Bütün hallarda olduğu kimi mielopoliferativ xəstəliklərin diaqnostikası zamanı kliniki-anamnestik və laborator məlumatların dəqiqliklə toplanması vacibdir.

Təsnif edilməyən mieloproliferativ xəstəliklər. ÜST-nin 2008-ci il təsnifatına əsasən təsnif edilməyən mieloproliferativ xəstəliklər diaqnozu MPX-nin kliniki, labotator və histoloji (sümük iliyi trepanobioptatında) əlamətlərinin Ph neqativ mieloproliferativ xəstəliklərlə – HP, ET və BM-nin müəyən edilmiş hər-hansı bir nozoloji formasına uyğun olmadıqda qoyula bilər.

Beləliklə, Ph-neqativ mieloproliferativ xəstəliklərin diaqnostikası çox mürəkkəbdir və ən müasir tədqiqat üsullarının, o cümlədən molekulyar-genetik müayinələrin tədbiq edilməsi ilə həyata keçirilə bilər. B.Eyvazov adına Elmi-Tədqiqat Hematologiya və Transfuziologiya İnstitutunun leykemogenez laboratoriyasında bu xəstəliklərin diaqnostikası üçün morfoloji, histoloji üsullarla yanaşı 2014-cü ildən molekulyar-genetik üsullar da tətbiq edilmişdir.

ƏDƏBİYYAT

1.Vardiman J.W., Thiele J., Arber D.A. et al. The 2008 revision of the World Health Organization (WHO) classification of myeloid neoplasms and acute leukemia: rationale and important changes // Blood 2009, v.114, p.937-951.

2.Rollison D.E., Howlader N., Smith M.T. et al. Epidemiology of myelodysplastic syndromes and chronic myeloproliferative disorders in the United States, 2001-2004, using data from the NAACCR and SEER programs // Blood, 2008, v.112, p.45-52

3. Tefferi F. The history of myeloproliferative disorders: before and after Dameshek // Leykemia, 2008, v.22, p.3-13.

4.Jones A.V. et al Widespread occurrence of the JAK2 V617F mutation in chronic myeloproliferative disorders // Blood, 2005, v.106, p.2162-2168.

5.Campbell P.J., Scott L.M., Buck G. et al. Definition of subtypes of essential thrombocythaemia and relation to polycythaemia vera based on JAK2 V617F mutation status: a prospective study // Lancet, 2005, v. 365, p.1945-1953.

6.Tefferi A. Classification, Diagnosis and Management of Myeloproliferative Disorders in the JAK2 V617F Era / ASH Education Program Book. 2006, p.240-245.

7.Vannucchi A.M., Pieri L. and Guglielmelli P. JAK2 allele burden in the myeloproliferative neoplasms: effects on phenotype, prognosis and change with treatment // Therapeutic Advances in Hematology, 2011, v.2, p.21-32.

8.Pardanani A., Lasho T.L., Finke C. et al Prevalence and clinicopathologic correlates of JAK2 exon 12 mutations in JAK2V617F-negative polycythemia vera // Leukemia, 2007, v.21, p.1960-1963.

9.Vannucchi A.M., Antonioli E., Guglielmelli P. et al Clinical correlates of JAK2V617F presence or allele burden in myeloproliferative neoplasms: A critical reappraisal // Leukemia, 2008, v.22, p.1299-1307.

10.Tefferi A., Thiele J., Orazi A. et al. Proposals and rationale for revision of the World Health Organization diagnostic criteria for polycythemia vera, essential thrombocythemia, and primary myelofibrosis: Recommendations from an ad hoc international expert panel // Blood, 2007, v.110, p.1092-1097

11.Tefferi A. Pathogenesis of myelofibrosis with myeloid metaplasia // J Clin Oncol., 2005, v.23(33), p.8520-30.

12.Campbell P.J., Scott L.M., Baxter E.J. et al. Methods for the detection of the JAK2 V617F mutation in human myeloproliferative disorders // Methods Mol Med., 2006, v.125, p.253-64.

13.Pardanani A., Lasho T.L., Finke C.M., Tefferi A. Infrequent occurrence of MPL exon 10 mutations in polycythemia vera and post-polycythemia vera myelofibrosis // Am J Hematol., 2011, v.86, p.701-702.

14.Ohashi H., Arita K., Fukami S., et al. Two rare MPL gene mutations in patients with essential thrombocythemia // Int J Hematol., 2009, v.90, p.431-432.

15.Beer P.A., Campbell P.J., Scott L.M., et al. MPL mutations in myeloproliferative disorders: Analysis of the PT-1 cohort // Blood., 2008, v.112, p.141-149.

16.Ding J., Komatsu H., Wakita A. et al. Familial essential thrombocythemia associated with a dominant-positive activating mutation of the c-MPL gene, which encodes for the receptor for thrombopoietin // Blood, 2004, v.103, p.4198-4200.

17. Liu K., Martini M., Rocca B. et al. Evidence for a founder effect of the MPLS505N mutation in eight Italian pedigrees with hereditary thrombocythemia // Haematologica, 2009, v.94, p.1368-1374.

18.Klampfl T., Gisslinger H., Harutyunyan A.S. et.al. Somatic Mutations of Calreticulin in Myeloproliferative Neoplasms // N Engl J Med., 2013, v.369(25), p.2379-2390.

19. Nangalia J., Massie C.E., Baxter E.J. et.al. Somatic CALR Mutations in Myeloproliferative Neoplasms with Nonmutated JAK2 // N Engl J Med., 2013, v.369(25), p.2391-2405.

20.Tefferi A., Lasho T.L., Abdel-Wahab O. et al. IDH1 and IDH2 mutation studies in1473 patients with chronic-, fibrotic- or blast-phase essential thrombocythemia, polycythemia vera or myelofibrosis // Leukemia, 2010, v.24, p.1302-1309.

21.Tefferi A., Pardanani A., Lim K.H. et al. TET2 mutations and their clinical correlates in polycythemia vera, essential thrombocythemia and myelofibrosis // Leukemia, 2009, v.23, p.905-911.

22. Brecqueville M., Rey J., Bertucci F., et al. Mutation analysis of ASXL1, CBL, DNMT3A, IDH1, IDH2, JAK2, MPL, NF1, SF3B1, SUZ12, and TET2 in myeloproliferative neoplasms // Genes Chromosomes Cancer, 2012, v.51, p.743-755.

23.Stegelmann F., Bullinger L., Schlenk R.F. et al. DNMT3A mutations in myeloproliferative neoplasms // Leukemia, 2011, v.25, p.1217-1219

24. Guglielmelli P., Biamonte F., Score J. et al. EZH2 mutational status predicts poor survival in myelofibrosis // Blood, 2011, v.118(19), p.5227-34.

25.Brecqueville M., Rey J., Bertucci F. et al. Mutation analysis of ASXL1, CBL, DNMT3A, IDH1, IDH2, JAK2, MPL, NF1, SF3B1, SUZ12, and TET2 in myeloproliferative neoplasms // Genes Chromosomes Cancer, 2012, v.51, p.743-755.

26. Varricchio L., Mancini A., Migliaccio A.R. Pathological interactions between hematopoietic stem cells and their niche revealed by mouse models of primary myelofibrosis // Expert Rev Hematol., 2009, v.2(3), p.315-334.

27.Tefferi A., Pathogenesis of Myelofibrosis With Myeloid Metaplasia // Journal of Clinical Oncology, 2005, v.23(33), p.8520-8530.

28.Cho S.Y., Xu M., Roboz J. et al The Effect of CXCL12 Processing on CD34+ Cell Migration in Myeloproliferative Neoplasms // Cancer Research, 2010,v.70(8), p.3402-3410.

29. Massa M., Rosti V., Ramajoli I. et al. Circulating CD34+, CD133+, and Vascular Endothelial Growth Factor Receptor 2–Positive Endothelial Progenitor Cells in Myelofibrosis With Myeloid Metaplasia // Journal of Clinical Oncology, 2005, v.23(24), p.5688- 5695.

30. Schmitt A., Jouault H., Guichard J. et al. Pathologic interaction between megakaryocytes and polymorphonuclear leukocytes in myelofibrosis // Blood, 2000, v.96(4), p.1342-1347.

31. Tefferi A., Thiele J., Orazi A. et al. Proposals and rationale for revision of the World Health Organization diagnostic criteria for polycythemia vera, essential thrombocythemia, and primary myelofibrosis: Recommendations from an ad hoc international expert panel // Blood, 2007, v.110, p.1092-1097.

32. Mossuz P., Girodon F., Donnard M. et al. Diagnostic value of serum erythropoietin level in patients with absolute erythrocytosis // Haematologica, 2004,v.89, p.1194–1198.

33. Thiele J., Kvasnicka H.M., Vardiman J.W. et al. Bone marrow fibrosis and diagnosis of essential thrombocythemia // J Clin Oncol., 2009, v.27, p.220–221

34. Schmitt-Graeff A.H., Teo S.S., Olschewski M. et al. JAK2V617F mutation status identifies subtypes of refractory anemia with ringed sideroblasts associated with marked thrombocytosis // Haematologica, 2008, v.93, p.34-40.

35. Kvasnicka H.M., Thiele J. Prodromal myeloproliferative neoplasms: The 2008 WHO classification // Am J Hematol., 2010, v.85, p.62-69

Резюме

Современные подходы к диагностике Ph-негативных миелопролиферативных заболеваний

Ч.Д.Асадов, А.Б.Гасанова, Э.М.Курбанова, Н.Н.Заманова, Н.А.Курбанова

Представления о патогенезе, диагностике и методах лечения хронических миелопролиферативных заболеваний (МПЗ) на протяжении длительной истории их изучения неоднократно подвергались пересмотру. В последние годы достигнуты значительные успехи в расшифровке молекулярно-генетических механизмов патогенеза Ph-негативных МПЗ, в установлении роли JAK-STAT сигнального пути. Это привело к улучшению качества обследования и созданию международной унифицированной системы критериев диагностики этих заболеваний. В обзоре приводятся современные данные о достигнутых в последние годы значительных успехах в расшифровке молекулярно-генетических механизмов Ph-негативных МПЗ и использование их в диагностике этих заболеваний.

Summary

Modern approaches to the diagnosis of Ph-negative myeloproliferative diseases

Ch.D.Asadov, A.B.Gasanova, E.M.Kurbanova, N.N.Zamanova, N.A.Kurbanova

The concept of the pathogenesis, diagnosis and methods of treatment of chronic myeloproliferative disorders (MPD) in the long history of their study have been repeatedly revised. In recent years, made significant progress in deciphering the molecular and genetic mechanisms of the pathogenesis of Ph-negative MPD, in establishing the role of the JAK-STAT signaling pathway. This led to an improvement in the quality of the survey and the establishment of a unified international system of criteria for the diagnosis of these diseases. The review provides current data on the significant progress achieved in recent years in deciphering the molecular genetic mechanisms of Ph-negative MPD and their use in the diagnosis of these diseases.

Daxil olub: 12.10.2016

PLASTİK ƏMƏLİYYAT ÜÇÜN MÜRACİƏT EDƏNLƏRDƏ B VİRUSLU HEPATİTİN AŞKAR EDİLMƏ NƏTİCƏLƏRİ

R.H.Həsənli
«Qələndər» özəl klinikası, Bakı

Açar sözlər: viruslu hepatit, plastik əməliyyatlar
Ключевые слова: вирусные гепатиты, пластические операции
Key words: viral hepatitis, plastic surgery

Viruslu hepatitlər hazırda bütün dünyada geniş yayıldığına görə səhiyyənin ciddi problemi olaraq qalmaqdadır [1].

Viruslu hepatitlər arasında yayılmasına, nəticələrinin ağırlıq dərəcəsinə görə B viruslu hepatitlər aparıcı yer tutur [2,3]. B viruslu hepatitlərin yayılmasında tibbi müdaxilələrin, cinsi və hemokontakt yolu ilə virusun ötürülməsinin rolu qeyd olunur [4,5].

Müəyyən tədqiqatlarla B viruslu hepatitin xəstəxanaların cərrahi və terapevtik şöbələrinin personalı və pasiyentlərində qeydə alınması göstərilmişdir [6]. Peritoneal dializə və uzunmüddətli proqram hemodializinə məruz qalan xəstələrin B virus hepatiti ilə yoluxma riskinin artması qeyd olunur [7,8]. Aparılan tədqiqatlar göstərmişdir ki, qan sisteminin xəstəlikləri olan xəstələrdə B hepatit virusuna yoluxma stasionara daxil olduqda artıq 2 və daha da artıq olur [4,5]. Bir sıra müəlliflər donor qanında B hepatit virusunun markerlərinin rastgəlmə tezliyinin yaşdan asılı olaraq dəyişilməsini tədqiq etmişlər [5,9]. Azərbaycanda da B hepatit virusuna yüksək yoluxma riski olan şəxslərdə HB_SAg-nin aşkar olunma tezliyi və belə şəxslərin epidemioloji əhəmiyyəti tədqiq edilmişdir [10].

Hazırkı tədqiqatın **məqsədi** plastik əməliyyat üçün müraciət edən pasiyentlərdə B viruslu hepatitin rastgəlmə tezliyinin müəyyən edilməsidir.

Material və müayinə üsulları. Tədqiqat işi 01.2012-04.2016-cı il tarixlərində Bakı şəhərinin «Qələndər» özəl klinikasında aparılmışdır. Tədqiqata müxtəlif plastik əməliyyat üçün müraciət etmiş 15-78 yaşında 86 pasiyent (49 qadın və 37 kişi) cəlb edilmişdir. Qadınlarda orta yaş həddi 33,8, kişilərdə 28,1 yaş olmuşdur.

B virus hepatitinin diaqnostikasında müxtəlif vasitələrin venadaxili yeridilməsi, qan köçürülməsi, cərrahi müdaxilələr, dəri örtükləri və selikli qişaların tamlığının pozulması ilə bağlı olan manipulyasiyalar, təsadüfi cinsi əlaqələr, B virus hepatitinin başlamasına qədər 6 həftədən 6 aya qədər qaraciyərin xronik xəstəlikləri olan xəstələr və virus daşıyıcıları ilə sıx təmasın olması diaqnozun dəqiqləşdirilməsinə kömək edir. Bu infeksiya üçün tədricən başlama, həzm sisteminin ifadə olunmuş pozulması ilə uzunmüddətli sarılıqönü dövr, oynaqlarda ağrı və səpgilər, əhval-ruhiyyənin pisləşməsi, sarılıq və qaraciyərin böyüməsi səciyyəvidir. B virus hepatiti zamanı sarılıq tədricən artır, timol sınağı normada qalır. B hepatit viruslarının markerlərini aşkar etmək üçün immunferment analiz üsulundan istifadə edilir. Qanda HB_SAg xəstəliyin simptomları üzə çıxmazdan çox əvvəl meydana çıxır və bütün sarılıq dövründə qalır. B virus hepatitinin daha dəqiq təsdiqi M sinif immunqlobulinin paralel olaraq HB_SAg ilə aşkar olunmasıdır.

Virus yükü real vaxt ərzində polimeraza zəncirvarı reaksiyasında təyin edilmişdir. 10^6 surət ml-dən az olan virus yükü aşağı, 10^6 surət/ml virus yükü yüksək hesab edilmişdir.

Xəstələrdə həmçinin qanda hemoqlobin, leykosit, trombosit, şəkərin miqdarı və qanın laxtalanma müddəti təyin edilmişdir. Xəstələrin qanı B hepatit virusu ilə yanaşı digər virus infeksiyaları – HCV, HİV və sifilisə görə də müayinə olunmuşdur.

Tədqiqatın nəticələri ümumi qəbul edilmiş statistik üsullarla işlənmiş, çoxsaylı qruplarda t-Styudent, azsaylı qruplarda U-Uilkokson meyarları təyin olunmuşdur.

Nəticələr və onların müzakirəsi.

Müayinə olunan pasiyentlərin 38-də (44,1%) HB_SAg təyin edilmişdir. HBV infeksiyanın aşkar olunma tezliyi qadınlarda 32,6% (16 nəfərdə), kişilərdə 59,4% (22 nəfərdə) olmuşdur. HBV infeksiyasının yaş qrupları üzrə aşkar olunma tezliyi 1 saylı cədvəldə verilmişdir.

1 saylı cədvəldən göründüyü kimi HBV infeksiyası daha çox 15-29 yaş qrupunda (50,0%) qeydə alınmışdır.

«Qulağın əməliyyatdan sonra deformasiyası», «üzün yanıqdan sonra deformasiyası», «üzdə piy distrofiyası», «hər iki almacıq nahiyəsində anadangəlmə deformasiya», «baldır nahiyəsində piy distrofiyası», «hər iki göz bucağının sallanması», «iki tərəfli mikromastiya», «qarnın ön divarının piylənməsi», «sol əldə niqroma», «üzün dərisinin sallanması» diaqnozları ilə daxil olan pasiyentlərdə hərəsində 1 hadisə olmaqla HBV infeksiyası aşkar edilmişdir. «Posttravmatik burun deformasiyası» diaqnozu ilə daxil olmuş 18

xəstədə (9 qadın, 9 kişi), «əməliyyatdan sonrakı burun deformasiyası» diaqnozu ilə daxil olmuş 6 xəstədə (3 qadın, 3 kişi), «anadangəlmə burun deformasiyası» diaqnozlu 2 xəstədə, «üzün yanıqdan sonra deformasiyası» diaqnozlu 2 xəstədə HBV infeksiyası müəyyən edilmişdir.

B virus hepatitli xəstələrdə Hb orta hesabla 125,6±1,8 q/l, eritrosit- 5,17·10^9/l±0,2; leykosit- 8,62±0,78 (10^9/l), çubuqnüvəlilər- 1,71±0,11%, seqmentnüvəlilər- 52,7±1,7%, limfositlər- 22,6±1,3%, monositlər- 10,8±1,0%, EÇS- 15,0±1,0 mm/saat olmuşdur.

Cədvəl 1

HBV infeksiyasının yaş qrupları üzrə aşkar olunma tezliyi

Yaş qrupu	Daxil olanlar	Müsbət nəticə	%
15-29	50	25,0	50,0
30-39	16	5	31,2
40-49	11	4	36,3
50 və yuxarı	9	4	44,4
Cəmi	86	38	44,1

Biokimyəvi göstəricilərin dinamikası da fərqli olmuşdur. Belə ki, ümumi bilirubin normadan 7,4 dəfə, düz bilirubin 15 dəfə, qeyri-düz bilirubin 3,5 dəfə, ALT 14,5 dəfə, AST 20,5 dəfə, xolesterinin səviyyəsi normadan 2 dəfə artıq, ümumi zülalın və qələvi fosfatazanın miqdarı norma göstəricilərindən 2 dəfə aşağı olmuşdur ($p<0,001$).

Beləliklə, aparılan tədqiqatların nəticələri göstərir ki, plastik əməliyyat üçün müraciət edən pasiyentlərdə əməliyyatdan əvvəl HBV infeksiyasının olması təsdiq edilmişdir. Bu isə həmin pasiyentlərin həm əməliyyat zamanı, həm də əməliyyatdan sonrakı müalicə və reabilitasiya dövründə nəzarətdə saxlanmasını tələb edir.

ƏDƏBİYYAT

1. Баранова И.П., Никольская Н.В., Краснова Л.И. и др. Вирусные гепатиты: диагностика, лечение, организация медицинской помощи / Матер. 16 юбилейной межрегиональной научно-практической конференции ГБОУ ДПО ПИУВ. Пенза, 2012, с.46-49.
2. Штейнке Л.В., Ситник Т.Н., Дудникова О.Г. Энтеральные гепатиты в Воронежской области // В мире вирусн.гепатитов, 2013, № 3, с.46-47.
3. Механтьев И.И., Усачева Л.П. О состоянии заболеваемости населения парентеральными гепатитами / Докл. 10 Российской научно-практич.конф. с международным участием «Вирусные гепатиты – эпидемиология, диагностика, лечение и профилактика», 2013, № 3, с.35-36.
4. Гармаева Т.Ц., Куликов С.М., Михайлова Е.А. и др. Клинико-эпидемиологическая характеристика инфицированности вирусами гепатитов В и С больных с заболеваниями системы крови при поступлении в стационар // Гематол. и трансфузиол., 2009, № 1, с.3-9.
5. Гармаева Т.Ц., Куликова С.М., Михайлова Е.А. и др. Динамика инфицирования вирусами гепатитов В и С больных с заболеваниями системы крови // Гематол. и трансфузиол., 2009, № 5, с.16-23.
6. Зуева Л.П., Рахманова А.Г., Колосовская Е.Н. и др. Эпидемиологическая оценка распространенности вирусных гепатитов В и С у персонала и пациентов в стационарах Санкт-Петербурга // Эпидемиология и инфекционные болезни, 2012, № 2, с.41-45.
7. Fabrizi F., Lunghi G., Poordad F., Martin P. Peritoneal dialysis and infection by hepatitis B and C virus // Int. J. Artif. Organs, 2003, 26, N 4, p.278-288.
8. Самцевич Ю.А., Спасский Б.В., Самсон А.А. и др. Парентеральные вирусные гепатиты у пациентов, находящихся на хроническом гемодиализе // Сб. тр. научно-практической конф., посвященной 75-летию каф.инф.бол. БГМУ, Минск, 2003, с.93-96.
9. Nascimento M., Meyud Ph., Sabino E. et al. Prevalence of hepatitis B and C serological markers among first-time blood donors in Brazil: a multi-center serosurvey // J.Med. Virol., 2008, N 1, p.53-57.
10. Мамедов М.К., Дадашева А.Э., Кадырова А.А. и др. Серологические маркеры инфекций, вызванных вирусами гепатитов В и С, у жителей Азербайджана из групп с высоким риском парентерального инфицирования // Эпидемиол. и вакцинопрофилакт., 2012, № 2, с.58-61

Резюме

Результаты выявления вирусного гепатита в у лиц, обратившихся по поводу пластических операций

Р.Г.Гасанлы

Цель исследования заключалась в определении частоты встречаемости HBV инфекции у лиц, обратившихся по поводу пластических операций. В исследование были включены 86 пациентов (49

женщин и 37 мужчин) в возрасте 15-78 лет. Средний возраст женщин составлял 33,8 лет, мужчин-28,1 лет. HBV инфекция подтверждалась с помощью полимеразной цепной реакции. Установлено, что частота встречаемости HBV инфекции у предоперационных больных составляет 44,1%. Полученные результаты показывают высокую выявляемость вирусного гепатита В у предоперационных больных до операции и требует особого внимания при ведении, а также терапии и послеоперационной реабилитации таких больных.

Summary

DIscovery results of hbv infection in plastic operation patients

R.G.Gasanli

The aim of investigation was to determine of frequency of meeting of HBV infection in persons applying for plastic operations. 86 patients in age 15-78 (49 women and 37 men) have been included into investigation. The midlle age of women was 33,8 and men- 28,1. HBV infection have been confirmed by polymerase chain reaction. It was detected that the frequency of meeting of HBV infection consist 44,1% in preoperation patients. The given results show the high discovering of HBV infection in preoperation patients and these patients are required in special attention during therapy and rehabilitation.

Daxil olub: 28.10.2016

QAN ZƏRDABINDA ALT SƏVİYYƏSİ, HCV RNT VƏ ANTİ-HCV ARASINDA ƏLAQƏ

Yavər Hacisoy, A.Qurbanov

Azərbaycan Tibb Universiteti, Mikrobiologiya və İmmunologiya kagedrası, Bakı

Açar sözlər: hepatit C virusu, HCV RNT, anti-HCV, ALT

Ключевые слова: вирусный гепатит C, HCV RNT, anti-HCV, ALT

Key words: viral hepatitis C, HCV RNT, anti-HCV, ALT

A və B hepatitləri məlum olduqdan sonra müəyyən olundu ki, virus etiologiyalı bəzi hepatitlər nə A, nə də B hepatit virusları tərəfindən törədilmir. "Nə A, nə B" hepatitlərinin etiologiyasının uzun müddətli öyrənilməsi nəticəsində 1989-cu ildə yeni hepatit virusu kəşf edildi və o, C hepatit virusu adlandırıldı. Sonralar məlum oldu ki, "nə A, nə B" hepatitlərinin əsas törədicisinin hepatit C virusu olmasına baxmayaraq, onların törədilməsində digər hepatit virusları da iştirak edir. Müasir təsnifatda hepatit C virusu (HCV) *Flaviviridae* fəsiləsinin *Hepacivirus* cinsinə aid edilmişdir [1,2].

Hepatit C virüsü infeksiyası bütün dünyada olduğu kimi, ölkəmizdə də geniş yayılmış və xroniki qaraciyər xəstəlikləri, sirroz, hepatosellular karsinomaya səbəb olan ciddi səhiyyə problemidir [6-8]. Xronik HCV infeksiyası qaraciyər transplantasiyası üçün ən başda gələn göstərişlərdən biridir [2,3]. HCV infeksiyası dünyada təxminən 200 milyon insana yoluxmuşdur. Hər il isə təxminən 250 min insan HCV infeksiyası ilə əlaqəli sirroz və ya hepatosellular karsinomadan həyatını itirir [4]. HCV infeksiyası insanların həyat şəraitini pisləşdirmək və ölümlə yanaşı, ölkə iqtisadiyyatına da böyük zərər verir [5].

İnfeksiyanın daha çox subklinik seyr etməsinə görə HCV infeksiyasının diaqnostikasında çətinliklərlə qarşılaşılır. HCV infeksiyasının laborator diaqnozunda seroloji, molekulyar, histopatoloji və biokimyəvi üsullardan istifadə olunur. HCV infeksiyalarında dəqiq diaqnoz yalnız seroloji yolla anticisim cavabının aşkar edilməsi, yaxud molekulyar üsullarla HCV RNT-sinin təyini ilə müəyyənləşdirilə bilər. Histopatoloji müayinələrə qaraciyərin zədələnməsinin aşkar edilməsi, biokimyəvi üsullar isə xəstələrin müşahidəsi baxımından əhəmiyyətlidir. Seroloji diaqnoz hepatit C virüsü ilə yoluxmuş şəxslərdəki anticisim cavabının İFA, hissəcik aqlütinasiya (PA), yaxud rekombinant immunobloot analiz (RİBA) testləri istifadə edilərək təyin etmə məqsədini daşıyır. RİBA testinin İFA və PA testlərindən əsas fərqi, virusun müxtəlif antigenlərinə qarşı anticisim cavabını ayrı-ayrı qiymətləndirə bilməsidir [9,10]. HCV infeksiyasında bəzən qan zərdabında anti-HCV təyin olunana qədər uzun seroneqativ dövr keçir. Buna əlavə olaraq xronik hepatit C infeksiyasında anti-HCV neqativliyi müşahidə oluna bilər [11].

Müalicəyə başlamadan əvvəl müalicə dozasının və müddətinin müəyyən olunmasında HCV genotipinin təyin olunması əhəmiyyət daşıyır. Qaraciyərdəki iltihab və fibrozun dərəcəsini qaraciyər biopsiyası ilə müəyyən edərkən, xəstəliyin şiddəti və proqnozu haqqında tək başına fikir yürütməyə kömək edəcək qeyri invaziv test yoxdur. Buna görə qaraciyər transaminaza səviyyələrinin müşahidədə

saxlanılması, xəstəliyə spesifik olmasa da infeksiyanın diaqnostikasında və müalicənin gedişatında istifadə olunur [12].

Hepatosellular zədələnmənin kəskin və xroniki formalarının differensasiyasında "De Ritis nisbəti" (AST/ALT) istifadə olunur. Kəskin hepatitdə qan zərdabında ALT-nin səviyyəsi, alkoqol mənşəli qaraciyər xəstəliyi, xroniki hepatit və sirrozda isə AST səviyyəsi hakim olur. Buna görə AST/ALT səviyyəsi klinik gedişat haqqında əhəmiyyətli fikirlər verir [13]. Bir çox qaraciyər xəstəliklərində AST, ALT paralel olub, AST/ALT nisbəti vahiddən kiçik olur [12]. Adətən ALT aktivliyi, AST aktivliyini toksiki və virus hepatitlərində, xroniki aktiv hepatitdə və xolestatik hepatitdə üstələyir. AST-nin ALT-ni üstələdiyi hallar isə alkoqol, neoplastik və ya infiltrativ qaraciyər xəstəliklərində və qeyri-biliyar sirrozdur. AST/ALT nisbəti alkoqol hepatitlərində və sirrozda 2-dən böyük olur və bu hal qaraciyər xarici obstruksiya, virus hepatitləri kimi bu nisbətin 2-dən az olduğu hallar ilə differensasiyada əhəmiyyətli məlumatlar verir (14).

Bu tədqiqatda **məqsəd** anti-HCV pozitivliyi, ALT səviyyəsi və HCV-RNT pozitivliyi arasında münasibətin araşdırılması olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Azərbaycan Tibb Universitetinin klinikalarına müraciət etmiş HCV RNT müayinəsi aparılmış 246 nümunə tədqiqata daxil edilmişdir. Tədqiqata daxil edilmiş qan zərdablarında anti-HCV immunoferment (ELISA) üsulu ilə (Roshe Cobas E411, Almaniya), HCV-RNT isə polimerazalı zəncirvari reaksiya (Roshe Tagman Ampliprep 48) üsulu ilə aparılmışdır. Eyni zamanda qan zərdablarında ALT səviyyəsi də (Roshe Cobas C311) təyin edilmişdir.

Alınan nəticələr və onların müzakirəsi. Müayinə olunmuş 246 nümunədən 128-i (52%) HCV RNT virüs yükü pozitiv müəyyən olunmuşdur. HCV RNT virüs yükü müsbət olmuş 128 nümunənin 4-ü (3.1%) anti-HCV neqativ (anticisim aşkar olunmamışdır), 8-i (6.3%) isə şübhəli olmuşdur. HCV RNT virus yükü təyin olunmayan (HCV RNT neqativ) 118 nümunədən 104-də (88.1%) isə anti-HCV pozitiv, 12-də (10.2%) isə anti-HCV şübhəli müəyyən olunmuşdur. Cəmi 220 nümunədə anti-HCV pozitiv olmuşdur ki, bu nümunələrdən yalnız 116-da (52.7%) HCV RNT virus yükü müsbət, olmuşdur. Anti-HCV müsbət olmuş 104 (47.3%) nümunədə isə HCV RNT virus yükü təyin olunmamışdır. Anti-HCV neqativ olmuş 6 xəstədən 4-də şübhəli olan 20 xəstənin isə 8-də HCV RNT pozitiv müəyyən olunmuşdur (Cədvəl 1).

Cədvəl 1

Anti-HCV və HCV-RNT virus yükü olunmuş xəstələrdə ALT səviyyələri

		Nümunə Sayı (n,%)	ALT səviyyəsi			
			< 25 (n,%)	25-65 (n,%)	66-100 (n,%)	> 100 (n,%)
HCV RNT(+)	Anti-HCV(+)	116 (90.6)	19 (16.4)	57 (49.1)	28 (24.1)	12 (10.3)
	Anti-HCV(-)	4 (3.1)	1 (25)	3 (75)	0	0
	Anti-HCV şübhəli	8 (6.3)	2 (25)	5 (62.5)	1 (12.5)	0
HCV RNT(-)	Anti-HCV(+)	104 (88.1)	34 (32.7)	67 (64.4)	3 (2.9)	0
	Anti-HCV(-)	2 (1.7)	1 (50)	1 (50)	0	0
	Anti-HCV şübhəli	12 (10.2)	2 (16.7)	9 (75)	1 (8.3)	0
Cəmi		246	59 (24)	142 (57.7)	33 (13.4)	12 (4.9)

Müayinə olunmuş 246 nümunənin 59-da (24%) ALT-nin səviyyəsi 25 IU/mL-dən kiçik, 142-də (57.7%) 25-65 IU/mL, 45-də (18.3%) isə normadan yüksək olmuşdur. Xəstələrin ALT səviyyələri HCV RNT nəticələri baxımından qiymətləndirildikdə; HCV RNT pozitiv olan nümunələrin 50.8 %-də (65/128) və anti-HCV pozitiv olan nümunələrin isə 56.4%-də (124/220) ALT-nin norma daxilində (25-65 IU/mL) olduğu müəyyən olunmuşdur. HCV RNT pozitiv nümunələrin 32%-də (41/128), anti-HCV pozitiv nümunələrin 14.1%-də (31/220), HCV RNT və anti-HCV birlikdə pozitiv olan nümunələrin 34.5%-də (40/116), HCV RNT neqativ, anti-HCV pozitiv nümunələrin isə 2.9%-da (3/104) ALT səviyyəsi normadan (>66 IU/mL) yüksək olmuşdur.

Hepatit C infeksiyasının laborator diaqnostikasında, virusa qarşı əmələ gələn anticisimlərin immunoloji üsullarla təyini ilə yanaşı, virusun nuklein turşusunun molekulyar üsullarla təyini xəstəliyin diaqnostika, müalicə və proqnozunun təqib olunmasında xüsusi rola malikdir [15].

HCV infeksiyasının diaqnostikası Enzim Immun Assay (EIA) üsulu ilə anti-HCV-nin təyininə əsaslanır. Enzim Immun Assay (EIA) testləri, istifadəsinin asan və ucuz olması baxımından ilk seçim ediləcək testlərdir. Virus ilk dəfə təyin olunduqda əldə olunan c-100-3 peptidi istifadə olunaraq hazırlanan testlər, uzun illər ərzində inkişaf etdirilərək dövrümüzdə NS5 zülalına malik 3-cü nəsil anti-HCV EIA

testləri ilə əvəz olunmuşdur. Ölkəmizdə hepatit C virusunun təyin olunmasında (anti-HCV) diaqnostika və skrininq kimi adətən 3-cü nəsil EIA testləri istifadə olunur.

Kəskin dövrdə, inaktiv infeksiyon zamanı anti-HCV və ALT səviyyələri hər zaman yol göstərici olmur [9,11]. Buna görə xüsusilə zəif pozitiv nəticələrin və/və ya klinik əlamətlər ilə uyğun gələməyən hallarda təsdiqləyici testlərdən istifadə olunması vacib olur [16,17,18]. HCV-RNT-nin xəstənin serumunda PZR üsulu ilə müəyyən olunması xüsusilə anti-HCV neqativ olanlarda aktiv hepatit C infeksiyasının ən əhəmiyyətli sübutudur [19,20].

Tədqiqatımızda HCV RNT pozitiv olan xəstə nümunələrinin 3.1%-da (4/128) anti-HCV neqativ olmuşdur. Anti-HCV neqativ xəstələrdə; HCV RNT təyin olunması bu xəstələrin əhəmiyyətli qismində immunsupressiya ola biləcəyi və bu halın anticisim cavabının yetərsizliyi ilə bağlı ola biləcəyi qeyd edilir [21,22,23]. Həmçinin anticisim müəyyən olunmayan hallarda (anti-HCV neqativ) HCV RNT-nin təyin olunacaq səviyyədə olması, xəstələrin virus ilə qarşılaşma müddətinə görə fərqlilik göstərir. Hepatit C virusunun seyri əsnasında bəzən qan zərdabında HCV anticisimi müəyyən olunana qədər uzun seroneqativ dövr keçir [18]. Buna görə anti-HCV neqativ olan qan zərdablarında HCV RNT-nin müəyyən olunması, bu xəstələrdəki anticisim cavabının inkişaf etməməsi və ya çatışmamazlığı ilə əlaqəli olacağı düşünülür. Bundan başqa bu nümunələrin bir qismində kontaminasiya kimi laborator xətalara bağlı yanlış pozitivlik ola biləcəyi də nəzərdə saxlanılmaılıdır.

Anti-HCV pozitiv olan xəstələrin 47.3%-nin (104/220) qan zərdablarında HCV RNT neqativ müəyyən olunmuşdur ki, bunun səbəbi keçirilmiş hepatit C infeksiyası nəticəsində anticisim pozitivliyinin davamı, serumda virusa aid nuklein turşusunu əldə edilməsini əngəlləyən faktorların olması, qanda həqiqi zamanlı (Real Time) PZR ilə virusun təyin olunmayacaq titrdə olması və ya virusemiyada dalğalanma ilə bağlı ola bilər. Tədqiqatımızda istifadə olunan PZR reaktivlərində inhibisiyanı müəyyən etmək üçün daxili kontrol istifadə olunmuşdur [14]. Qan zərdabında anti-HCV anticisimlərinin olması, şəxsin HCV ilə qarşılaşmış olduğunu göstərsə də, tək başına kəskin infeksiya infeksiyanın varlığını göstərmək üçün yetərsizdir. Həmçinin seroloji testlərdə aşağı risk qruplarında və autoimmun xəstəliyi olanlarda çarpaz reaksiya verən anticisimlərlə bağlı yalnış pozitiv nəticələr də bildirilmişdir (19). "Centers For Disease Control and Prevention" (CDC) anti-HCV skrininq testinin pozitiv olduğu hallarda təsdiqləyici test kimi "Recombinant Immunoblot Assay" (RIBA) və ya HCV RNT kimi daha spesifik metodların istifadə olunmasını tövsiyyə edir.

HCV RNT və anti-HCV nəticələrimiz qaraciyər fermentləri ilə müqayisə olunduqda; bütün nümunələrin 24%-də (59/246), HCV-RNT pozitiv olan nümunələrin 17.2%-də (22/128), anti-HCV pozitiv olan nümunələrin isə 24.1%-də (53/220) ALT çox aşağı səviyyədə (<25 IU/mL) olmuşdur. HCV-RNT və anti-HCV birlikdə pozitiv olan nümunələrin isə 35.5%-də, HCV-RNT neqativ lakin anti-HCV pozitiv olan nümunələrin isə 2.9%-də ALT səviyyəsi normadan yüksək olmuşdur. Anti-HCV pozitivliyi və ALT səviyyəsinin HCV RNT virus yükünün təyin olunması (pozitivliyi) arasındakı əlaqənin əhəmiyyətsiz olduğu və hepatit C xəstələrinin diaqnostika və müalicəsinin müşahidəsində tək başına yetərsiz olduğu müəyyən olundu.

Nəticə olaraq; hepatit C infeksiyasının diaqnostikasında və müşahidəsində anti-HCV və ALT səviyyəsi hər zaman yol göstərici deyil. HCV RNT-nin təyin olunması, xüsusilə HCV ilə yoluxmuş lakin anti-HCV neqativ və ya ALT səviyyəsi normal olan xəstələrin müəyyən olunmasında çox qiymətli bir üsuldur. Hepatit C virusu ilə törədilən infeksiyalarda anti-HCV pozitivliyi, ALT səviyyəsi və HCV RNT pozitivliyi birlikdə qiymətləndirilməlidir/

ƏDƏBİYYAT

1. Qarayev Z., Qurbanov A. Tibbi mikrobiologiya və İmmunologiya. Bakı: Təbib nəşriyyatı, 2010,860 s.
2. Türkoğlu S. Hepatit C Virusu Viroloji ve Seroloji. Tabak F., Balık İ., Tekeli E. (eds). Viral Hepatit 2007. 1. Baskı. İstanbul: Viral Hepatitle Savaşım Derneği, 2007: 228-45.
3. Barut H.Ş., Günal Ö. Dünyada ve Ülkemizde Hepatit C Epidemiyolojisi // Klimik Derg., 2009, c.22(2), s.38-43.
4. Chevaliez S. Virological tools to diagnose and monitor hepatitis C viruc infection // Clin Microbiol Infection., 2011, v.17(2), p.116-21.
5. Sonsuz A. Medikal, sosyal ve ekonomik boyutu ile Türkiye'de kronik viral hepatit sorunu. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu. http://www.sdplatform.com/Sayi/6.aspx
6. Wilber J.C. Hepatitis C virus. Murray P.R. (ed). Manual of Clinical Microbiology. 6thed. Washington: American Society of Microbiology (ASM), 1995, p.1050-5.
7. Purcel R. The hepatitis C virus: overview // Hepatology, 1997, v.26, p.11-4

8. Sharara A.I., Hunt C.M., Hamilton J.D. Hepatitis C // Ann Intern Med., 1996,v.125, p.658-68.

9. Qarayev Z., Bayramlı A. Tibbi mikrobiologiya, immunologiya və klinik mikrobiologiya. Bakı: Təbib nəşriyyatı, 2011,756 s

10. Major M.E., Feinstone M.S. The molecular virology of hepatitis C. Hepatology 1997; 25: 1527-38.

11. Nolte F.S., Thurmond C., Fried M.W. Preclinical evaluation of AMPLICOR hepatitis C virus test for detection of hepatitis C virus RNA // J Clin Microbiol., 1995, v.33, p.1775-8.

12. Uygun A., Polat Z. Viral Hepatit Dışı Serum Transaminaz Düzeyinde Artışa Neden olan Hastalıklar // Güncel gastroenteroloji., 2009, c.13(4), s.211-24.

13. Nafees M., Ditta A., Jafferi G. Clinical Significance of Elevated Serum Aminotransferases Levels in Asymtomatic Individuals with Hepatitis C Infection // Annals, 2010, v.16(3), p.174-8.

14. Günşar F. Karaciğer Enzim Profilindeki Değişikliklerde Yaklaşımlar // Güncel Gastroenteroloji, 2003,v.7(3), p.192-203.

15. Alter M.J., Kuhnert W.L., Finelli L. Guidelines for laboratory testing and result reporting of antibody to hepatitis C virus. Centers for Disease Control and Prevention // MMWR Recomm Rep., 2003, v.52, p.113.

16. Oethinger M., Mayo D.R., Falcone J. et al. Efficiency of the ortho VITROS assay for detection of hepatitis C virus-specific antibodies increased by elimination ofsupplemental testing of samples with very low sample-to-cutoff ratios // J Clin Microbiol., 2005, v.43, p.2477-80.

17. Dufour D.R., Talastas M., Fernandez M.D., Harris B. Chemiluminescence assay improves specificity of hepatitis C antibody detection // Clin Chem., 2003,v.49, p.940-4.

18. Ismail N., Fish G.E., Smith M.B. Laboratory evaluation of a fully automated chemiluminescence immunoassay for rapid detection of HBsAg, antibodies to HBsAg, and antibodies to hepatitis C virus. J Clin Microbiol 2004; 42: 610-7.

19. Garson J.A. The polymerase chain reaction and hepatitis C virus diagnosis // FEMS Microbiol Rev., 1994, v.14, p.229-39.

20. Albadalejo J., Alonso R., Antinozzi R. et al. Multicenter evaluation of the COBAS AMPLICOR HCV assay, an integrated PCR system for rapid detection of HCV –RNA in the diagnostic laboratory // J Clin Microbiol., 1998, v.36, p.862-5.

21. Pawlotsky J.M. Use and interpretation of virological tests for hepatitis C // Hepatology, 2002, v.36, p. S65-73.

22. Thio C.L., Nolt K.R., Astemborski J. et al. Screening for hepatitis C virus in human immunodeficiency virus-infected individuals // J Clin Microbiol., 2000,v.38, p.575-7.

23. Pawlotsky J.M. Molecular diagnosis of viral hepatitis // Gastroenterology, 2002, v.122, p.1554-68.

Summary

Relationships Between Serum Alt Levels, Anti-Hcv And Hcv Rna

Yavar Hajisoy, A.Gurbanov

The purpose of this study, has been investigating the relationship between the anti-HCV positivity, ALT levels, and HCV-RNA positivity. In the survey have been included 246 sample, applied to the Clinics of Azerbaijan Medical University examination of the HCV RNA. Were included in the study of blood serum anti-HCV, HCV-RNA and ALT levels were determined. HCV RNA-positive samples in 32% (41/128), 14.1% of anti-HCV positive samples (31/220), HCV RNA and anti-HCV positive, with 34.5% of the samples (40/116) HCV RNA negative, and 2.9% of anti-HCV positive samples (3/104) above normal ALT levels (> 66 IU / mL) was high. The diagnosis and monitoring of Hepatitis C infection, anti-HCV and ALT levels, this is not always the way. Hepatitis C virus infections with anti-HCV positivity, ALT levels, HCV RNA should be evaluated together with positivity.

Резюме

Связь между уровнями АЛТ, Анти-HCV и РНК вируса гепатита с в сыворотке крови

Явер Гаджисой, А. Курбанов

Целью данного исследования,определение связи между позитивностью анти-HCV, уровнем ALT и HCV-РНК позитивностью. В исследование были включены 246 образца крови лиц, которые обратились к клиникам Азербайджанского Медицинского Университета с РНК вирусом гепатита С. В сыворотках крови включеных в исследование, были определены анти-HCV, РНК HCV и уровни АЛТ. РНК ВГС-положительных образцов у 32% (41/128), 14,1% у анти-ВГС положительных образцов (31/220), РНК вируса гепатита С и анти-ВГС вместе у 34,5% (40/116), а РНК HCV отрицательных и анти-ВГС положительных образцов у 2,9% (3/104) были выше нормальных уровней ALT (> 66 МЕ / мл). В диагностике и мониторинге гепатита С определение связи между

анти-HCV и уровнем ALT не всегда целесообразно. Инфекциях,вызываемых вирусом гепатита С с анти-HCV позитивностью, уровнем ALT, РНК положительностью следует оценивать вместе.

Daxil olub: 05.08.2016

REPRODUKTİV YAŞLI QADINLARDA UŞAQLIQ BOYNUNUN PAPİLLOMAVİRUS İNFEKSİYASININ MONİTORİNQİ

R.İ.Səfərova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Onkoloji klinika

Açar sözlər: papillomavirus infeksiyası, yayılma dərəcəsi, monitorinq
Ключевые слова: папилломавирусная инфекция, распространенность, мониторинг
Keywords: human papillomavirus infection prevalence, monitoring

Müasir dövrdə cinsiyyət orqanlarının papillomavirus infeksiyası (PVİ) mühüm tibbi-sosial əhəmiyyət kəsb edir, belə ki, reproduktiv sistemin bədxassəli xəstəliklərinin və ilk öncə uşaqlıq boynunun xərçənginin (UBX) inkişafında onun rolu artıq təyin edimişdir. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) məlumatlarına görə, son 10 il ərzində infeksiyalaşmış şəxslərin sayı 10 dəfədən çox artmış və 23,5%-ə çatmışdır [1,2,3].

UBX-nin yoluxucu xəstəlik olması haqqında hipotez hələ XIX əsrdə yaranmışdır. Lakin yalnız XX əsrin son 30 ili ərzində alimlər bu problemlə yaxından məşğul olmağa başlamışlar. UBX-nin bir çox yoluxucu amillərlə: sadə herpes virusu, Treponema pallidum, Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Cytomegalovirus və s. əlaqəsi haqqında məlumatlar əldə olunmuşdur. Fundamental tədqiqatların nəticəsində UBX-nin mənşəyində insanın papiloma virusunun (İPV) etioloji əhəmiyyəti təyin edilmişdir.

İPV ilə şərtlənmiş infeksion prosesin xüsusiyyəti onun tranzitor və ya persistensiya edən xarakterdə olmasıdır. Müəyyən edilmişdir ki, neoplastik proseslərin əmələ gəlməsi və inkişaf etməsi çox vaxt məhz İPV-nin uzunmüddətli persistensiyası olan və xəstəliyin klinik manifestləşməsi nəzərə çarpan şəxslərdə baş verir.Virusun yüksək kontagiozluğu, uşaqlıq boynunun histofizioloji xüsusiyyətləri, hormonal və immunoloji dəyişikliklər reproduktiv yaşlı qadını İPV üçün çox həssas edir [4,5]. Uşaqlıq boynunun İPV-infeksiyasının yayılması intensivliyinin qiymətləndirilməsi onun diaqnostikası metodlarından asılıdır. Sitoloji metodlardan istifadə etdikdə şişönü patologiyanın aşkar edilməsində yol verilən xətalar (gənc yaşlarda olan qadınlarda bu metodun kifayət qədər həssas olmaması ilə əlaqədar) 30-35% təşkil edir [3]. Bu, servikal kanserogenezin başlıca ekzogen amili qismində İPV haqqında olan müasir təsəvürlərlə bərabər diaqnostik skrininqin optimallaşdırılması zərurətini diktə edir. İPV-nin erkən molekulyar-genetik skrininqi mühüm klinik əhəmiyyət daşıyır, lakin buna münasibətdə vahid rəy yoxdur, halbuki onun aparılmasına sərf olunan xərclər İPV-infeksiyanın uzun müddət mövcud olan ağırlaşmış formaları ilə xəstələrin müalicəsinə çəkilən xərclərdən azdır [1,2].

Tədqiqat işinin məqsədi. Reproduktiv yaşlı qadınlarda uşaqlıq boynunun İPV-infeksiyasının erkən aşkar edilməsi və gələcəkdə monitorinqin aparılması üçün diaqnostik tədbirlər alqoritminin işlənib hazırlanması olmuşdur.

Tədqiqat işinin material və metodları. İşdə qarşıya qoyulan vəzifələri yerinə yetirmək üçün 2013-2015-ci illərdə prospektiv müayinə aparılmışdır. Əldə olunan məlumatların sayəsində pasiyentlərin hamısı 3 qrupa bölünmüşdür: 1-ci qrupu- yüksək riskli İPV-nin ilk aşkar edilməsindən 6 ay sonra (PVİ-nin tranzitor gedişi) İPV-testləmənin mənfi nəticələri qeyd edilən 48 qadın təşkil etmişdir; 2-ci qrupu- PVİ-nin persistensiya edən gedişinə malik 45 qadın təşkil etmişdir ki, onlarda virus ilk müayinədən 6 ay sonra (PVİ-nin persistensiya edən gedişi) aşkar edilmişdir; kontrol qrupu İPV olmayan 35 qadın təşkil etmişdir. İPV-ə görə müayinə bütün qadınlarda aparılmışdır. Bu zaman «AmpliSens VPÇ VKR genotip-EPh» test sistemlərindən istifadə edilmişdir. «AmpliSens VPÇ VKR genotip-EPh» reagentlər dəsti klinik materialda zəncirvari polmeraza reaksiyasının (ZPR) vasitəsilə yüksək kanserogen riskli (YKR) 16, 31, 33, 35; 18, 39, 45, 59 və 52, 56, 58, 66 tipli insanın papilloma virusunun (İPV) DNT-nin aşkar edilməsi və diferensiasiyası zamanı amplifikasiya məhsullarının aqarozlu geldə elektroforetik deteksiyası ilə birgə tətbiq edilir. Əldə olunan məlumatların statistik təhlili Microsoft Excel elektron cədvəllər proqramının köməyi ilə həyata keçirilmişdir ki, onlar aparılan tədqiqat işinin tələblərinə uyğun olaraq tərtib edilmişdir.

Alınan nəticələri və onların müzakirəsi. Müayinə olunan pasiyentlərin başlanğıc klinik xarakteristikasının öyrənilməsi PVİ-nin ağırlaşmalarının inkişaf etməsi zamanı risk amillərinin təyin edilməsi üçün mühüm şərt olmuşdur. Bütün qruplarda olan hamilə qadınların yaşı 17 ilə 43 yaş arasında dəyişmiş və orta hesabla I və II qruplarda 26,5±4 yaş, kontrol qrupda- 27,2±6 yaş təşkil etmişdir. İPV-nin həyat siklinin xüsusiyyətləri yoluxma prosesində lokal immunitet amillərinin aparıcı rolunu və ən əsası, xəstəliyin gələcəkdə inkişaf etməsi (İPV-nin eliminasiyası və ya persistensiyası) ehtimalını müəyyən edir. Servikal seliyin immunoloji göstəricilərinin tədqiqi zamanı həm PVİ-nin tranzitor, həm də persistensiyaedən gedişi müşahidə olunan qruplarda neytrofillərin funksional fəallığının biristiqamətli dəyişilməsi aşkar edilmişdir ki, bu da faqositozun fəallığının, intensivliyinin və neytrofillərin faqositar ədədinin dürüst azalması, onların lizosomal fəallığının artması ilə səciyyələnir (cədvəl 1).

Cədvəl 1

Müayinə olunan qadınlarda servikal selikdə neytrofillərin sayı və funksional fəallığı, M±m

Göstəricilər	Kontrol qrupu, n=35	1-ci qrup	2-ci qrup
		PVİ-nin tranzitor gedişi, n=48	PVİ-nin persistensiya edən gedişi, n=45
Leykositlərin ümumi sayı,10^9 /l	7,36±0,45	16,28±2,6 r=0,001	12,34±1,8
Həyat qabiliyyətli neytrofillərin sayı, 10^9/l	2,58±0,32	6,28±1,2 p<0,001	3,46±0,8 p=0,002
Həyat qabiliyyətli neytrofillərin sayı, %	39,44±2,68	40,48±2,6	36,18±2,4
Neytrofillərin faqositozunun fəallığı, %	61,29±2,43	49,37±1,6 p<0,001	42,21±3,6 p<0,001
Faqositar ədəd, şər.vah.	3,76±0,16	3,21±0,2 p=0,005	2,56±0,5 p=0,003
NST-test spontan, %	23,28±2,12	26,64±2,7	23,11±3,5
NST-test spontan, şər.vah.	0,24±0,01	0,41±0,02	0,31±0,02
NST-test aktivləşmiş,%	39,22±2,83	36,84±2,6	42,63±3,6
NST-test aktivləşmiş, şər.vah.	0,54±0,02	0,46±0,02	0,58±0,02
Neytrofillərin lizosomal fəallığı, şər.vah.	29,85±3,34	214,27±16,5 p<0,001	128,68±24,7 p<0,001
Neytrofillərin funksional ehtiyatı, şər.vah.	2,01±0,11	2,56±0,3	2,63±0,3
Neytrofillərin faqositozunun intensivliyi, şər.vah.	2,57±0,22	1,26±0,3 p<0,001	1,38±0,5 p<0,001

Neytrofillərin faqositar reaksiyasında aşkar etdiyimiz dəyişikliklər onların hopdurucu və mənimsəmə qabiliyyətinin pozulmasını, həmçinin PVİ zamanı hüceyrədaxili killer funksiyasının qeyri-effektivliyini əks etdirir. Eyni zamanda lizosomal enzimlərin böyük miqdarda olması həmçinin neytrofillərin virusların məhvinə yönəldilmiş oksigenasılı olmayan biosidliyinin reallaşması qabiliyyətini və fəallığını göstərir.

PVİ-nin tranzitor gedişi ilə müqayisədə PVİ-nin persistensiya edən gedişi qeyd edilən qrupun fərqləndirici xüsusiyyəti neytrofillərin lizosomal aktivliyinin azalması olmuşdur. Bizim fikrimizcə, bu, həmin qrupda yüksək antigen yüklənməsi ilə şərtlənmişdir ki, bu da neytrofillərin funksional qranullarının tükənməsinə gətirib çıxarır. Servikal seliyin humoral amillərinin öyrənilməsi göstərmişdir ki, PVİ-nin persistensiya edən gedişi zamanı orqanizm immunitetin humoral amillərinin qoşulması ilə reaksiya vermişdir ki, bu da immun cavabın başa çatmasını və effektivliyini müəyyən edən və nəticədə orqanizmdən İPV-nin eliminasiyasına imkan verən mühüm immunqlobulin IgG-nin səviyyəsinin artması ilə təzahür etmişdir. Servikal seliyin sitokin profilinin öyrənilməsi zamanı bütün müayinə qruplarında İL-2-nin ekspressiyasının yüksəlməsi müəyyən edilmişdir ki, bu da PVİ-ə qarşı immunsəllahiyyətli hüceyrələrin fəallaşdığını göstərir. PVİ-nin 6 ay sürən tranzitor və persistensiya edən gedişi sitokinlərin səviyyəsinin bir istiqamətdə dəyişməsi ilə səciyyələnmişdir ki, bu da servikal selikdə İFN-α və İFN-γ qatılığının artması ilə təzahür etmişdir. PVİ-nin tranzitor və 6 ay sürən persistensiya edən gedişi qeyd olunan qruplarda interferonların yüksək ekspressiyası virusəleyhinə mexanizmlərin işini göstərir, İFN-γ isə iltihabönü sitokin kimi iştirak edərək, effektor hüceyrələr cəlb olunmaqla iltihab ocağının formalaşmasına yönəldilmiş sitokin silsiləsinin işə düşməsini təmin edir.

Beləliklə, əldə olunan məlumatların sayəsində belə nəticəyə gəlmək olar ki, PVİ-nin 6 ay sürən persistensiyaedən gedişində servikal seliyin immunitetinin neytrofil həlqəsinin zəifləməsi yüksək virus yüklənməsi şəraitində yüksək riskli İPV-nin persistensiyasını şərtləndirir, lakin İFN-α və İFN-γ-nin yüksək ekspressiyası fonunda IgG-nin immun cavabının işə düşməsi sayəsində onun müddəti azalır.

ƏDƏBİYYAT

1. Кубанова А.А. Лесная И.Н., Кубанов А.А., Мелехина Л.Е., Каспирович М.А. Анализ эпидемиологической ситуации и динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, и дерматозами на территории Российской Федерации // Вестн. дерматол. и венерологии, 2010, № 5, с.4-21.
2. Молочков В.А., Киселев В.И. Генитальная папилломавирусная инфекция / Инфекции, передаваемые половым путем. Клиника, диагностика, лечение, М.: Издательство «Медицина», 2006, с.496-516.
3. Arena S., Marconi M. HPV and pregnancy, diagnostic methods // Minerva gin., 2008, № 3, p. 225-237.
4. Datta S.D., Koutsky L.A., Ratelle S. Human papillomavirus infection and cervical cytology in women screened for cervical cancer in the United States, 2003-2005 // Ann. Intern. Med., 2008, v.148, p.493-500.
5. Smith J.S., Lindsay L., Hoots B. Human papillomavirus type distribution in invasive cervical cancer and high-grade cervical lesions: a meta-analysis update // Int. J. Cancer. 2007, v. 121, p.621-632.

Резюме

Мониторинг папилломавирусной инфекции шейки матки у женщин репродуктивного возраста

Р.И.Сафарова

Изучение иммунологических показателей при исследовании цервикальной слизи у женщин были выявлены изменения, определяющие функциональную активность нейтрофилов в различных группах женщин с персистирующим и транзиторным протеканием вируса папилломы человека. При этом отмечалось достоверное снижение показателей интенсивности и активности фагоцитоза, увеличение лизосомальной активности клеток нейтрофилов, с общим снижением фагоцитарного числа. В группе женщин с персистирующим протеканием вируса папилломы человека отмечалось уменьшение лизосомальной общей активности клеток нейтрофилов. Это объясняется выраженной антигенной нагрузкой в у женщин данной группы, что в итоге указывает на снижение функциональных свойств нейтрофилов. При изучении гуморальных факторов исследованной цервикальной слизи было установлено, что при персистирующем протеканием вируса папилломы человека отмечается подключение гуморальных факторов иммунитета, в частности увеличении уровня IgG, который определяет эффективность и завершенность иммунного ответа и, в итоге, способствующего элиминации вируса папилломавирусной инфекции человека.

Summary

HPV infection monitoring of cervical cancer in women of reproductive age

R.I.Safarova

The study of immunological parameters in the study of the cervical mucus of women have been identified changes that determine the functional activity of neutrophils in different groups of women with persistent and transient occurrence of HPV. At the same time there was a significant decline in the intensity of phagocytosis and the activity increase in lysosomal activity of neutrophils cells, with a total reduction of phagocytic number. In the group of women with persistent occurrence of human papilloma virus was a decrease in the total activity of lysosomal neutrophil cells. This is due to the expressed antigenic load in this group of women, with the result that indicates the decrease in the functional properties of neutrophils. In the study of the humoral factors investigated cervical mucus it has been found that the occurrence of persistent human papillomavirus connection marked humoral immunity factors, including increasing the level of IgG, which determines the efficiency and completeness of the immune response and, finally, elimination of the virus facilitating the infection of human papillomavirus.

Daxil olub: 16.09.2016

QALXANABƏNZƏR VƏZİN DÜYÜNLÜ TÖRƏMƏLƏRİNİN ULTRASƏS ELASTOQRAFİYA MÜAYİNƏSİ

B.Ə.Baxşiyev, L.Z.Ağabəyli, F.Z.İsmayılova
Azərbaycan Tibb Universiteti, Şüa diaqnostikası və Şüa terapiyası kafedrası, Bakı

Açar sözlər: tiroid düyünləri, ultrasəs müayinə, elastoqrafiya
Ключевые слова: узлы щитовидной железы, ультразвук, эластография
Key words: thyroid nodules, ultrasound, elastography

Qalxanabənzər vəzi (QV) xəstəlikləri vacib, müasir tibbi-sosial problemlərdən biri olmaqla, rastgəlmə tezliyinə görə digər endokrin patologiyalar içində ancaq şəkərli diabetdən geri qalır [1]. QV ocaqlı törəmələri bu xəstəliklər içində əhəmiyyətli çəkiyə malikdir. Buna misal kimi, Amerika Birləşmiş Ştatları əhalisində aparılmış statistik tədqiqata əsasən hər il təxminən 300 000 yeni düyün aşkarlanmasını göstərmək olar. Bu düyünlərdən 5%-i düyünün ölçüsündən asılı olmayaraq bəd xassəlidir [2]. 2014-cü ildə Rusiya Federassiyasında QV xərçəngi ilə xəstələnmə halları kişilər arasında 100 min nəfərdə 1,88, qadınlar arasında 100 min nəfərdə 6,75 olmuşdur [3]. Hay və əməkdaşları tərəfindən 5 il ərzində izlənilən QV xərçəngli 1500 xəstədə ölüm faizi I mərhələdə aşkarlanmış bədxassəli törəmələrdə 0%, II mərhələdə 0,6%, III mərhələdə 5,3%, IV mərhələdə isə 77% təşkil etmişdir. De Groot və əməkdaşları I və II mərhələdə olan xəstələrdə 38 illik izləmədə 80-90% sağ qalma, III mərhələdə 20 illik müşahidədə 50%, IV mərhələdə 10 illik müşahidə zamanı 0% sağ qalnma bildirmişlər. Xəstəliyin ilkin mərhələlərində kliniki əlamətlərin olmaması, düyünlərin əhali arasında geniş yayılması və vaxtında aparılmış konservativ müalicənin effektivliyinin yüksək olması xəstəliyin erkən aşkar edilməsi, düzgün diaqnoz qoyulma alqoritminin hazırlanması probleminin aktuallığını artırır.

Hal-hazırda, QV ocaqlı törəmələrinin diaqnostikasında B-mod və Doppler ultrasəs müayinəsi (USM) geniş istifadə olunur. USM vasitəsi ilə QV parenximası, qan dövranı, düyünlərin sayi və yerləşməsi, ən əsası düyünlərin bədxassəlilik xüsusiyyətləri haqqında məlumat almaq olar. Düyünün başlıca bədxassəlilik xüsusiyyətləri olaraq hipoexogenlik, solid konsistensiya, mikrokalsinatlar, qeyri-aydın sərhədlərə malik olması, ətraf toxumalara invaziyası, hündürlük ölçüsünün genişlik ölçüsündən artıq olması, Doppler müayinəsində intranodulyar xaotik vaskulyarizasiya qeyd olunur [4]. Lakin bu əlamətlərdən heç biri ayrı-ayrılıqda yüksək spesifikliyə malik deyil. Diaqnostik müayinənin növbəti mərhələsi vəzin incə iynə aspirasyon biopsiyası (İİAB) olub, alınan aspirasyon material Bathesda təsnifatına görə 6 qrupda təsnif olunur və hal-hazırda respublikamızda bu təsnifat istifadə olunur; qeyri-diaqnostik, xoşxassəli törəmələr, qeyri-müəyyən atipik əlamətlərə və ya qeyri-müəyyən follikulyar dəyişikliklərə malik olan törəmələr qrupu, follikulyar neoplaziya və ya follkulyar neoplaziya şübhəsi, bədxassəlilik şübhəsi və bədxassəli. Qeyri-diaqnostik qrup bütün xəstələrin 20%-ni təşkil edərək, növbəti mərhələdə xəstəyə yenidən biopsiya etmək tələb olunur. Follikulyar neoplaziya olan qrupda maliqnizasiya riski 20%, bədxassəlilik şübhəsi olan qrupda isə 60-70%-dən yuxarıdır. Follikulyar neoplaziyası olan xəstələrin 80%-i lazımsız tireoidektomiyaya məruz qalır [5,6]. Bütün bu xüsusiyyətlər İİAB müayinəsinin xərçəngi istisna etmək qabiliyyətinin limitli olduğunu göstərərək, onu tiroid ocaqlı törəmələrinin müayinəsində qızıl standart olmaqdan uzaq olduğuna gətirib çıxardır [7]. Elastoqrafiya müayinəsi İİAB müayinəsinin dəqiqiləyini artmasına səbəb olur və hətta bəzi müəlliflərə görə gələcəkdə onu əvəz etməsi gözlənilir [6].

Elastoqrafiya müayinəsinin fiziki əsasları və növləri. Elastoqrafiya-yeni diaqnostik müayinə metodu olub, adından da göründüyü kimi, toxuma elastikliyini müəyyən edilməsinə əsaslanır. Hələ Hippokrat zamanından palpasiya ilə müayinə olunan orqanın sərt konsistensiyaya malik olması onun bədxassəliliyindən xəbər verdiyi məlumdur. Ancaq palpasiya kifayət qədər subyektiv bir müayinə olub, bir çox hallarda həkimin təcrübəsindən və taktil hissiyatından asılıdır. Buna görə də toxuma konsistensiyasını müəyyən edən instrumental metodların tətbiq olunması, bu metodların hətta palpasiyaedilə bilinməyən orqanlarda da istifadə edilə bilməsi aktual problemdir. Elastoqrafiya limfa düyünlərinin, QV, süd vəzilərinin, prostat vəzin ocaqlı törəmələrinin müayinəsində istifadə olunur. Bundan başqa, bu və ya digər orqanın ümumi strukturunun qiymətləndirilməsində, böyrək və qaraciyər transplantasiyası zamanı transplantatın "rədd olunmasının" dəyərləndirilməsində istifadə olunur. Son zamanlar arteriya divarının sərtliyinin, ateromaların stabilliyinin, dogum fəaliyyətinin başlanğıcında usaqlıq boynunun sərtliyinin qiymətləndirilməsində və şişlərin müalicəsində ablasiya zonasının yoxlanmasında da istifadə olunmağa başlanmışdır.

USM elastoqramların alınması üçün ən geniş yayılmış tibbi metoddur. Maqnit rezonans və kompyuter tomoqrafik elastoqrafiya metodlarının da işlənib hazırlanmasına baxmayaraq, ultrasəs elastoqrafiya

metodu- ucuz, tez başa gələn olması və poliklinika şəraitində aparıla bilməsi ilə digər metodlardan üstündür. Maqnit rezonans elastoqrafiya qaraciyər və beyin patologiyalarının diaqnostikasında istifadə olunur.

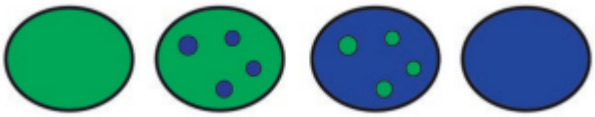
Elastoqrafiya termini 1991-ci ildə amerikalı həkim-tədqiqatçılar tərəfindən təqdim olunub, fiziki əsasları Yunq moduluna dayanır, bu da öz növbəsində yumşaq toxumaların kiçik deformasiyalar göstərdiyi müqavimət əsasında hesablanır. Yunq modulu iki üsulla hesablana bilər ($E= \sigma / \varepsilon$, və ya $E = 3 p C^2$) ki, buna uyğun olaraq elastoqrafiya müayinəsi iki əsas qrupa bölünür. $E= \sigma / \varepsilon$ düsturuna əsaslanan birinci qrupda, elastiklik kompressiyanın gücünün toxumanın deformasiyasına (Strain-gərginlik adlanan) nisbəti ilə müəyyən edilir və kompresyon elastoqrafiya və ya strain-gərginlik elastoqrafiyası adlanır.İkinci düstur köndələn dalğanın mühitdə yayılma sürətinin ölçməklə Yunq modulunu hesablayır və köndələn (eninə) dalğa elastoqrafiyası adlanır.

Kompresyon elastoqrafiya müayinəsi (KEM), toxuma deformasiyasına əsaslanaraq elastikliyi müəyyən edir. Deformasiya mexaniki güc tətbiq etməklə və ya ultrasəs dalğası göndərməklə əldə edilir. Mexaniki güc eksternal və internal tətbiq oluna bilər. Eksternal güc tətbiq etmək üçün cihaz dəri üzərinə qoyulur və aksial olaraq ritmik hərəkət etdirilir (bəzi cihazlarda bu hərəkət avtomatlaşdırılıb). Manual hərəkətin keyfiyyətini qiymətləndirmək üçün ekranda qrafik təsvir alınır. Alınan məlumatlar keyfiyyət göstəricisi xarakterində olub, rənglərlə ifadə olunur. Cihazın növündən asılı olaraq müxtəli rənglər seçilə bilər. KEM-də istifadə olunan və müasir tədqiqatlar üçün bir əsas təşkil edən əsas göstəricilərdən biri elastikilik əmsalı –strain ratio (SR) adlanır. Bu əmsal normal toxuma deformasiyasının patoloji toxuma deformasiyasına nisbətini hesablayaraq əldə edilir və yarıkəmiyyət göstəricisi kimi qiymətləndirilir. İnternal güc mənbəyi isə konkret QV müayinəsində yuxu arteriyasından gələn pulsasiyalardır. Acoustic radiation force impulse (ARFI) adlanan ultrasəs dalğaları göndərməklə də toxumaların bir neçə mikron deformasiyasına səbəbiyyət verib elastiklik ölçülə bilər. Lakin müayinə sahəsinin kiçik olaması (təxminən 1sm2) səbəbindən təkrari müayinələr aparmaq lazım gəlir.

Köndələn dalğa elastoqrafiyası (KDE) adlandırılan metodla müayinə zamanı toxumalara fokuslanmış ARFİ göndərməklə bir nöqtədə təzyiqin əmələ gəlməsinə səbəbiyyət verirlər ki, bu zaman həmin nöqtə ikincili dalğa mənbəyinə çevrilir. Bu suya daş atan zaman əmələ gələn dairələri xatırladan bir proses olub, əmələ gələn dalğalar göndərilən şüaya perpendikulyar istiqamətdə yayılır. Bu dalğaların toxumada yayılma surətini ölçərək, Yunq moduluna əsasən toxuma elastikliyi təyin olunur. Müxtəlif cihazlarda bu rəqəmlər ya dalğa surətini və ya kPa ilə ifadə olunmuş toxuma elastikliyini ekranda əks etdirir. Bu üsul ilə Yunq modulunun hesablanması $E=3pc^2$ olmasına baxmayaraq (c-köndələn dalğanın surətini, p-toxuma sıxlığını, E paskal ilə ifadə olunan Yunq elastiklik modulunu bildirir) insan orqanizmində sümükdən başqa digər toxumaların sıxlığımın təxminən eyni olması ($1,05kq/m^3$) bu formulu qısaldaraq $E=3c^2$ şəklinə salır. Qaraciyər müayinəsində istifadə olunan mexaniki induksiya olunmuş dalğalar (transient elastoqrafiya), QV müayinəsinə uyğun deyil. Bu məqsədlə ancaq fokuslanmış dalğalardan istifadə edirlər ki, alınan informasiya ya rənglərlə ya da rəqəmlərlə ifadə olnur. Hər iki halda da müxtəlif elastiklik əmsallarını hesablamaq mümkündür.

KEM-nin kəmiyyət və keyfiyyət dəyərləndirilməsi. KEM zamanı cihaza daxil edilən göstəricilərdən asılı olaraq yumşaq və sərt toxumalar müxtəlif rənglərdə boyanır. Ən geniş istifadə olunan rəng spekteri yumşaq toxumanın yaşıl, sərt toxumanın isə maviyə boyandığı sistemdir. Normal QV toxuması KEM zamanı yaşıl rəngə, strukturunda olan düyünlər isə elastikliyindən asılı olaraq fərqli rənglərə boyanır. İlk dəfə 2004-cü ildə Tanaka K. və əməkdaşları tərəfindən QV düyünlərinin keyfiyyət qiymətləndirilməsi üçün 6 ballıq sistem təklif edilmişdir [8]. Hal-hazırda müxtəlif müəlliflər tərəfindən 2-dən 6-ya qədər olan bal sistemləri təklif olunmuşdur ki, bu da düyünün dəyərləndirilməsində müəyyən qarışıqlığa səbəb olur. Hal-hazırda, ən geniş istifadə 4 və 5 ballıq dəyərləndirmə sistemləridir. Şəkil 1və 2-də ən geniş yayılmış qiymətləndirmə sistemləri və mənaları, 3-4 cü şəklilərdə isə onlara müvafiq QV düyünü KEM şəkilləri verilmişdir. 4 və 5 ballıq dəyərləndirmə sistemlər ilə aparılan tədqiqatların nəticələrini müqayisə edən zaman 4 ballıq sistemdə tədqiqatçılar arasınbda demək olar ki ideal uyğunluq alınmışdır [9]. Qeyd etmək yerinə düşərdi ki, ilk tədqiqatların aparıldığı dövrdə, 2010-2011-ci illərdə, KEM haqqında daha qənaətbəxş nəticələr alınırdı. Daha sonralar aparılan tədqiqatlarda nisbətən az proqnostik dəyərlərə malik məlumatlar alındı ki, bu da bu mövzunun hələ də tədqiqat üçün açıq olduğu anlamına gətirib çıxardır. Ziddiyyətli nəticələri izah etmək etmək üçün KEM haqqında olan qeydləri nəzərdən keçirmək lazımdır. Bəzi müəlliflər tərəfindən müayinənin aparılması stamdartlaşdırılmağa çalışılsa da, müyinə özünəməxsus çatışmayan cəhətlərə malikdir. Bu cəhətlər aşağıdakılardır; kəmiyyət göstəricisinə malik olmaması, toxuma elastikliyinin müxtəlif istiqamətlərdə fərqli olması, müayinə sahəsinə daxil olan toxumaların qeyri-həmcins olması səbəbindən təzyiqin ötülməsində müxtəlifliklərin olması (kistoz strukturlar, çapıqlar), dərinliyin

artması ilə metodun həssaslığının azalması (dərində yerləşmiş düyünlərin müayinəsində həssaslığın azalması), nəticələrin tətbiq olunan gücün miqdarından və istiqamətindən asılı olması (bu metodu həkimin təcrübə dərəcəsindən asılı edir), xəstədə diskomfort hissi və artefaktlar [10]. Bütün bu sadalananlara baxmayaraq KEM müayinəsinin aparılması lazımsız toxuma biopsiyalarını 15%-ə qədər azaltdığı müəyyən olunmuşdur [11,12].



Şək. 1. QV düyününün KEM müayinəsi ilə dəyərləndirilməsində 4 ballıq sistem: 1.düyün tamamilə yaşıl boyanır. 2. Düyün əsasən yaşıla boyanır, strukturunda bir qədər mavi sahələr. 3. Düyün əsasən mavi boyanır, strukturunda bir qədər yaşıl sahələr. 4. Düyün tamamilə mavi boyanır.



Şək. 2. QV düyününün KEM müayinəsi ilə dəyərləndirilməsində 5 ballıq sistem: 1.düyün tam elastikdir(yaşıl). 2. Düyün əsasən elastikdir(yaşıla, strukturunda bir qədər mavi sahələr). 3. Düyünün ancaq periferiyası elastikdir(mərkəzi mavi, kənarı yaşıl). 4. Düyün tamamilə sərtdir(mavi). 5. Düyün və ətraf toxuma sərtdir(mavi).

KEM müayinəsində çatışmayan cəhətləri aradan qaldırmaq üçün müxtəlif üsullardan istifadə olunur. Tətbiq olunan güc miqdarını korelyasiya etmək üçün ekranda qrafik təsvir alınması, artefaktların qarşısının alınması üçün müftəlif filtirlərin istifadə olunması bunlardandır [10]. Bu məqsədlə həmçinin tədqiqatçı tərəfindən deyil, cihaza quraşdırılmış xüsusi güc mənbəyi ilə deformasiyaya səbəb olan qurğulardan istifadə olunur ki, bunlardan biri Virtual Touch texnologiyasıdır.

Virtual Touch adlanan texnologiyanı istifadə etməklə sıxılma dərəcəsini və istiqamətini avtomatik təmin edən ARFİ toxumalara göndərməklə çatışmayan cəhətlərin böyük qismini aradan qaldırmaq olar. Yumşaq toxumalar ağ və ya açıq boz, sərt toxumala isə daha tünd boyanır. Alınan görüntülər 4 tipə bölünür: 1-ağ və ya pətəkvari; 2-solğun boz, qonşu toxumalara uyğun; 3-tünd boz, ağ nöqtələri olan və ya olmayan; 4-tamamilə qara. Bu metodun tətbiqi ilə aparılan tədqiqatların nəticələri arasında uyğunluğun qeyd olunmasına baxmayaraq, tədqiqat sayının az olması təkrari təsdilənmələri tələb edir.

KEM müayinəsinin dəyərləndirilməsində ən çox istifadə edilən, yarımkəmiyyət göstəricisi olan **strain ratio (SR)**-elastiklik əmsalı, QV elastoqrafiyası haqqında ilk dərc olunmuş tədqiqatlarda belə öz əksini tapmışdır [13]. Texniki olaraq aparılma qaydası belədir ki, görünmə sahəsində düyünün və onunla eyni səviyyədə yerləşmiş normal QV toxumasının elastikliyi ölçülərək, birincinin ikinciyə olan nisbəti hesablanır, düyün toxumasının QV toxumasından neçə dəfə artıq sərt olduğu göstərilir. Müqayisə edilmək üçün seçilmiş QV toxuması törəmə ilə təxminən eyni səviyyədə olmalı və diametri düyünün diametrinə uyğun olmalıdır. Lyshchik və həmkarları tərəfindən 70 xəstə üzərində aparılan tədqiqatda SR xoşxassəli törəmələrdə 2,1±0,9, bədxassəli törəmələrdə 9,8±6,3 olmuşdur. Müayinənin həssaslığı 82%, spesifikliyi 86% olmuşdur [13]. Ning və həmkarları tərəfindən 2011-2012-ci ildə 209 xəstədə aparılan tədqiqatda isə bu rəqəmlər uyğun olaraq, 1,70±0,75 və 5,16±1,18 olmuşdur [14]. Müayinənin həssaslığı 95,6%, spesifikliyi 93,4%, diaqnostik dəqiqliyi % təşkil etmişfir. SR göstəricisini şişlərin növünə görə də dəyərləndirən tədqiqatlar aparılmişdır. Wang və həmkarları tərəfindən 120 xəstə üzərində aparılan tədqiqat zamanı SR dəyərləri papilyar karsinomada 5,02±2,07, follikulyar karsinomada 4,95±2,12, differensasiya olunmamış bədxassəli törəmədə isə 6,54±0,55 olmuşdur [15].

SR qiymətləndirilməsində məhdudiyyətlər və yalnış neqativ nəticələr. QV-in aşağı qütblərində və ya istmusda yerləşmiş düyünləri kompressiya etmək və normal parenxima ilə müqayisə etmək çətindir. Düyün ölçüsünün 3sm-dən böyük olması, kənarlarının nahamar olması, strkturunda böyük kistoz boşluqların və makrokalsinatların olması SR ölçülməsində yalniş nəticələrə səbəb ola bilər. Həmçinin tiroiditlər zamanı müşahidə edilən düyünlərin müayinəsində SR ölçülməsi sağlam QV parenximası qalmadığından məhdudlaşmış olur. Subakut tiroiditlər, fibrozlaşmiş atipik adenomalar, makrokalsinatlara malik xoşxassəli düyünlərdə SR yalançı yüksək rəqəmlər verə bilər. Yüksək differensasiya olunmuş karsinomalar, follikulyar karsinoma, mərkəzi degenerasiyaya uğramış və ya nekrozlaşmiş karsinomalar, mikrokarsinomalar və papilyar karsinomalar yalnış neqativ nəticələr göstərə bilər [13,16]. Tək mikrokarsinoma haqqında onu demək olar ki, 1,74-2,96 arasında SR göstərərək nəzərdən qaça bilər [14].

Ancaq, tədqiqatlar arasında müxtəlif nəticələrin alınması bu mövzunun bir daha nəzərdən keçirilməsini tələb edir.

KDE-nın aparılması və qiymətləndirilməsi. Xəstəyə adi USM aparıldıqdan sonra, eyni vəziyyətdə nəfəsini saxlaması təklif olunur və ARFİ işə salınır. Ölçülmə sahəsi standart olaraq 5 və 20 mm təşkil edərək, düyünün solid, kalsinatsız sahəsinə qoyulur. Bu standart ölçünün 5mm olması daha kiçik düyünlərin müayinəsini məhdudlaşdırır. Ölçmə sahəsinə normal QV parenximası daxil edilməməlidir. ARFİ işə salınandan sonra m/s ilə ifadə olunmuş köndələn dalğanın sürəti və dərinlik ölçüsü ekranda verilir. Qeyd etmək lazımdır ki, 9m/s-dən yüksək dalğa sürətləri cihaz tərəfindən qeydə alınmır. Bu da daha sərt düyünlərin müaynəsini məhdudlaşdırır. Bəzi müəlliflərə görə ölçmə 5-10 dəfə təkrarlanmalıdır [17-18]. Digər catışmayan cəhət kimi, ARFİ penetrasiyasının 5,5sm olmasını göstərmək olar ki, bu səbəbdən daha dərində yerləşmiş və böyük ölçülü düyünləri bu üsul ilə qiymətləndimək qeyri-mümkündür. Bu sahədə aparılan tədqiqatların sayı məhdud olsa da alınan nəticələr bir-birindən çox da fərqlənmir (cədvəl 1). Gu J. və həmkarları tərəfindən 2012-ci ildə 72 xəstə üzərində aparılan tədqiqatda eninə dalğanın yayılma sürəti hiperplastik QV düyünlərində 2,034±0,484, bədxassəli düyünlərdə 3,941±1,393 m/s alınmışdır. Müayinənin həssaslığı 100%, spesifikliyi 66% olmuşdur. Bu tədqiqata görə xoşxassəli düyünlərin elastiklik parametrləri bədxassəli düyünlərə nisbətən əhəmiyyətli dərəcədə artıqdır (P<0,01), normal QV toxuması və benign törəmələrdə isə köndələn dalğanın yayılma sürəti az fərqlənir [19].

Rənglənməyə əsaslanmış KDE müayinəsinin aparılması texniki cəhətdən asan olub, süd vəzi müayinəsində geniş istifadə olunur. 1800-dən artıq xəstə üzərində multisentirk aparılmiş geniş tədqiqata əsasən, bu müayinə süd vəzi üçün boz zona hesab olunan BİRADS 3 kateqoruyasına daxil olan xəstələrin diaqnozunun dəqqləşməsinə kömək edir və xəstəni lazımsız toxum biopsiyasından azad edir [20]. QV düyünlü törəmələri üçün bu miqyasda tədqiqatlar aparılmayıb və tədqiqat üçün açıq mövzudur. Aixploir adlana bu sistemdə sərt toxumalar qırmızı, yumşaq toxumalar mavi rəngə boyanır. Bu zaman toxumaya bir yox bir neçə ARFİ göndərilir. Kəmiyyət göstəricisi kimi kilopaskal ilə ifadə olunmuş elastiklik əmsalından istifadə olunur.

Cədvəl 1
KDE tədqiqatlarının nəticələri

Müəllif	Düyün sayı	Xoşxassəli düyündə orta sürət(m/s)	Bədxassəli düyündə orta sürət(m/s)	Sərhəd sürət(m/s)	Müayinənin həssaslığı, %-lə	Müayinənin spesifikliyi, %-lə
Gu Jiying[19]	98	2,03	3,94	3,45	100	66
Friedrich-Rust M[21]	60	2,02	4,3	3,3		91-95
Zhang Feng-Juan[22]	113	2,34	6,65	2,9	91,3	85,1

Son olaraq deyə bilərik ki, aparılmiş tədqiqatlarda alınan nəticələr bir-birindən çox fərqlənsə də, elastoqrafiya adi USM ilə müayisədə daha yüksək diaqnostik dəyərə malikdir. Cərrahi müdaxilə və İİAB tələb etməyən düyünlərin seçilməsində böyük əhəmiyyəti vardır. Lakin, multinodulyar zob, papilyar mikrokarsinomalar, ablasiya və cərrahi müdaxilədən sonrakı vəziyyətlər və pozitron emisyon tomoqrafiyada insidental aşkarlanmış düyünlərin diaqnostikasında olan rolu kifayət qədər öyrənilməmişdir və tədqiqat üçün açıq mövzudur.

ƏDƏBIYYAT

1.Abbasov A.H., Hümmətov A.F., Bayramov N.Y. Qalxanabənzər vəzin xəstəlikləri. Bakı: Təbib nəşriyyatı, 2012, 148 s.

2.Васильченко И.Г., Шимановская Л.С., Сахно Ю.Ф. Результаты проведения дифференциальной диагностики доброкачественных новообразований щитовидной железы при использовании комплексного ультразвукового исследования // Ультразвуковая и функциональная диагностика, 2002, № 3, с.26-32.

3.Максимова Н.А., Кит О.И., Ильченко М.Г., Арзамасцева М.А. Ультразвуковая диагностика новообразований щитовидной железы с применением эластографии // Современные проблемы науки и образования, 2016, № 3, с.24-30.

4. Mi-Jung Lee, Soon Won Hong, Woung Youn Chung et al. Cytological Results of Ultrasound-Guided Fine-Needle Aspiration Cytology for Thyroid Nodules: Emphasis on Correlation with Sonographic Findings // Yonsei Med J. 2011, v.52(5), p.838–844

5. Sebag F., Vaillant-Lombard J., Berbis J. et al. Shear wave elastography: a new ultrasound imaging mode for the differential diagnosis of benign and malignant thyroid nodules // J Clin Endocrinol Metab, 2010, v.95, p.5281-5288.

6. Sporea I., Sirli R., Bota S. et al. ARFI elastography for the evaluation of diffuse thyroid gland pathology: Preliminary results // World J Radiol., 2012, v.4, p.174-178.

7. Zaleska-Dorobisz U., Kaczorowski K., Pawluś A. et al. Ultrasound Elastography-Review of Techniques and its Clinical Applications // Adv. Clin. Exp. Med., 2014, v.23, p.645-655.

8. Tanaka K, Fukunari N, Ito K, Shimizu K. Clinical evaluation of thyroid tumor with real-time tissue elastography //Medix, 2004, v.41, p.7-10.

9. Calvete A.C., Rodríguez J.M., de Dios Berná-Mestre J. et al. Interobserver agreement for thyroid elastography: value of the quality factor // J Ultrasound Med.., 2013, v.32, p.495-504.

10. Осипов Л.В. Технологии эластографии в ультразвуковой диагностике // Медицинский алфавит. Диагностическая радиология и онкотерапия, 2013, №3-4, с.5-21.

11. Garra B.S. Elastography: current status, future prospects, and making it work for you // Ultrasound Quarterly, 2011, v.27, p.177-186.

12. Sorin M.D., Botar-Jid C. Ultrasound elastography in thyroid disease // Med Ultrason., 2015, v.17, p.74-96.

13. Lyshchik A., Higashi T., Asato R. et al. Thyroid gland tumor diagnosis at US elastography. // Radiology, 2005, v.237, p.202-211.

14. Ning C.P., Jiang S.Q., Zhang T. et al. The value of strain ratio in differential diagnosis of thyroid solid nodules // Eur J Radiol., 2012, v.81, p.286–291.

15. Wang H.L., Zhang S., Xin X.J. et al. Application of real-time ultrasound elastography in diagnosing benign and malignant thyroid solid nodules // Cancer Biol Med., 2012, v.9, p.124- 127

16. Bae U, Dighe M, Dubinsky T. et al Ultrasound thyroid elastography using carotid artery pulsation: preliminary study // J Ultrasound Med., 2007, v.26, p.797-805.

17. Cantisani V., Grazhdani H., Ricci P. et al. Q-elastosonography of solid thyroid nodules: assessment of diagnostic efficacy and interobserver variability in a large patient cohort//Eur Radiol.,2014,v.24,p.143-150.

18. Bojunga J., Dauth N., Berner C. et al. Acoustic radiation force impulse imaging for differentiation of thyroid nodules //PLoS One, 2012, v.7, p.42735.

19. Gu J., Du L., Bai M. et al. Preliminary Study on the diagnostic value of acoustic radiation force impulse technology for differentiating between benign and malignant thyroid nodules // J Ultrasound Med., 2012, v.31, p.763-771.

20. Зыкин Б.И., Постнова Н.А., Медведев М.Е. Эластография: анатомия метода // Променева діагностика, променева терапія, 2012, № 2-3, с.107-113.

21. Friedrich-Rust M., Romenski O., Meyer G. et al. Acoustic Radiation Force Impulse-Imaging for the evaluation of the thyroid gland: A limited patient feasibility study // Ultrasonics, 2012, v.52, p.69-74.

22. Zhang F.J., Han R.L., Zhao X.M. The value of virtual touch tissue image (VTI) and virtual touch tissue quantification(VTQ) in the differential diagnosis of thyroid nodules // Eur J Radiol., 2014, v.83, p.2033-2040.

Резюме

Ультразвуковая эластография узловатых преобразований щитовидной железы

Б.А.Бахшиев, Л.З.Агабекли, Ф.З.Исмаилова

Узловатые преобразования щитовидной железы одно из самых часто встречаемых эндокринных патологий. По данным Американской Эндокринологической Ассоциации, независимо от размеров, 5% этих преобразований являются злокачественными. По данным 5-и летних контрольных исследований, проводимые Хай и его сотрудниками, у 1500 больных с канцером ЩЖ процент смертности при выявлении злокачественных преобразований в I стадии составил 0%, IIстадии 0,6%, III стадии 5,3%, IVстадии 77%. Эти цифры явно подтверждают актуальности ранней выявлении тироидного рака радиологическими методами и ее радикальное лечение. Являясь методом выбора, УЗИ и эластография, как новый метод получения и оценки ультразвукового изображения, позволяет определит количество, локализацию узлов, и самое главное – имеющие по УЗИ характеристики наибольший риск к злокачественному росту. Широкое распространение узловых преобразований во всем мире, в том числе в йод дефицитных регионах Азербайджана актуализирует проблему своевременного выявления их радиологическими, особенно УЗИ методами и своевременное лечение.

Summary

Ultrasound elastography of thyroid nodules

B.E.Bachshiyev, L.Z.Aghabayli, F.Z.İsmayilova

Thyroid nodules are one of the most common endocrine pathologies. According to the American Association of Endocrinology 5% of these transformations, regardless of size, are malignant. The results of a 5-year follow-up research conducted by Hay and his colleagues on 1500 patients with thyroid cancer demonstrated that mortality rate on detected malignant transformations was 0% in stage I, was 0.6% in stage II, was 5.3% in stage III and 77% in stage IV. These facts strongly highlight the importance of early detection of thyroid cancers through radiological methods and its radical treatment. Ultrasound and ultrasound elastography as one of the options, enables determining the quantity and location of nodes, and most importantly ultrasound characteristics of greatest risk for malignant growth. Widespread nodal transformations throughout the world, including those in iodine-deficient regions of Azerbaijan highlights the issue of their timely detection through radiological methods, especially ultrasound and their timely treatment.

Daxil olub: 06.09.2016

HAMİLƏ QADINLARDA BRONXİAL ASTMANIN KLİNİK GEDİŞ XÜSUSİYYƏTLƏRİ VƏ MÜALİCƏ PRİNSİPLƏRİ

L.C.Məmmədova, A.Ə.Qocayeva, X.P.Zeynalova

Azərbaycan Tibb Universiteti, I Mamalıq-ginekologiya kafedrası, Bakı

Açar sözlər: bronxial astma, hamiləlik, bronxodilatatorlar

Ключевые слова: бронхиальная астма, беременность, бронходилататоры

Keywords: bronchial asthma, preqnancy, bronchodilators

Son onillikdə allergik xəstəliklərlə xəstələnənlərin geniş artımı müşahidə olunur. Bu xəstəliklər arasında da əsas yeri bronxial astma [BA] tutur [1,13]. Qeyd etmək lazımdır ki, bütün dünya əhalisi arasında BA ilə xəstələnmə 4%-dən 10%-ə qədər təşkil edir [8].

Hamilə qadınlarda bronxial astma tənəffüs sisteminin ən çox rast gəlinən xəstəliklərindəndir [2]. Hamiləlik bronxial astmanın gedişinə müxtəlif cür təsir edə bilər. Belə ki, bu zaman BA gedişi 18-69% qadınlarda yaxşılaşa, 22-44% qadınlarda isə pisləşə bilər [5]. Astmanın gedişində müşahidə olunan bu variabellik həm xəstəliyin ağırlığında olan müxtəliflik, həm də onun ağırlıq dərəcəsinin qiymətləndirilməsindəki müxtəliflik ilə əlaqədardır. Bütün bunlara baxmayaraq, ağır astması olan qadın hamiləlik zamanı onun ağır gedişi riski qarşısında qala bilir [10,12].

Sübut olunmuşdur ki, hamiləlik zamanı əsasən tənəffüs yolları hiperreaktivliyi yaxşılaşır. Həmçinin bu da məlumdur ki, hamiləlik zamanı baş verən hormonal dəyişikliklər xəstələrdə simptomların yaxşılaşması ilə assosiasiya oluna bilər. Lakin eyni zamanda hamiləlik astmalı xəstələrdə viral respirator infeksiya təsirinin yüksəlməsinə, qastroezofageal reflüksün güclənməsinə və qlükokortikoid reseptor həssaslığının azalmasına səbəb ola bilər.

Qeyd etmək lazımdır ki, BA ola hamilə qadınlarda aşağı çəkili, nevroloji pozğunluqlu, asfiksiya və ya anadangəlmə qüsurlu uşaqların doğulması riski yüksəkdir. Müəyyən olunmuşdur ki, aşağı çəkili uşaqların doğulması daha çox hormondan asılı BA-dan əziyyət çəkən hamilə qadınlarda rast gəlinir [7]. Bundan başqa BA ilə xəstə olan hamilə qadının ciftində döl ilə ananın antigenləri arasındakı qarşılıqlı əlaqə uşaqda allergik həssaslığın inkişaf etməsinə səbəb ola bilər [4]. Allergik xəstəliklərin, o cümlədən BA-nın yaranma riski uşaqlarda irsi meyllilik [45-58%] yaradır [18]. Belə uşaqlar respirator- virus infeksiyaları, bronxit və pnevmoniya ilə daha tez-tez xəstələnirlər.

Ümumiyyətlə, BA hamiləlik üçün əks göstəriş hesab edilmir. Amma bununla yanaşı hamiləlik dövründə nəzarət olunmayan kliniki gedişi, dölə mənfi təsir göstərən dərmanların istifadəsi həm ananın, həm də uşağın sağlamlığına mənfi təsir göstərə bilər [3,20]. Hamiləliyin fizioloji gedişini və dölün normal inkişafını təmin edən təbii müdafiə baryeri ciftdir. Son illərin tədqiqatları göstərir ki, hamiləlik dövründə xarici faktorlar və mikrob agentləri allergiyanın yaranmasına daha çox təsir edirlər. Bu isə cifti, sitokinlərin anadan dölə ötürülməsinin əsas yolu hesab etməyə imkan verir [17].

Gina-2014 [Global İnitiative for Asthma 2014] tövsiyyəsinə görə hamilə qadınlarda BA-ya nəzarətin əsas prinsipi dölün və ananın vəziyyətinin klinik qiymətləndirilməsi, triqqerlərə nəzarət, mümkün olarsa, onların eliminasiyası, BA-nın farmakoterapiyası, maarifləndirici söhbət və qadına psixoloji dəstəyin verilməsindən ibarətdir. BA olan hamilə qadınların müalicəsində ilk növbədə ağciyər funksiyasının normala yaxın vəziyyətdə saxlamaq lazımdır. Tənəffüs funksiyasına nəzarət üçün pikfloumetriya aparmaq tövsiyə olunur. Aparılan müalicənin effektivliyini artırmaq üçün allergenlə kontaktdan uzaqlaşdırmaq, aktiv və passiv siqaretçəkmədən, kəskin respirator virus infeksiyasından qorunmaq, ağır fiziki yükdən uzaq durmaq lazımdır.

Astmanın diaqnozu tipik simptomlara, klinik anamnezə və spirometriyada tənəffüs yollarının geriyə dönən obstruksiyanın nümayişinə əsaslanaraq qoyulur. Astmanın tipik simptomlarına fitli tənəffüs, döş qəfəsində sıxıntı, öskürək və təngnəfəslik daxildirlər. Qeyd etmək lazımdır ki, astma ağırlığına, xəstəliyin anamnezinə və müalicəyə cavabına görə heterogen xəstəlikdir. Buna görə də bir müalicə yanaşmasını bütün xəstələrə aid etmək olmaz. Bundan əlavə, simptomların ağırlığı zaman ötdükcə ayrı-ayrı pasientlərdə dəyişə bilər. Buna görə də hər bir xəstəyə yanaşma fərdi olmalı və aparılan müalicə xəstəliyin ağırlığının hazırki səviyyəsi nəzərə alınmaqla həyata keçirilməlidir. Xəstə başa düşməlidir ki, xəstəliyin simptomları nə vaxt arta bilər və kəskinləşmələri hansı halda gözləmək olar. Adekvat müalicə nəticəsində bu kəskinləşmələr tam minimallaşa bilər və BA-lı hamilə qadının normal həyat tərzinə və normal hamiləliyinə nail olmaq olar.

Astmanın patogenezində tənəffüs yolları iltihabının əhəmiyyəti, tənəffüs yolları toxumasının eozinofillər, aktivləşmiş T-limfositlər və tosqun hüceyrələrin birincili olaraq, cəlb olunması ilə baş verən infiltrasiyasının əhəmiyyətini göstərən çoxsaylı tədqiqatlar vardır [9,11,13]. Buna görə də astma tənəffüs yollarının xronik obstruksiyası fonunda baş verən kəskin epizodlarla manifestasiya edən xəstəlik olub, həm kəskin, həm də xronik iltihabı histoloji təzahürlərlə nümayiş etdirir. Nəzərə alsaq ki, iltihab prosesi astmanın patogenezində çox mühüm rol oynayır bu mexanizmlərə təsir edən tənəffüs yolları saya əzələlərinin relaksasiyasına səbəb olan dərman preparatlarından istifadə etmək çox əhəmiyyətlidir.

Hazırda BA müalicəsində istifadə olunan dərmanlar farmakodinamik effektlərindən asılı olaraq "simptomları aradan götürən"və "xəstəliyə nəzarət edən" kimi təsnif edilirlər. Qısa müddətli təsirə malik bronxodilatatorlar [β_2-aqonistlər] "simptomları aradan götürən agentlər kimi nəzərdə tutulurlar.

Ümimiyyətlə, astmanın xronik müalicəsində geniş tətbiq edilən dərmanlar hamilə qadınlarda da təhlükəsiz istifadə oluna bilərlər. İnhalyasion β_2-adrenergik aqonistlər kəskin simptomlar üçün seçim preparatlarıdır [13]. Yaxşı nəzarət olunan astmalı pasiyentlərdə qısa müddətli təsirli β_2- aqonistlərdən daha az istifadə olunur və ya tamamilə istifadə olunmur. Qeyd etmək lazımdır ki, hamiləlik zamanı onlardan geniş istifadə olunması dölə arzuolunmaz təsir göstərə bilər [11,17]. Qeyri-selektiv simpatomimetiklərin istifadəsi [inhalyasion epinefrin kimi] hamiləlik zamanı tövsiyyə edilmir. Lakin, ağır astma hallarında [astmatik status] β_2 –aqonistlərin inhalyasion yolla çatdırılmasında çətinlik yaranarsa "subcutaneous" epinefrinin tətbiqi yolverilməndir. Son zamanlar aparılan tədqiqatlar göstərir ki, uzunmüddətli təsirə malik teofillinlərin hamiləlik zamanı istifadə edilməsi uşaqlığın kontraksiyası, ciftin vaxtından əvvəl qopması, hamiləliyin III dövrünün ləngiməsi və uşaqlıq qanaxma riskinin yüksəlməsi ilə assosiasiya olunur [15].

İnhalyasion kortikosteroidlər orta ağır və ağır astma hallarında geniş istifadə olunan ən effektli agentlərdir [16]. Onların arzuolunmaz effektlərinə adrenal supressiya, çəkinin artması, hipertenziya hiperglikemiya, katarakta, miopatiya və psixi reaksiyalar kimi əlamətlər preparatın dozasından asılıdır və bir qayda olaraq, steroidlərin sistem tətbiqi zamanı rast gəlinir. Eyni zamanda oral və sistem qlükokortikoidlərin xronik qəbulu doğulan uşağın çəkisinin azalması ilə də assosiasiya olunur [19]. Digər tərəfdən qlükokortikosteroidlərin inhalyasion qəbulu zamanı belə hal qeyd edilməmişdir.

Bir qayda olaraq, doğuş zamanı astmanın kəskinləşməsi çox rast gəlinir [6]. Əgər hamilə qadın hamiləlik dövründə və doğuş zamanı adi astma dərmanları qəbul edirsə, doğuş zamanı xəstəliyin kəskinləşmə riski tam minimaldır. Stabil astmalı hamilə qadınlarda monitorinq üçün fasiləli auskultasiya kifayət etsə də, nəzarət olunmayan ağır astmalarda doğuş zanamı davamlı monitorinq tövsiyyə edilir. Oksitosin bronxokonstruksiya ilə assosiasiya olunmur və bu səbəbdən doğuş zamanı lazımi qədər istifadə oluna bilər. Prostoqlandin 15-metil $F_2\alpha$ bronxospastik agentlər kimi tanındıqları üçün astmalı hamilə qadınlarda istifadə olunması məsləhət deyil [14].

Oksitosin qanaxmalar zamanı üstünlük verilən müalicə preparatıdır. Əgər oksitosin doğuşdan sonrakı qanaxmalarda uğursuz olarsa, o zaman əlavə alternativ kimi PG E_2 vaginal şamdan istifadə oluna bilər. Vaginal şam kimi PG E_2-nin yerli istifadəsi arzuolunmaz respirator effektlərlə özünü göstərmir. Cərrahi doğuş zamanı istifadə olunan morfinlə müqayisədə fentanil üstünlük veriləndir. Belə ki, morfin histaminin konsentrasiyasını artırmaqla arzuolunmayan respirator effektlərə səbəb ola bilər.Ümumiyyətlə anesteziya

zamanı epidural anesteziyaya üstünlük verilir, belə ki,ümumi anesteziya döş qəfəsi infeksiyalaşması və atelektazla fəsadlaşa bilər.

Beləliklə, astma və hamiləlik bir-birini ağırlaşdıran bir vəziyyətdir, ona görə də BA ilə xəstə olan hamilə qadının müalicəsi zamanı ona və dölə daha diqqətli nəzərəti tələb edir. BA-lı hamilə qadına tam nəzarət gələcəkdə sağlam körpənin doğulmasını təmin edir.

ƏDƏBİYYAT

1. Вавилонская С.А. Оптимизация ведения бронхиальной астмы у беременных: Автореф. дис. … канд.мед.наук. М., 2005.
2. Галиева Э.И. Комплексная оценка состояния здоровья детей от матерей, страдающих бронхиальной астмой. Автореф. дис. … канд.мед.наук. Пермь, 2008, 20с.
3. Зубжицкая Л.Б., Кошелева Н.Г.,Семенов В.В. Иммуноморфологическое состояние плаценты при акушерской патологии. СПб.: Норд Медиздат, 2007.
4. Перцева Т.А., Чурсинова Е.И. Беременность и бронхиальная астма: состояния проблемы // Здоровье Украины, 2008, №3/1, с.21-24.
5. Contreras G., Guttierrez M., Beroiza T. Ventilatory drive and respiratory muscle function in pregnancy //Am. Rev respir Dis., 2011, v.144, p.837
6. Cossette B., Beauchesne M.F., Forget A. et al.Systemic corticosteroids for the treatment of asthma exacerbations during and outside of pregnancy in an acute-care setting // Respir Med., 2014, v.**108**, p.1260-1267
7. Ege M.J., Bieli C., Frei R. Prenatal farm exposure is related to the expression of receptors of the innate immunity and to atopic sensitization in school-age chiildren// J.Allergy Clin. Immunol, 2007,v.114,p.817-23.
8. Global Initiative for Asthma. 2014 (GINA).
9. Hasegawa K., Cydulka R.K., Sullivan A.F. et al. Improved management of acute asthma among pregnant women presenting to the ED // Chest, 2015, v.147, p.406-414.
10. Kabesch M. Gene by environment interactions and the development of asthma and allergy //Toxical Lett, 2007, v.162, p.43-48.
11. Lannero E., Wickman M., Pershagen G., Nordvall L. Maternal smoking during pregnancy increases the risk of recurrent wheezing during the first years of life (BA|MSE) // Respir Res., 2007, v.7, p.3.
12. Lapinsky S.E., Kruczynski K., Slutsky A.S. Critical care in the pregnant patient // Am.J.Respir Crit Care Med., 2007, v.152, p.427
13. Lim A.S., Stewart K., Abramson M.J. et al. Multidisciplinary Approach to Management of Maternal Asthma (MAMMA): a randomized controlled trial // Chest, 2014, v.145, p.1046-1054.
14. Mabie W.C., DiSessa T.G., Crocker L.G. A longitudinal study of cardiac output in normal human pregnancy// Am.J.Obstet Gynecol 170:849, 2011.
15. Martinez F.D., Wright A.L., Taussing L.M., Holberg C.L., Halonen M., Morgan W.J. Asthma and wheezing in the first six years of life//The Group Health Medical Associates. N.Engl.J.Med, 2015, 332:133-138.
16. McLaughlin K, Kable A, Ebert L, et al. Barriers preventing Australian midwives from providing antenatal asthma management. Br J Midwifery 2015; **23**: 32–39.
17. Murray C.S., Woodcock A., Smillie F.I. et al. Tobacco smoke exposure, wheeze and atopy // Pediatr Pulmonol, 2014, v.37, p.492-498.
18. Strachan D.P., Butland B.K., Anderson H.R. Incidence and proqnosis of asthma and wheezing illness from early childhood to age 33 in a national british cohort // BMJ, 2006, v.312, p.1195-1199.
19. The International study of asthma and Allergies in childhood (ISAAC) steering committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis and atopic eczema: ISAAC // Lancetp, 2008, v.351, p.1225-1232.
20. Vambergue A., Fajardy I. Consequences of gestational and pregestatioal diabetes on placental function and birth weight// World J. Diabetes, 2011, v.2(11), p.196-203.

Резюме

Особенности клинического течения и принципы лечения бронхиальной астмы у беременных женщин

Л.Д. Мамедова, А.А. Годжаева, Х.П.Зейналова

В последние годы у беременных женщин, среди заболеваний дыхательных путей, отмечается рост частоты заболевания бронхиальной астмой. Установлено, что у беременных с бронхиальной астмой увеличивается риск рождения детей с низкой массой тела, неврологическими нарушениями,

асфиксией. Такие случаи наблюдаются чаще у беременных женщин с гормонально-зависимой бронхиальной астмой. В настоящее время препараты для лечения бронхиальной астмы делятся на «снимающие симптомы» и «контролирующие болезнь». Бронходилататоры (β2-агонисты) короткого действия применяются как агенты снимающие симптомы. Ингаляционныеβ2-адренергические агонисты - препараты выбора при острых симптомах. Окситоцин и вагинальные свечи PGE2, применяемые при ведении родов, могут использоваться, поскольку не ассоциируются с бронхоконстрикцией. Простагландин 15-метил F2α не рекомендуется к применению у беременных с бронхиальной астмой, так как известен как бронхоспастический агент.

Summary

Clinical features and principles of treatment of bronchial asthma in pregnant women

L.J. Mammadova, A.A. Qojaeva, Kh.P.Zeynalova

Last years in pregnant women among respiratory disease indicated increase in the frequency of bronchial asthma. It was established that in pregnant women with asthma increases risk of birth of low weight infants, neurological disorders, asphyxia. Such conditions are more common in pregnant women with hormone-dependent bronchial asthma. Currently, medications for the treatment of asthma aredivided into "relieving symptoms" and "controlling the disease." Bronchodilators (β2-agonists) short-acting agents are used as a relieve symptoms. Inhaled β2-adrenergic agonists are drugs of choice for acute symptoms. Oxytocin and vaginal suppositories PG E2 used in the management of labor can be used in labor, as not associated with bronchoconstriction. Prostaglandin F2α methyl-15 is not recommended for use in pregnant women with bronchial asthma as it known as bronchospastic agent.

Daxil olub: 24.09.2016

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ЖЕЛУДКА

А.Я.Мамедов

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

Açar sözlər: mədə venalarının varikoz genişlənməsi, azinvaziv texnologiyalar, müalicə, profilatika, qanaxmalar

Ключевые слова: варикозное расширенние вен желудка, малоинвазивные технологии, лечение, профилактика, кровотечение

Keywords: varicose veins of the stomach, minimally invasive technologies, treatment, prevention, bleeding

Наиболее грозным осложнением портальной гипертензии, связанным с наличием варикозно расширенных вен пищевода и желудка, является кровотечение; из них [1,3,7]. Кровотечение при наличии варикозного расширения« вен пищевода и желудка возникает у 60% больных [2,13] Удельный вес кровотечений портального генеза среди всех видов желудочно-кишечных кровотечений составляет 15-16% [10,12,17].

У 35% больных пищеводно-желудочное (ПЖК) кровотечение является первым проявлением портальной гипертензии [5]. Летальность при кровотечениях на фоне цирроза печени Достигает 50-80% [3,4,5,7, 9,13], при рецидиве НЖК- 80-90% [11]:

У больных с портальной гипертензией варикозные вены могут встречаться на всем протяжении , гастроинтестинального тракта. Однако кровотечения наблюдаются преимущественно из вен, которые локализуются в дистальном: отделе пищевода и проксимальном отделе желудка. Существует 2 теории, которые пытаются объяснить это обстоятельство.

Первая теория (трофических нарушений) предполагает, что рефлюкс кислого содержимого желудка приводит к развитию эрозии на поверхности гастроэзофагеальных вен. Дальнейшие нарушения; трофики вследствие действия кислотно-пептического фактора или травма твердой пищей могут приводить к разрыву варикозного узла [11,15,17,18].

Трофические изменения в слизистой оболочке пищевода и кардиального отдела желудка, ведущие к их эрозивно-язвенному повреждению, имеют сложный генез. Высказываются мнения, что

они являются следствием венозного застоя в кардиоэзофагеальной области [3,12], гиперсекреции гастрина [12,13,16], нарушения микроциркуляции в слизистой оболочке в результате открытия артерио-венозных шунтов в подслизистом слое [3].

Другие авторы (1986) первостепенную роль в возникновении эзофагита и гастрита отводят нарушению трофики стенки пищевода вследствие застоя крови и гипоксии в флебэктазиях [10]. Кислотно-пептический фактор, по их мнению, имеет второстепенное значение. Важно отметить, что эрозии-располагаются в основном над варикозно расширенными венами [8].

Исследованиями [4,9] установлена зависимость возникновения трофических изменений слизистой оболочки от общей белково-энергетической недостаточности (БЭН). (БЭН), в свою очередь, обусловлена гепатоцеллюлярной недостаточностью, имеющейся у больных циррозом печени [5].

Вторая теория предполагает, что в разрыве варикозной вены основное значение имеет гемодинамический фактор [14]. Гипертензия в портальной системе приводит к застою и увеличению давления в желудочной и пищеводной венозных системах [15,18]. При нарастании тяжести портальной гипертензии клапаны перфорантных вен становятся несостоятельными, и возникает ретроградный кровоток в глубокие внутренние вены. Они начинают принимать кровь из 2 венозных систем- портальной и непарной вены. Эти изменения давления наиболее чувствительны для палисадной и желудочной зон. Добавочные гемодинамические эффекты (кашель, рвота глубокое дыхание) являются потенциально рискованными в плане развития кровотечения и могут стать его пусковым фактором [16].

Три фактора определяют разрыв вены- варикозное давление, размер вены и толщина ее стенки. Концепция натяжения стенки варикса как пускового механизма кровотечения является наиболее популярной в настоящее время. Согласно закону Лапласа [17] натяжение стенки прямо пропорционально разнице внутри варикозного и внутри пищеводного давления и радиусу варикозной вены, а так же обратно пропорционально возникновению кровотечения. Многократными исследованиями доказано, что такими венами являются ВРВ более 5 мм в диаметре.

Материалы и методы исследования. В данной работе представлены результаты лечения 27 больных с портальной гипертензией и варикозным расширением вен желудка, находившихся в отделениях желудочной и печеночной хирургии в Научном центре хирургии им .М.А. Топчибашева. Мужчин было 19, женщин-8. Средний возраст пациентов составил 24±9 лет. Эндоскопическое лигирование было проведено 16 больным с портальной гипертензией и варикозным расширением вен желудка I и II типов, которым для лечения и профилактики кровотечений**.** Эндоскопическое лигирование гастроэзофагеальных вен проводили в отсроченном порядке после гемостаза зондом-обтуратором и тщательного отмывания желудка от крови. Из 16 больных с кровотечениями из вен желудка у2 (12,5%)диагностирован цирроз печени и у 12-ВПГ(75,5%). По группам согласно классификации Чайлда-Пью, больные с внутрипеченочной формойПГ распределились следующим образом: группа ≪В≫- 8 пациентов,группа ≪С≫-4 больных . Компенсированной функции печени среди пациентов с кровотечениями из ВРВ желудка не отмечено ни в одном случае. Из 16 больных у 5 выбор метода гемостаза был обусловлен тяжелой кровопотерей и у 11-тяжелой сопутствующей патологией или перенесенными ранее операциями на брюшной полости. Гастроэзофагеальные вены I типа диагностированы у 10, II типа- у 6пациентов в группе отсроченного лигирования. Технических сложностей во время процедуры не отмечено. При наличии гастроэзофагеальных вен II типа с распространением по большой кривизне лигирование ВРВ желудка выполняли в положении ретрофлексии эндоскопа. У пациентов с гастроэзофагеальными венами I типа, имеющими стволовое строение, эндоскопическое лигирование (ЭЛ) удобнее было выполнять из прямой проекции, так как источник кровотечения находился чуть ниже зубчатой линии пищевода. Рецидив кровотечения на 5 сутки в группе отсроченного ЭЛ отмечен у 1 больного. Исходно он относился к группе ≪В≫ по классификации Чайлда-Пью. Кровотечение остановлено консервативно с применением методики инфильтрационного гемостаза, принятой в клинике. Больной в относительно удовлетворительном состояние, выписан. Таким образом, показатель стойкого гемостаза составил 94,3%**.** По показателю рецидивов кровотечения имелась разница в зависимости от типа варикозных вен.

Гастроэзофагеальные вены II типа в 1случае из 8-х осложнились рецидивом ПЖК. В тоже время в группе больных с ВРВ желудка I типа рецидивов кровотечения не отмечено, несмотря на численное преимущество пациентов в этой группе (10 человек).

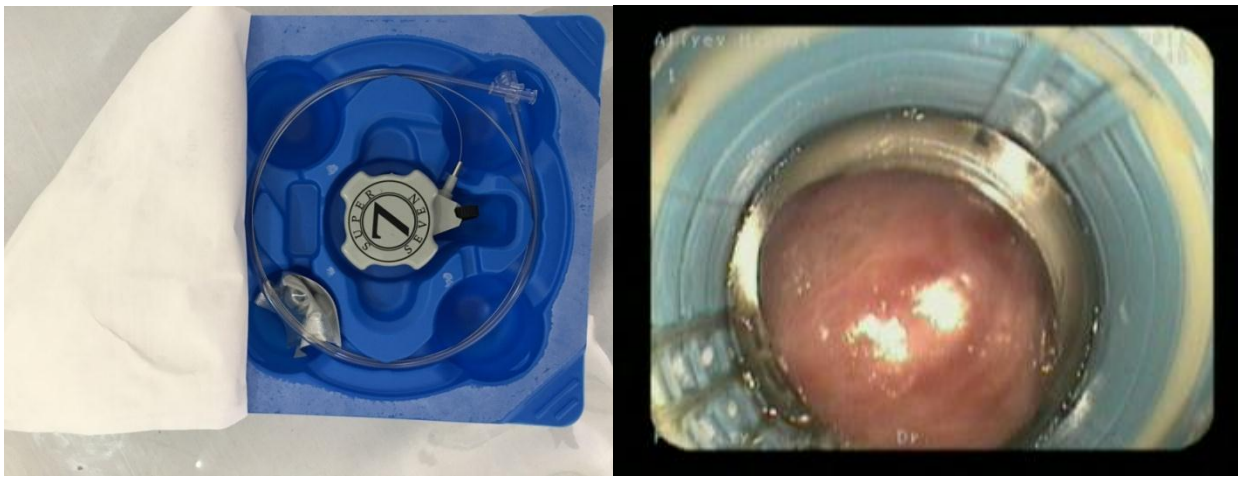


Рис1. Методика лигирования ВРВ желудка

Для профилактики рецидива кровотечения ЭЛ предпринято у 16 больных. Все они имели сопутствующие заболевания, старческий возраст или оперативные вмешательства в анамнезе, что делало хирургическое лечение у данной категории больных не возможным. Группа состояла из 4-х больных с ВПГ, 3-х - скомпенсированным циррозом печени, 7-ми- с субкомпенсированными 2-х- с декомпенсированным течением заболевания. Среди 6 больных группы вторичной профилактики кровотечений из ВРВ желудка 3 пациентов из группы ≪В≫ по Чайлду-Пью отметили рецидивы кровотечения в ближайшем периоде на 5-7 сутки. Источником рецидива кровотечения являлись изъязвления слизистой желудка после отторжения некротизированных узлов. Для гемостаза использовали разработанную методику эндоскопического обкалывания язвенного дефекта. Язвы эпителизировались. Контрольная ЭГДС констатировала полное закрытие дефекта к 10-12 дню.

Все 3 пациентов, отметившие рецидивы кровотечения после ЭЛ в группе вторичной профилактики имели гастроэзофагеальные вены II типа. Таким образом, частота геморрагических осложнений среди больных с ВРВ желудка II типа (n=6) в группе вторичной профилактики составила 60,0%.Несмотря на численное преимущество пациентов с ВРВ желудка I типа(n=10), осложнений при этой локализации вен не отмечено.

Таким образом, обращает на себя внимание факт, что для гастроэзофагеальных вен II типа показатель гемостатического эффекта в ближайшем периоде составляет только 40%. В целом при использовании методики эндоскопического лигирования для вторичной профилактики, кровотечений гемостатический эффект в ближайшем периоде сохранялся в 91,7% случаев. Летальных исходов в данной группе плановых больных не было. С целью профилактики первого кровотечения ЭЛ варикозных вен желудка применили у 16 пациентов. Среди них -10- с циррозом печени (3- из группы ≪А≫, 2 - группы ≪В≫ и 1- группы ≪С≫по классификации Чайлда-Пью) У пациентки с ВИГ эндоскопическое лигирование стало методом выбора, так как она имела сопутствующую патологию - тяжелую форму псориаза(псориатическую эритродермию) и ожирение 2-3 степени. Среди 3 больных скомпенсированным циррозом печени так же существовали противопоказания к хирургическому вмешательству (ранние сроки острого инфаркта миокарда, туберкулез позвоночника и опухоль средостения). Преимущества эндоскопических технологий у больных из листа ожидания очевидны. Эндоскопическое лигирование варикозных вен не меняет ангиоархитектоники и топографических ориентиров в брюшной полости и не обедняет воротный кровоток, что важно при дальнейшем выполнении трансплантации печени.

Всем 12 пациентам с гастроэзофагеальными венами выполняли комбинированное лигирование вен желудка и пищевода. Показанием клипированию в группе первичной профилактики послужило наличие признаков угрозы кровотечения - варикозно расширеных гастроэзофагеальных вен (I типа - у 9 и II типа- у 3 больных), васкулопатии и гастропатии. В данной группе пациентов отмечено 1 осложнение- кровотечение из лигатурных эрозий в поздние сроки госпитального периода и уровень рецидивов кровотечений в ближайшем периоде составил 8,3% Исходно больная относилась к группе ≪В≫ по классификации Чайлда-Пью и имела субкомпенсированные функциональные показатели. Развитие данного осложнения мы связываем с тяжелым инсулинозависимым сахарным диабетом. Метаболические расстройства и нарушения микроциркуляции слизистой оболочки желудка привели к задержке в заживлении изъязвлений после отторжения лигатур. Пациентка получала сеансы эндоскопического обкалывания изъязвлений и после эпителизации дефектов была выписа-

на.При анализе данного осложнения отмечено, что так же как и в предыдущих группах, кровотечение возникло при лигировании гастроэзофагеальных вен II типа. И уровень осложнений при этой локализации ВРВ составил 33,3% (1 больной из 3-х). В то же время при большем количестве больных с гастроэзофагеальными венами 1 типа (n=9),осложнений среди них не отмечено.Полученные данные подтверждают мнение S.K.Sarin et al.(2001) о выраженном коллатеральном кровотоке в области большой кривизны и фундального отдела желудка с участием задней желудочной и КВЖ, что может способствовать большому количеству геморрагических осложнений при вмешательстве на ВРВ этой локализации .Летальных исходов в данной группе плановых больных не было. Чтобы проиллюстрировать влияние общего состояния больных, обусловленного течением основного заболевания на результаты ЭЛ ВРВ желудка нами изучена летальность в ближайший период в зависимости от функционального состояния печени .В данном работе проведен анализ клинических наблюдений 11больных с портальной гипертензией, которым выполнялось ЭС для лечения и профилактики кровотечений из гастроэзофагеальных вен I и II типа. По функциональному состоянию печени согласно критериям Чайлда- Пью больные распределены следующим образом: 7- с субкомпенсированной и 4 пациентов- с декомпенсированной функцией печени. Пациентов группы ≪А≫ в исследовании не было. Причинами цирроза печени были: алкоголизм - 6; вирусный гепатит- 5; Из 11 пациентам поступивших в клинику ,8 пациентам ЭС выполнили при продолжающемся кровотечении (группа 1), 3- в отсроченном порядке после достижения первичного гемостаза зондом-обтуратором (группа 2).В плановом порядке поступили 6 человек. Всем им склеротерапия выполнялась с целью вторичной профилактики после ранее перенесенных кровотечений (группа 3). ЭС для профилактики первого кровотечения не выполняли (группа 4-0 больных) По аналогии с ВРВ пищевода при наличии признаков угрозы кровотечения из варикозных вен желудка (к которым в первую очередь относится большой размер вен) у первичных больных предпочтение следует отдавать более радикальным вмешательствам - оперативным или ЭЛ.В наших наблюдениях кровопотерю средней тяжести имели 10 пациентов и тяжелой- 6 больных , поступивших с кровотечением. Считаем, что эндоскопическая склеротерапия при наличии гастроэзофагеальных вен показана: у ранее оперированных на ВРВ пищевода и желудка больных; при рецидиве венообразования или появлении вторичных варикозных вен после ЭЛ; у больных с декомпенсированной функцией печени (класс ≪С≫), при рецидиве кровотечения в ближайшем послеоперационном периоде операции азигопортального разобщения.Среди 11 пациентов с кровотечениями, которым эндоскопическое склерозирование гастроэзофагеальных ВРВ выполнялось по срочным показаниям, после осуществления предварительного гемостаза зондом-обтуратором, технических проблем во время вмешательства не возникало. В ближайшем периоде поздний рецидив кровотечения отмечен у 2 больных- на 5-7 сутки из постсклеротических изъязвлений. Один из этих пациентов исходно относился к группе ≪В≫ поклассификации Чайлда-Пью и при возникновении рецидива кровотечения был экстренно оперирован. Трем больным группы ≪С≫ с поздними рецидивами кровотечения проводили сеансы эндоскопического обкалывания изъязвлений растворами глюкозы и аскорбиновой кислоты по принятой в клинике методике. Все пациенты были выписаны, достигнута эпителизация изъязвлений. Таким образом, гемостатический эффект эндоскопического склерозирования в группе отсроченного лечения составил 77,8 %.Для профилактики рецидива кровотечения ЭС выполнено у 6 больных. Столь малочисленная группа пациентов объясняется тем, что размеры варикозных вен в желудке отличаются от таковых в пищеводе в большую сторону. Кроме того, вены желудка залегают глубже, а слизистая оболочка гораздо толще пищеводной. В этих условиях рассчитывать на создание надежного соединительнотканного каркаса сложно. В наших наблюдениях у всех пациентов имелись ограничения для выполнения более радикальных вмешательств: 2 больных были старше 60лет и имели тяжелую сопутствующую патологию. Еще 4 - ранее многократно оперированы на органах брюшной полости. Все 6 пациентов имели гастроэзофагеальные вены I типа. Размер вариксов колебался от 4 до 6 мм. При анализе возможностей склеротерапии в плановом порядке отмечено, что технических сложностей при проведении вмешательства не возникало. Гастроэзофагеальные вены I типа имели стволовое распространение вдоль малой кривизны и надежно сдавливались инфильтратом при ЭС из положения ретрофлексии. В зависимости от этиологии портальной гипертензии: один пациент имел внепеченочную форму портальной гипертензии. 5 больных с ЦП распределились по классам Чайлда-Пью следующим образом: ≪А≫-0, ≪В≫-2, ≪С≫-3 пациента. Несмотря на то, что группа была разнородна по функциональному состоянию печени, ближайший период протекал без осложнений у всех больных. Летальных исходов не было. Отсутствие осложнений и летальных исходов в группе плановых больных подчеркивает целесообразность профилактического лечения пациентов с

ВРВ желудка, не дожидаясь очередного рецидива ПЖК, который резко ухудшает показатели. Обращает внимание, что ЭС имеет ограниченное применение при локализации ВРВ в желудке. В плановой ситуации его все чаще заменяет лигирование вен. Однако у больных с продолжающимся кровотечением склеротерапия в настоящий момент не имеет альтернативы в достижении непосредственного гемостаза, особенно при рецидиве геморрагии после распускания манжеток зонда-обтуратора.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аль-Сабунчи О.М. Обоснование принципов малоинвазивной хирургии в лечении кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М, 2007, 21с.
2. Ангелич Г.А. Диагностика и хирургическое лечение осложнений цирроза печени: Автореф. дис.... докт. мед. наук, Кишинев, 2008, с.15-20.
3. Андреев Г.Н., Кадарбаев Р.В., Апельбаум А.С. и др. Эндоскопическая склеротерапия при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищеводav / Сб. тезисов 9-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. М., 2005, с.16-18.
4. Ахметкалиев М.Н. Морфологические изменения непарной вены, ее взаимосвязь с венами пищевода при портальной гипертензии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Алматы, 2004, с.3-22.
5. 5Затевахин И.И., Щеголев А.А., Аль-Сабунчи О.А. и др. Первичная и вторичная профилактика кровотечений из варикозных вен пищевода / Тезисы конференции. М., 2003, с.74-75.
6. 6.Зубарев, П.П., Котив Б.Н., Хохлов А.В. и др. Этапное дифференцированное лечение больных с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода и желудка / В сб. Актуальные вопросы хирургического лечения синдрома портальной гипертензии. СПб, 1999, с.14-21.
7. 7Каримов Ш.И., Боровский С.П., Рахманов С.У., Атаханов Д.А. Тактика применения эндоваскулярных методов лечения при профузном пищеводном кровотечении у больных с портальной гипертензией // Медицинский журнал Узбекистана, 2002, №1, с.26-28.
8. 8Киценко Е.А. Прямые вмешательства на варикозно расширенных венах пищевода и желудка у больных с внепеченочной портальной гипертензией: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М.., 2004, 21с.
9. Мансуров А.А. Тактические аспекты и новые технологии разобщающих и реконструктивных шунтирующих операций у больных с портальной гипертензией: Автореф. дне. ...докт. мед. наук. - Ташкент. -2004.-С. 10-12.
10. Маргиани З.Ш. Осложнения после эндоскопических вмешательств у больных с портальной гипертензией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2006, с.94-104.
11. Матушкова О.С. Эндоскопическое лигирование в профилактике и лечении кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2006, с.9-27.
12. Михин С.В. Синдром портально-лимфатической гипертензии (диагностика, лечение, прогноз): Автореф. дис. ...докт. мед. наук. Волгоград, 2007, с.25-28.
13. Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Девятов А.В. Хирургия осложнений портальной гипертензии у бальных циррозом печени. М., 2002, с.22-37.
14. Ниязметов А'.Н. Хирургия пищеводно-желудочных кровотечений у больных циррозом печени на этапах оказания экстренной медицинской помощи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ташкент, 2002, 20с.
15. Шерцингер А.Г., Жигалова С.Б., Мусин Р.А. Опыт применения эндоскопического лигирования ВРВ пищевода у больных с портальной гипертензией // Анналы хир. гепатологии, 2005, №2, с. 94.
16. Шерцингер А.Г., Жигалова СБ., Маргиани З.Ш. Анализ осложнений при выполнении эндоскопического лигирования варикозных вен пищевода / Сб. тезисов 9-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. М., 2005, с. 447-448.
17. Щеголев А.А., Шиповский В.Н., Аль-Сабунчи О.А. Эндоскопический и эндоваскулярный гемостаз при кровотечениях из варикозных вен пищевода. М.: РГМУ, 2003, с. 12-41.
18. Abraldes J.G., Dell'Era A., Bosch J. Medical management of variceal bleeding in patients with cirrhosis // Can. J. Gastroenterol., 2004, v.18, p.109-113.

Xülasə

Mədə venasının varikoz genişlənməsi qanaxmalarının müalicə və profilatikasında aznivaziv texnologiyaların istifadə edilməsi

A.Y.Məmmədov

Bu tədqiqat işində portal hipertenziya və mədə venalarının varikoz genişlənməsi olan 27 xəstənin müalicəsinin nəticələri təqdinm edilmişdir. Xəstələrdən 19-u kişi, 8-i qadın olmuşdur. Məlum olmuşdur ki,

davamlı qanaxmalar zamanı, xüsusilə obturator zondun manjeti buraxıldıqdan sonra baş verən hemorragiya residivi zamanı skleroterapiyanın alternativi yoxdur.

Summary

Use of minor-invasive technologies in treatment and prophylactics of bleedings from varicously expanded ventrics

A.Y. Mamedov

In this paper, the results of treatment of 27 patients with portal hypertension and varicose veins of the stomach. The men were 19, women-8. In patients with ongoing bleeding, sclerotherapy currently has no alternative in achieving direct hemostasis, especially with relapse of hemorrhage after the cuffs of the probe-obturator have expanded

Daxil olub: 07.09.2016

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ

Ю.С. Синельников[*], И.А. Сойнов[**], И.А. Корнилов[**],
Э.Н. Гасанов[***], А.В. Горбатых[**], Н.Р. Ничай[**], С.М. Иванцов[**], Е.А. Орехова[*]
** ФГБУ «*
им. акад. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, г.Новосибирск;
**** Научный центр хирургии, им. Топчибашева» Республика Азербайджан, г.Баку*

Açar sözlər: aortanın koarktasiyası, həyat keyfiyyəti, ürəyi anadangəlmə qüsuraları
Ключевые слова: коарктация аорты, качество жизни, врожденные пороки сердца.
Key words: coarctation of the aorta, the quality of life, congenital heart disease

В последнее два десятилетия *ФЦ ССХ» Минздрава России, г. Пермь;*

*** ФГБУ «ННИИПК* отмечается прогрессивное снижение смертности новорожденных с коарктацией аорты [7]. Хирургические успехи позволили увеличить продолжительность жизни этих пациентов с обструктивной патологией дуги [1,7]. Одним из развивающихся и перспективных инструментов оценки состояния здоровья детей стало изучение качества их жизни [3]. Качество жизни-интегральная характеристика физиологического, психологического и социального функционирования здорового и больного человека, основанная на его субъективном восприятии. Данные о качестве жизни детей и подростков после коррекции коарктации аорты до настоящего времени являются достаточно противоречивыми [5-8,15]. По мнению одних авторов, качество жизни этой категории пациентов приближается к таковому у здоровых [7,17,18]. В других исследованиях, напротив, обнаружено его снижение [8-12], продолжается дискуссия о роли в этом различных факторов: тяжести порока [13], видов хирургического лечения [17,18], длительности оперативного лечения [11], количества перенесенных операций [18], социальных [14] и психологических [8,12] факторов. Выявление показателей, играющих в снижении качества жизни наиболее значимую роль, будет способствовать обоснованному проведению мероприятий, направленных на нормализацию жизни пациентов после хирургического лечения коарктации аорты.

Цель исследования: оценить качество жизни у пациентов после коррекции коарктации аорты и гипоплазии дуги аорты двумя методами: модифицированной реверсивной пластикой левой подключичной артерией и «extended» анастомозом.

Материалы и методы исследования. В представленном проспективном рандомизированном исследовании выполнена оценка результатов хирургического лечения 54 пациентов первого года жизни с коарктацией и гипоплазией дистальной части дуги аорты, которые перенесли оперативное лечение в клинике ННИИПК им. акад. Мешалкина за период с 2013 по 2014 гг. Реконструкция дуги выполнялась двумя методами: с использованием модифицированной реверсивной пластики лоскутом левой подключичной артерии (27 пациентов), I группа, и с помощью «extended» анастомоза (27 пациентов), II группа.

Клинико-демографические характеристики пациентов представлены в Таблице 1. Оценку качества жизни пациентов с коарктацией аорты проводили через 24 месяца после коррекции порока на основании родительских отчетов английской версии опросника Pediatric Quality of Life Inventory™ 3.0 Cardiac Module (PedsQL Cardiac Module), переведенной на русский язык. По данным ряда авто-

ров, в педиатрической практике хорошо зарекомендовала себя модель специализированного опросника PedsQL

Таблица 1
Клинико-демографические характеристики. Представлена медиана (25; 75 процентиль) или числовой показатель (%).

Характеристики	I группа (n-27)	II группа (n-27)	P
Возраст (дни)	63,61 (9;96)	67,55 (21;94)	0,85
Рост (см.)	55,62 (50;58)	56,33 (51;59)	0,91
Вес (кг.)	3,95 (3,2;4,2)	4,51 (3,2;5,1)	0,11
Площадь поверхности тела ($м^2$)	0,24 (0,21;0,26)	0,25 (0,21; 0,29)	0,35
Половое распределение n (%)	М – 15 (57,7%) Ж – 11 (42,3%)	М – 20 (76,9%) Ж – 6 (23,1%)	0,08
Фиброэластоз эндокарда	4 (14,8%)	7 (25,9%)	0,31

Примечание: Кг- килограммы, $м^2$ – метр квадратный, см – сантиметры.

Cardiac Module, разработанного J.W. Varni для исследования качества жизни у детей с заболеваниями сердца в широком возрастном диапазоне и отношения родителей к состоянию здоровья ребенка [16]. Родительская форма отчета включала отчет для детей в возрасте 2-4 лет, который исключал детские ответы вследствие возрастного ограничения для самоотчета у детей этой группы. Родительская форма отчета оценивала восприятие родителями качества жизни их ребенка. Опросник состоял из 27 многоаспектных пунктов и включал в себя 6 шкал: 1) Сердечные проблемы и симптомы (7 пунктов), 2) Лечение (5 пунктов), 3) Восприятие физической внешности (3 пункта), 4) Тревога по поводу лечения (4 пункта), 5) Когнитивные проблемы (5 пунктов), 6) Комуникабельность (3 пункта). В опроснике шла оценка, на сколько каждый вопрос был проблемным для пациента в течение прошедшего месяца. При ответах родителей использовалась 5-балльная шкала оценки (0 – никогда не является проблемой, 1- почти никогда не является проблемой, 2- иногда является проблемой, 3- это часто проблема; 4- почти всегда проблема). Пункты последовательно преобразовывались в шкалу со значениями от 0 до 100, где 0- 100, 1-75, 2-50, 3-25, 4-0. Более высокая оценка указывала на меньшее количество симптомов или проблем. Следовательно, чем выше балл, тем лучше качество жизни. Индивидуальная шкала оценки рассчитывалась как сумма значений, деленная на количество пунктов с ответом.

Статистический анализ.Анализ данных хирургического лечения проводился с помощью программы «Stata 13» (StataCorp LP). Количественные переменные представлены в виде медианы (25; 75 процентиль), если не указаны другие. Качественные переменные представлены в виде чисел (%). Использовались тесты Манн-Уитни, критерии хи-квадрат или Фишера для межгрупповых сравнений. Уровень значимости для всех использующихся методов установлен как $p<0,05$.

Результаты. Послеоперационный период наблюдения составили 25 (21;30) месяцев. Осложнения в отдаленном периоде имелись у 15 пациентах (28,8%). Возникновение аневризм аорты были зафиксированы в 2-х случаях (7,7%). Все случаи приходились на группу пациентов с реверсивной пластикой. При анализе аневризм аорты не выявлено достоверной разницы между группами ($p=0,15$).

Рекоарктация аорты в отдаленном периоде наблюдалась у 3 (5,7%) пациентов. Среди пациентов после модифицированной реверсивной пластики рекоарктация наблюдалась у одного (3,8%) пациента, в группе «extended» анастомоза у двоих (7,7%) пациентов ($p=0,5$).

Самым частым осложнением отдаленного периода явилась артериальная гипертензия, которая имелась у 19,2% пациентов. В группе модифицированной реверсивной пластики артериальную гипертензию имели 2 (7,7%) пациента, в группе «extended» анастомоза 8 (30,8%) пациентов ($p=0,03$). Артериальная гипертензия, требующая приема лекарственных препаратов, выявлена у 4 (15,4%) пациентов в группе «extended» анастомоза, в то время как в группе модифицированной реверсивной пластики такие пациенты отсутствовали ($p=0,02$). Остальные пациенты имели скрытую артериальную гипертензию: в группе модифицированной реверсивной пластики - 2 (7,7%) пациента, в группе «extended» анастомоза - 4 (15,4%) пациента ($p=0,2$).

Оценку качества жизни пациентов проводили через 24 месяца после коррекции порока с помощью родительского опросника для детей 2-4 года Pediatric. В ходе анализа опроса родителей выявлено незначительное снижение оценок качества жизни по большинству шкал опросника, что свидетельствовало об исходно хорошем уровне качества жизни детей (рис. 1).

Сердечные проблемы не отличались между группами-в I группе 91,2 (86,7;97,4), во II группе 90,1 (83,1;97,4) (p=0,56). Компонент «Лечение» имел статистический прирост, но также не отличался между группами (в I группе 99 (98;100), во второй группе 96,8 (93;99,9) (p=0,06)). Восприятие физической внешности в I группе 94,8 (90,1;98,8), во второй группе 94,8 (89,2;99,2) (p=0,99). Достоверно между группами отличалось лишь обеспокоенность по поводу лечения (в I группе 98,5 (97;100), во второй группе 93,2 (86,4;99,4) (p=0,0004)). Показатель «Когнитивные проблемы» не отличался между группами (в I группе 92,9 (85,7;98,9) во второй группе 92,2 (85,2;99) (p=0,74)). Коммуникабельность в I группе была 83,6 (76,2;92,1), во II группе 86,5 (74,1;95,4) (p=0,33).

Дискуссия. Коарктация аорты является одной из наиболее распространенных патологий у детей, приводящая к заболеваемости и инвалидности [5,15]. Наиболее частыми причинами снижения качества жизни многие авторы в отдаленном периоде называют рекоарктацию аорты, артериальную гипертензию, аневризмы аорты и церебральных сосудов, раннюю ишемическую болезнь сердца, ишемический или геморрагический инсульт [1,5-7,15]. Большинство авторов отмечают хорошее качество жизни у пациентов, прооперированных по поводу коарктации аорты, сопоставимое с показателями здоровых респондентов [17,18]. В то же время в ряде работ отмечаются такие проблемы, как ограничение физического функционирования [2,4], ограничения в эмоциональной [14] и умственной сфере [8]. Однако, большинство этих ограничения описаны у пациентов, операция которым выполнялась в условиях искусственного кровообращения с циркуляторным арестом или антеградной селективной перфузией головного мозга [2,4,8].



Рис. 1. Распределение оценки качества жизни в обоих группах

Значения шкалы качества жизни более 80% по данным многих авторов являются оптимальными и сопоставимыми с значениями качества жизни здоровых детей [9,10]. В нашем исследовании все дети имели качество жизни, которое соответствует здоровым детям, несмотря на разнообразные осложнения в отдаленном периоде. Возможно, это связано с оптимальной медикаментозной терапией, которую дети получают при постановке диагноза “артериальная гипертензия” и ранней хирургической коррекции аневризм аорты и рекоарктации. Немаловажным фактором хорошего качества

жизни являлось и отсутствие операций в условиях циркуляторного ареста или селективной перфузии головного мозга, которое очень часто приводят к неврологическим изменениям и почечной дисфункции [2,4]. Такие осложнения, несомненно, влияют на качество жизни детей.

Единственным отличием между группами был пункт «обеспокоенность по поводу лечения», где основным критерием являлся психоэмоциональный фон ребенка перед посещением врача. Мы считаем, что эта разница связана с боязнью «белых халатов», так как дети из группы «extended» анастомоза имели большее количество осложнений по сравнению с группой модифицированной реверсивной пластики, что требовало дополнительного наблюдения пациентов и более частого посещение врачей.

Ограничение исследования. Наше проспективное рандомизированное исследование выполнено на базе одного центра. Мы осознаем, что период наблюдения, сроком в 24 месяца, небольшой, поэтому не хватает контрольных точек 5 и 8 лет для анкетного опроса не только родителей, но и детей. **Заключение.** Несмотря на разнообразие осложнений в отдаленном послеоперационном периоде, качество жизни детей не страдало и находилось на высоком уровне в обеих группах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбатых Ю.Н., Синельников Ю.С., Сойнов И.А. и др. Хирургическая коррекция аномалий дуги аорты у младенцев в условиях искусственного кровообращения // Хирургия, 2015, №8, 18-21.
2. Корнилов И.А., Синельников Ю.С., Сойнов И.А. и др. Оценка риска почечных и неврологических осложнений у новорожденных детей после реконструкции аорты // Патология кровообращения и кардиохирургия, 2015, № 1,с.84-89.
3. Нечкина И.В., Ковалев И.А., Варваренко В.И. и др. Качество жизни у детей после эндоваскулярной и хирургической коррекции дефекта межпредсердной перегородки и дефекта межжелудочковой перегородки // Мать и дитя в Кузбассе, 2013, № 3, с.11-17.
4. Синельников Ю.С., Корнилов И.А., Сойнов И.А. и др. Защита головного мозга при реконструкции дуги аорты у новорожденных // Патология кровообращения и кардиохирургия, 2013, № 3, с.4-7.
5. Сойнов И.А., Синельников Ю.С., Горбатых А.В. и др. Артериальная гипертензия у пациентов после коррекции коарктации и гипоплазии дуги аорты // Патология кровообращения и кардиохирургия, 2015, № 2, с.102-113.
6. Сойнов И.А., Синельников Ю.С., Корнилов И.А. и др. Влияние рефлекторной чувствительности барорецепторов на развитие артериальной гипертензии у пациентов после коррекции коарктации аорты // Пермский медицинский журнал, 2016, № 2, с.6-12.
7. Сойнов И.А., Синельников Ю.С., Корнилов И.А. и др. Хирургическая коррекция коарктации аорты с гипоплазией дистальной дуги у пациентов раннего возраста // Патология кровообращения и кардиохирургия, 2016, № 2, с.66-73.
8. Algra S.O., Jansen N.J.G., van der Tweel I. et al. Neurological injury after neonatal cardiac surgery a randomized, controlled trial of 2 perfusion techniques // Circulation, 2014, v.129(2), p.224-33.
9. Berkes A., Kiss M. et al. Hungarian validation of the cardiac module of the Pediatric Quality of Life Inventory // Orv. Hetil., 2008, v.149(48), p.2261-2268.
10. Hoffman J.I.E., Kaplan S.J. The Incidence of Congenital Heart Disease // Am. Coll. Cardiol. 2002, v.39, p.1890-1900.
11. Kamphuis M., Zwinderman K.H., Vogels T.et al. A cardiac-specific health-related quality of life module for young adults with congenital heart disease: development and validation // Qual. Life Res., 2004, v.13, p.735-45.
12. Latal B., Helfricht S. et al. Psychological adjustment and quality of life in children and adolescents following openheart surgery for congenital heart disease: a systematic review // BMC Pediatr. 2009, v.22(9), p.1-6.
13. Loup O., von Weissenfluh C., Gahl B., et al. Quality of life of grown-up congenital heart disease patients after congenital cardiac surgery // Eur. J. Cardiothorac. Surg., 2009, v.36 (1), p.105-11.
14. Silva A.M., Vaz C. et al. Quality of life of patients with congenital heart diseases // Cardiol. Young., 2011, v.21(6), p.670-676.
15. Toro-Salazar O.H., Steinberger J., Thomas W. et al. Long-term follow-up of patients after coarctation of the aorta repair // Am J Cardiol., 2002, v.89(5), p.541-7.
16. Varni J.W., Burwinkle T.M. The PedsQL™ Disease and Condition Specific Modules: An Update and Status Report. QoL //N ewsletter., 2004, v.33, p.3-5.
17. Uzark K., Jones K. et al. Quality of life in children with heart disease as perceived by children and parents // Pediatrics, 2008, v.121(5), p.1060-1067.

18. Uzark K., Jones K. et al. The Pediatric Quality of Life Inventory in children with heart disease // Progress in Pediatric Cardiology, 2003, v.18, p.141-148.

Xülasə

Aorta koarktasiyasından sonra xəstələrin həyat keyfiyyəti

Y.S.Sinelnikov, İ.A,Soynov, İ.A.Kornilov, E.N.Həsənov, A.V.Qorbatıx, N.R.Niçay, S.M.İvansev, Y.A.Orexova

Tədqiqatın məqsədi iki metod vasitəsilə aorta koarktasiyasından sonra xəstələrin həyat keyfiyyətinin qiymətlədirilməsdir: sol körpücükaltı arteriyanın modifikasiya olunmuş reversiv plastikası və «extended» anatomozu. Bu prospektiv randomizə olunmuş tədqiqatda 54 xəstənin həyat keyfiyyəti öyrənilmişdir, onlara aortanın koarktasiyası üzrə cərrahi müalicə aparılmışdır. Xəstələr qüsurun korreksiyası üzrə iki qrupa ayrılmışlar: modifikasiya olunmuş reversiv pılastikanın istifadə edilməsi ilə (I qrup, 27 nəfər) və «extended» anatomoz vasitəsilə korreksiya (II qrup, 27 xəstə). Həyat keyfiyyəti qüsurun korreksiyasından sonra 2-4 yaşlı uşaqların valideynlər üçün Pediatric Quality of Life Inventory™ sorğusu vasitəsilə öyrənilmişdir. Valideyinlərin sorğusunun təhlilinın gedişatında sorğunun bütün şkalaları üzrə həyat keyfiyyətinin cüzi aşağı düşdüyü aşkar edilmişdir ki, bu da uşaqların ilkin həyat keyfiyyəti səviyyəsinin yaxşı olduğunu göstərir. Ağırlaşmaların müxtəlif olmasına baxmayaraq, əməliyyatdan sonrakı dövrdə uşaqların həyat keyfiyyəti əziyyət çəkməmiş və hər iki qrupda yüksək səviyyədə qalmışdır.

Summary

Quality of life in children after repair of aortic coarctation.

Y.S. Sinelnikov, I.A. Soynov, I.A. Kornilov, E.N. Gasanov, A.V. Gorbatykh, N.R. Nichay, S.M. Ivanzov, E.A. Orehova

To assess the quality of life in children after repair of aortic coarctation using reverse left subclavian flap aortoplasty and extended end-to-end anastomosis technique. This was prospective randomize study for assess the quality of life in 54 patients underwent surgical repair of coarctation of aorta using reverse left subclavian flap aortoplasty (I group, 27 patients) and extended end-to-end anastomosis technique (II group, 27 patients) in infancy. Assessment of the quality of life in children was carried out 24 months after repair of the coarctation aorta using a parent questionnaire for children 2-4 years «Pediatric». During the analysis of the survey of parents revealed a slight decrease in the quality of life assessments on most scales of the questionnaire, which indicated that, the initially high level of quality of life of children. Despite the variety of complications in the late postoperative period, the quality of life of children did not suffer and are at a high level in both groups.

Daxil olub: 12.09.2016

TƏLƏBƏLƏRİN XƏSTƏLƏNMƏSİNİN MÜASİR SƏCİYYƏLƏRİ

Z.V.Tağıyeva

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

Açar sözlər: tələbələr, müraciət etmə dərəcəsi, xəstələnm\ dərəcəsi

Ключевые слова: студент, обращаемость, заболеваемость

Key words: student, negotiability, incidence

Tələbələrin sağlamlığının mühafizəsi sosial yönümlü dövlətlərdə səhiyyə sisteminin prioritetlərindən biridir. Tələbəlik dövründə tədris yükü, məişət şəraiti və yeni mühitə uyğunlaşma zərurəti tələbələrin xəstələnmə ehtimalını artırır və gələcəkdə onlarda daha ağır patologiyaların inkişafı üçün zəmin yaradır [1-10]. Azərbaycanda özəl ali məktəb nümunəsində tələbələrin sağlamlığını qiymətləndirən Sadıqova G.Q. göstərir ki, onlarda xroniki xəstəliklərin çox olmasına baxmayaraq ambulator müraciətlərin səviyyəsi aşağıdır [6]. Bunun səbəblərinən biri kimi həmin təhsil müəssisəsində tələbələrə xidmət edən qurumların olmaması göstərilir. Kamayev İ.A. və həmm. [5] tibb akademiyası nümunəsində gələcək həkimlərin sağlamlıq durumunun səciyyələrini araşdıraraq onların davranış və həyat tərzində xəstələnmə riskini artıran amillərin olduğuna diqqəti yönəldir. Saratov tibb və texniki universitetlərində tələbələrin xəstələnmə ehtimalının ildən-ilə çoxalması müşahidə edilmişdir. Şemetova Q.H. və həmm. [4] bu universitetlərdə qan

dövranı və sümük-əzələ sistemi xəstəliklərinin tənəffüs orqanları xəstəliklərindən daha çox qeydə almışdırlar. Kemerovo dövlət universitetinin Novokuznetsk filialında yuxarı kurs tələbələrində birinci kursla müqayisədə daha çox xəstələnmə halları aşkar edilmişdir ki, bu da təhsil müddətində tibbi profilaktik tədbirlərin qənaətbəxş olmadığını sübut edir. Rusiyanın Şimal-Şərq universitetində birinci kurs tələbələrinin 46,1%-də xroniki xəstəliklər, 81,8%-də funksional pozuntular aşkar edilmişdir [3]. [1] Tələbələrin fiziki aktivliyinin qənaətbəxş olmaması nəticəsində onlarda metobolik sindromun erkən əlamətləri- izafi bədən kütləsi və piylənmə də tez-tez aşkar olunur [7-9]. Qeyd olunanlar hər ali məktəbin şəraitini nəzərə almaqla tələbələrin sağlamlıq durumunun izlənməsini və profilaktik tədbirlərin təşkilini aktual tibbi-sosial problem olduğunu göstərir.

Tədqiqatın məqsədi. Azərbaycan Dillər Universitetində tələbələrin xəstələnmə səviyyəsini və onun nozoloji strukturunu səciyyələndirməklə tibbi-profilaktik fəaliyyətin prioritetlərini əsaslandırmaq.

Tədqiqatın materialları və metodları. Müşahidə orta illik tələbələrinin sayı 6 minə yaxın olan (5549 nəfər 2013-2014, 6371 nəfər 2015-2016-cı tədris illərində) dövlət ali təhsil müəssisəsində - Azərbaycan Dillər Universitetində aparılmışdır. Müşahidə vahidi tibbi yardıma tələbat epizodunu yaradan kəskin və kəskinləşmiş xroniki xəstəlik olmuşdur. Təqvim ilində qeydə alınmış 1853 xəstəlik barədə məlumat (diaqnoz, müraciətin ilkin və son müddətləri, müalicənin nəticəsi) toplanmışdır. Xəstəliklər beynəlxalq təsnifatın 3 rubrikalı kodları ilə kodlaşdırılmış, XƏT-10-un sinifləri üzrə qruplaşdırılmışdır. Xəstələnmənin səviyyəsi hər 1000 tələbəyə düşən xəstəliklərin sayı, nozoloji strukturu isə ayrı-ayrı siniflər qrupunun bütün xəstələnmə hadisələrində payı (cəmə görə %) ilə qiymətləndirilmişdir. Xəstələnmə səviyyəsinin orta xətası və 95% etibarlılıq intervalı (t=1,96 olmaqla) hesablanmışdır [11].

Alınmış nəticələr. Müraciət məlumatlarına görə tələbələrin ümumi xəstələnməsinin səviyyəsi və nozoloji strukturu barədə alınmış nəticələr cədvəldə əks olunmuşdur. Ümumi xəstələnmə səviyyəsi 291,2±5,7‰ təşkil etmişdir(95% etibarlılıq intervalı 279,8-302,6‰)

Ümumi xəstələnmə hadisələrinin nozoloji səbəbləri arasında birinci yeri tənəffüs orqanlarının xəstəlikləri tutur (36,8%, 1000 tələbəyə 107,1±3,9 xəstələnmə hadisəsi düşür (95% etibarlılıq intervalı 99,3-114,9‰). Tənəffüs orqanları xəstəliklərinin əksəriyyəti kəskin xəstəliklərdir, xroniki xəstəliklərin kəskinləşməsi az müşahidə olunur (bronxial astma -3; xroniki bronxit-10, digərləri-55), 1000 tələbəyə 10,7±1,3 tənəffüs orqanlarının xroniki xəstəliyi düşür. Bu xəstələrin az qismi (13 nəfər, 19,1%) dispanser müşahidəsində olmuşdur.

Cədvəl

Azərbaycan Dillər Universiteti tələbələrinin müraciət materiallarına görə xəstələnməsinin səviyyəsi (‰) və nozoloji strukturu (%)

Xəstələrin Beynəlxalq Təsnifatının sinifləri	say	Cəmə görə, %	1000 nəfərə görə	95% etibarlılıq intervalı
Bir sıra infeksion və parazitar xəstəliklər	33	1,8	5,2±0,9	3,4-7,0
Qan və qanyaradıcı orqanların xəstəlikləri, immun sistemi cəlb edən bəzi pozuntular	124	6,7	19,5±1,7	16,1-22,9
Endokrin sistemi xəstəlikləri, qidalanma və maddələr mübadiləsinin pozuntuları	38	2,1	6,0±1,0	4,0-8,0
Ruhi pozuntular və davranış pozuntuları	22	1,2	3,5±0,7	2,1-4,9
Sinir sistemi xəstəlikləri	31	1,7	4,9±0,9	3,1-6,7
Göz və onun əlavə aparatının xəstəlikləri	151	8,2	23,7±1,9	19,9-27,5
Qulaq və məməvari çıxıntının xəstəlikləri	52	2,8	8,2±1,1	6,0-10,4
Qan dövranı sistemi xəstəlikləri	34	1,8	5,3±0,9	3,5-7,1
Tənəffüs orqanları xəstəlikləri	682	36,8	107,1±3,9	99,3-114,9
Həzm orqanlarının xəstəlikləri	499	26,9	78,3±3,4	71,5-85,1
Dəri və dərialtı toxumanın xəstəlikləri	36	1,9	5,7±0,9	3,9-7,5
Sümük-əzələ sisteminin və birləşdirici toxumanın xəstəlikləri	24	1,3	3,8±0,8	2,2-5,4
Sidik-cinsiyyət sisteminin xəstəlikləri	64	3,5	10,1±1,3	7,5-12,7
Simptomlar, əlamətlər və normadan kənara çıxmalar	51	2,8	8,0±1,1	5,8-10,2
Travmalar, zəhərlənmələr və digər xarici təsir	12	0,5	1,9±0,6	0,7-3,1
Cəmi	1853	100,0	291,2±5,7	279,8-302,6

Tələbələrin müraciətlə bağlı xəstələnmə səbəbləri arasında ikinci yeri həzm orqanlarının xəstəlikləri tutur (26,9%). Bu patologiyaların 1000 tələbəyə düşən sayı 78,3±3,4 təşkil etmişdir (95% etibarlılıq intervalı 71,5-85,1‰). Həzm orqanları xəstəliklərinin əksəriyyəti ağız boşluğunun patologiyalarıdır.

Xroniki qastrit, qastroduodenit, xolesistit və pankreatitin kəskinləşməsi (34 hadisə, həzm orqanları xəstəliklərinin 6,8%-i) diaqnozu ilə tələbələrin dispanser müşahidəsi qənaətbəxş deyildir, xəstələrin ücdən biri (10 nəfər, 29,4%) dispanser qeydiyyatına götürülmüşdür.

Sidik-cinsiyyət sistemi xəstəlikləri tələbələrin ümumi xəstələnmə hadisələri arasında kiçik paya malikdir (3,5%), 1000 tələbəyə 10,1±1,3 xəstələnmə düşür (95% etibarlılıq intervalı 7,5 – 12,7‰). Xəstələrin heç biri dispanser qeydiyyatına götürülməmişdir.

Qulaq və məməvari çıxıntının xəstəlikləri ümumi xəstələnmə səbəbləri arasında 2,8% paya malikdir, onlarda xəstələnmə səviyyəsi də yüksək deyildir (8,2±1,1‰; 95% etibarlılıq intervalı 6,0-10,4‰). Bu xəstələrin də az qismi (11 nəfər, 21,2%) dispanser müşahidəsinə götürülmüşdür.

Endokrin sistemi xəstəlikləri tələbələrin ümumi xəstələnmə səbəbləri arasında 2,1% paya malikdir, 1000 nəfərə 6,0±1,0(95% etibarlılıq intervalı 4,0-8,0‰) patologiya düşür. Tələbələr arasında şəkərli diabet az müşahidə olunur (2 xəstə) və yalnız bu xəstələr dispanser qeydiyyatdadır.

Dəri və dərialtı toxumanın xəstəliklərinin xüsusi çəkisi 1,9%, yayılma səviyyəsi isə 5,7±0,9‰ olmuşdur. Xəstələrin heç biri dispanser qeydiyyatında deyildir.

Qan dövranı sistemi xəstəlikləri tələbələrdə nisbətən az müşahidə olunmuşdur (5,3±0,9‰; 95% etibarlılıq intervalı 3,5-7,1‰). Qeydə alınmış 34 xəstəliyin 8-i revmatizma, 14-ü isə arterial hipetenziyadır (23,5 və 41,2%). Revmatizm diaqnozu ilə xəstələrin hamısı, arterial hipertenziya diaqnozu ilə xəstələrin 10 nəfəri dispanser qeydiyyatında olmuşdur. Beləliklə, qan dövranı sistemi xəstəlikləri ilə pasiyentlərin 52,9%-i dinamik müşahidədə olmuşdur.

Sinir sisteminin (əsasən perifirik sinir sisteminin) xəstəlikləri tələbələrin ümumi xəstələnməsinin əsas səbəbləri arasında 1,7% paya malikdir, onların tezliyi 4,9±0,9‰ (95% etibarlılıq intervalı 3,1-6,7‰) təşkil etmişdir. Bu xəstələrin dispanser qeydiyyatı olmamışdır.

Tələbələr arasında bir sıra infeksion və parazitar xəstəliklərin tezliyi 5,2±0,9‰ (95% etibarlılıq intervalı 3,4 – 7,0‰) olmuş, xəstələnmə səbəbləri arasında payı 1,8% təşkil etmişdir. Bu xəstələrin hamısı dispanser qeytiyyatına götürülmüşdür.

Ümumi xəstələnmə hadisələrinin əksəriyyəti (1010 hadisə, 158,5±4,6‰) ilkin xəstələnmə hadisələridir. İlkin xəstələnmənin ayrı-ayrı nozologiyalar üzrə səviyyəsi fərqlidir:

- bir sıra infeksion və parazitar xəstəliklər (5,2±0,9‰);
- qan və qanyaradıcı orqanların xəstəlikləri (3,8±0,8‰);
- endokrin sistemi xəstəlikləri, qidalanma və maddələr mübadiləsinin pozuntuları (1,3±0,5‰);
- ruhi pozuntular və davranış pozuntuları (1,4±0,5‰);
- sinir sistemi xəstəlikləri (1,1±0,5‰);
- göz və onun əlavə aparatının xəstəlikləri (5,7±0,9‰);
- qulaq və məməvari çıxıntının xəstəlikləri (2,7±0,7‰);
- qan dövranı sistemi xəstəlikləri (1,9±0,6‰);
- tənəffüs orqanlarının xəstəlikləri (99,1±3,7‰);
- həzm orqanlarının xəstəlikləri (29,5±2,1‰);
- dəri və dəri altı toxumanın xəstəlikləri (1,1±0,5‰);
- sümük-əzələ sisteminin və birləşdirici toxumanın xəstəlikləri (1,9±0,6‰);
- sidik-cinsiyyət sisteminin xəstəlikləri (1,9±0,6‰);
- travmalar, zəhərlənmələr (1,9±0,6‰);

Alınmış nəticələrin müzakirəsi. Əhalinin müraciətlə bağlı xəstələnməsi insanların tibbi davranışdan, tibbi yardımın əlçatanlığından və sağlamlıq durumundan asılı olan meyardır. Ona görə də bu xəstələnmənin səciyyəsinə görə əhali qruplarının fərqi obyektiv şərtlərlə bağlıdır. Azərbaycan populyasiyası üçün səciyyəvi cəhət tibbi yardım üçün gec müraciyət etməkdir. Ona görə də ölkədə müraciyətlə bağlı xəstələnmə hadisəsi nisbətən az qeydə alinir. Tələbələrin müraciyətlə bağlı xəstələnmə səviyyəsinin aşağı olmasını digər ölkə tədqiqatçılarıda müşahidə etmişdir [6].

Tibbi aktivliyin yüksək olduğu Rusiya Federasiyasında Saratov tibb və texniki universitetlərində tələbələrin ümumi xəstələnməsinin səviyyəsi 932‰ [4] olduğu halda Azərbaycan Dillər Universiteti tələbərinin göstəricisi (291,2±5,7‰) 3 dəfədən çox azdır. Tələbələrin ümumi xəstələnməsinin nisbi çoxluğunu [3]-də qeydə almışdır. Göstərilir ki, ayrı-ayrı ali məktəblər üzrə ümumi xəstələnmə səviyyəsi 650-750‰ intervalında dəyişmişdir.

Azərbaycanda tələbələrin tibbi təminatı sovet dövründə əksər hallarda ixtisaslı mütəxəssislərlə təmin olunmuş tələbə poliklinikalarında həyata keçirilmişdir. Son illərdə tələbə poliklinikalarının potensiyalı xeyli azalmışdır. Bu proses Azərbaycan Dillər Universitetinidə əhatə etmişdir, tələbələrə ixtisaslaşmış yardım onların yaşayış yerlərində göstərilir. Tələbələrin müntəzəm yaşayış yerlərində tibbi yardım almağa

imkanı olmur. Bu son nəticədə tələbələrin dispanser müşahidəsinin təşkilində çətinliklər yaradır. Müşahidələrimiz göstərir ki, ağır xroniki xəstəliyi olan (qan dövranı sistemi, sinir sistemi, endokrin sistemi, qan və qanyaradıcı orqanların xəstəlikləri və sair) tələbələr belə dispanser müşahidəsinə tam götürülməmişdir. Qeyd olunanlar göstərir ki, tələbələrin tibbi təminatı optimallaşmalıdır. Ali məktəblərin nəzdində ambulator-polikliniki yardım tələbələrin sağlamlığının qorunmasını, əsasən profilaktik yönümlü sağlamlaşdırıcı tədbirlərin həyata keçirilməsini təmin etməlidir.

Tələbələrin ümumi xəstələnməsinin səbəblərinin nozoloji strukturunda oxşar və fərqli cəhətlər vardır. [4] göstərir ki, tələbələrin ümumi xəstələnməsində əsas yerləri tutan tənəffüs orqanlarının, sümük-əzələ sisteminin, göz və onun əlavə aparatının xəstəlikləridir. Bizim müşahidəmizdə isə ümumi xəstələnmənin ən çox rast gəlinən səbəblərinə tənəffüs orqanlarının, həzm orqanlarının, gözün və onun əlavə aparatının xəstəlikləri aiddir.

[4]-ün müşahidəsinə görə tənəffüs orqanlarının patologiyası ilə ümumi (145-239‰) və ilkin (49-167‰) xəstələnmə səviyyələrinin nisbəti 1,4-3,0 intervalında dəyişir. Bizim müşahidəmizdə tələbələrin bu göstəriciləri (müvafiq olaraq 107,1 və 99,1‰) bir-birinə yaxın olmuşdur. Bu göstərir ki, Dillər Universitetinin tələbələri əsasən kəskin respirator infeksiyalarla bağlı xəstələnmə hallarında həkimə müraciət edirlər. Ona görə də xəstələnmə səviyyəsinin aşağı olması tələbələrin sağlam olmasını deyil, tibbi davranışının əlamətidir.

Nəticələr:

1. Tələbələrin müraciətlə bağlı ilkin və ümumi xəstələnmə səviyyəsi (158,5±4,6 və 291,2±5,7‰) nisbətən aşağıdır.
2. Ümumi xəstələnmə hadisələri arasında ilkin xəstələnmənin yüksək xüsusi çəkisi (54,4%) tibbi yardımın və davranışın adekvat olmamasının prediktorudur.
3. Tələbələrin tibbi təminatının prioriteti-profilaktik yönümlü tədbirlərin tələbə poliklinikalarında həyata keçirilməsi məqsədyönlüdür.

ƏDƏBİYAT

1. Захарова Р.Н., Тимофеева А.В., Михайлова А.Е., Тимофеев Л.Ф. Оценка состояния здоровья студентов-первокурсников // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014, №4, с.6-8.
2. Проскурякова Л.А., Бурныклева Т.В. Оценка заболеваемости, физиического здоровья студентов и формирование самосохранительного поведения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012, №3, с. 15-17.
3. Медведева О.В., Литвинова Н.И. Медико-составные аспекты здоровья студентов медицинского колледжа // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012, №3, с. 17-19.
4. Шеметова Г.Н., Киселева О.А., Дудрова Е.В. Заболеваемость студентов высших учебных заведений болезнями органов дыхания // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012, №1, с. 16-18.
5. Камаев И.А., Турьяков М.С. Миронов С.В., Иванов А.А. Социологическое изучение здоровья и образа жизни студентов медицинской академии // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2010, №1, с. 24-27.
6. Садыхова Г.Г. Исчерпанная заболеваемость студентов и ее комплексная оценка «Sağlamlıq, 2010, №6,с. 156-161.
7. Rebaez-Maron E. Changes in the body build of students of the Maritime University of Szezecin in the years 1969-2007 // Irt Marit Health, 2013, 64, 1:12-17
8. Rebaez-Maron E. Selected anthropometric indices of maritime university students // Int Marit Healths, 2015, 66, 3:145-151.
9. Deliens T., Deforche B., Bourdeaudhuif J.D. and Clarys P. Determinarts of physical activity and sedentary behaviour in university students: a qualitative study using focus group discussions // BMC Public Health, 2015, v.15, p.201.
10. Агаева К.Ф., Гаджизаде С.А. Современная характеристика антропометрических показателей студентов Азербайджанской Государственной Морской Академии // Общественное здоровье и здравоохранение, 2016, №3, с. 15-18.
11. Гланц С. Медико-биологическая статистика. М., 1999, 459 с.

Резюме

Современная характеристика заболеваемости студентов

З.В.Тагиева

Целью исследования явилоь обоснование приоритеты медико-профилактической деятельности студенческих поликлиник на примере анализа заболеваемости студентов Азербайджанского Университета языков. Единица наблюдения- случай заболеваемости по данным обращаемости в медицинские учреждения. Объект исследование - 1853 случая заболеваемости 6371 студентов в течении года. Статистическая обработка проведена методом анализа качественных признаков. Установлено, что на 1000 студентов приходится 158,5 первичных, 291,2 общих случаев заболеваемости, в структуре которой преобладает болезни органов дыхания, пищеварения, глаза и его придаточного аппарата. Сравнительно низкий уровень общей заболеваемости и преобладание в ее структуре первичных случаев заболеваемости является предиктором недостаточной доступности амбулаторно-поликлинической помощи.

Summary

Modern characteristics of sickness cases among students

Z.V. Tagiyeva

Purpose: To substantiate the priorities of health and preventive activities of student policlinics on the example of the analysis of sickness cases among students of Azerbaijan University of Languages. The observation unit - the sickness cases according to applications to medical facilities. Object of the study - 1853 sickness cases among 6371 students during a year. Statistical processing has been performed by the analysis of qualitative features. It was determined 158,5 initial, 291,2 common sickness cases, in structure of which prevail respiratory diseases, digestive, eye and adnexa. The relatively low level of common cases of sickness and prevalence of initial sickness cases is primary predictor of insufficient availability of outpatient care.

Daxil olub: 12.10.2016

ÜRƏYIN KİÇİK İNKİŞAF ANOMALİYASI OLAN UŞAQLARLARDA FİZİKİ İNKİŞAFIN MULTİFAKTORLU QİYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

İ.İ.isayev, M.M. Fətəliyeva, G.A.Qafarlı, A.İ.Mustafayeva

Azərbaycan Tibb Universiteti,, Terapevtik və pediatrik propedevtika kafedrası, Bakı

Açar sözlər: uşaqlar, ürəyin inkişaf anomaliyaları, fiziki inkişaf, müayinələr
Ключевые слова: дети, аномалии развития сердца, физическое развитие, исследования
Key words: children, cardiac abnormalities, physical development, research

Dinamik böyüməkdə olan uşağın fiziki inkişafı onun sağlamlığının əsas göstəricilərindən olmaqla əsasən daxili və xarici mühit faktorlarının təsirini əyani şəkildə özündə birləşdirir [1,2,3]. Aparılmış tədqiqatların nəticələri göstərir ki, müxtəlif ekzogen və endogen amillərin təsirləri ilk mərhələdə orqanizmin anabolik və katabolik proseslərinə təsir edərək adaptasiya prosesini təmin etməklə homeostazı optimal səviyyədə saxlayır [4,5,6]. Xroniki teratogen, stres xarakterli belə faktorlar adaptasiya mexanizmində gərginlik yaratmaqla dekompensasiyaya səbəb ola bilən reaksiyalar ortaya çıxarır və nəticədə müxtəlif patologi hallların formalaşması üçün əlverişli şərait yaranır [4,5,7,8].

Bu baxımdan ontogenezin ilkin mərhələlərindən kollagen toxumanın matriksinin patoloyi formalaşması kimi meydana çıxan birləşdirici toxumanın displaziysı xronoiki stres amili kimi uşaq orqanizmində gedən proseslərin sürətinə, ayrılıqda hər hansı bir fiziki inkişaf göstəricisinə, yaxud həmin parametrlərin qarşılıqlı əlaqədə dəyişməsinə təsiri təkzibedilməzdir. Bədən kütləsinin yarıdan çox hissəsini təşkil edən birləşdirici toxumanın displaziyasının daimi inkişafda olan uşaqların fiziki inkişaf göstəricilərinə təsirinin öyrənilməsinin praktik əhəmiyyəti böyükdür [9,10,11]. Aparılan tədqiqatlar göstərmişdir ki, birləşdirici toxumanın displaziyası sindromu (BTDS) uşaqlarda bu və ya digər üzvlərdə özünü 50-ə yaxın fenotipik əlamətlərlə biruzə verməklə yanaşı onların formalaşmasına da təsir göstərir [12,13,14]. BTDS bir variantı kimi özünü göstərən ürəyin anadangəlmə kiçik inkişaf anomaliyası (ÜAKİA) olan uşaqlarda sağlamlığın

əsas inteqral parametrlərindən biri kimi qəbul edilən fiziki inkişaf göstəricilərinin və onların qarşılıqlı əlaqələrinin öyrənilməsi belə üşaqların obyektiv vəziyyətinin qiymətləndirilməsində böyük rol oynayır.

Tədqiqatın məqsədi müxtəlif variant ÜAKİA olan uşaqlarda yaşdan və cinsiyyətdən asılı olaraq fiziki inkişafın multifaktorlu qiymətləndirilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Nəzarət altında 6-17 yaşında ÜAKİA olan 345 məktəbli olmuşdur. Bütün uşaqlarda ümumi klinik (antropometriya, somatometriya) -laborator və instrumental (EKQ, ExoKQ, daxili üzvlərin USM) müayinə üsulları aparılmışdır. Uşaqlar ExoKQ müayinəsinin nəticələrinə əsasən 3 qrupa bölünmüşdür [15]. I qrupa mitral qapağın qapaqaltı strukturunda kiçik inkişaf anomaliyası (MQKİA) olan 108, II qrupa - trikuspidal qapağın kiçik inkişaf anomaliyası (TQKİA) olan 92, III qrupa isə sol mədəciyin kiçiik inkişaf anomaliyası (SMKIA) olan 82 uşaq daxil edilmişdir. MQKİA qrupuna ExoKQ müayinəsində hemodinamik əhəmiyyətli olmayan mitral qapağın prolapsı, mitral qapağın ön və arxa taylarının ektopik xordası, papilyar əzələlərin anomal yerləşməsi; TQKİA qrupuna üçtaylı qapağın arakəsmələrinin yerdəyişməsi, onun prolapsı və SMKIA qrupuna isə sol mədəcik boşluğunda əlavə xordaları və trabekulaları olan məktəblilər daxil edilmişdir. Müştərək kiçik inkişaf anomaliyaları təsadüf olunan 63 uşaq əsas qruplara daxil edilməmişdir. Məktəbli uşaqlar yaşdan asılı olaraq 6-11 (kiçik məktəb yaşlı) 133 nəfər və 12-17 (böyük məktəb yaşlı) yaş qruplarına - 149 nəfər ayrılmışdır. Nəzarət qrupunu 96 həmyaşıd məktəblinin məlumatları təşkil etmişdir.

Fiziki inkişaf göstəricilərinin yayılma dərəcəsinə görə sərhədləri P_3, P_{10}, P_{25}, P_{75}, P_{90}, P_{97} persentil (3, 10, 25, 75, 90, 97 parametrin rastgəlmə faizi) dəhlizlərə bölünmüşdür. Əlamətin göstəricisi 25-75 sentil hüdudunda (dördüncü dəhliz) yerləşərsə fiziki inkişaf "orta", 10-25 arası (üçüncü dəhliz) "ortadan aşağı", 75-90 arası (beşinci dəhliz) "ortadan yuxarı", 3-10 sentil hüdudu (ikinci dəhliz) "aşağı", 90-97 sentil hüdudu isə (altıncı dəhliz) "yuxarı" hesab olunmuş, Ketle və Vargi indeksləri təyin edilmişdir. Uşaqların somatotipi bədən kütləsi, bədən uzunluğu və döş qəfəsi çevrəsinin göstəricilərinin aid olduqları dəhlizlərin nömrəsinin cəminə müvafiq, toplanaraq bal sistemi ilə təyin olunmuşdur. Nəticə 3-10 bal olduqda bədən quruluşunu mikrosomal, 11-15 bal olduqda mezosomal və 16-21 bal olduqda makrosomal tip kimi dəyərləndirilmişdir [16].

Nəticələr və onların müzakirəsi. ÜAKİA olan uşaqlarda sağlamlığın bilavasitə meryarlarından sayılan fiziki inkişafın əsas parametrlərindən biri olan boyun uzunluğunun artmasının təhlili nəzarət qrupunun uyğun göstəricilərinin dinamikasından fərqləndiyini aşkar etdi. Bu zaman kiçik məktəb yaşlı qrupda əgər boyun uzunluğu fiziki inkişaf səviyyəsinə görə «ortadan aşağı» və «orta» sentil dəhlizlərinə düşən uşaqlarda müşahidə olunurdursa, 12-17 yaşlılarda boyun bir qədər artması halı «orta» və «ortadan yuxarı», bəzi halda isə «yüksək» sentil dəhlizlərinə düşənlərdə rast gəlinmişdir. Qeyd olunan geri qalma kiçik məktəb yaşlı oğlanlarda həmyaşıdları qızlara nisbətən statistik etibarlı olmasa da üstün olmuşdur.

Əsas qrupa daxil olan kiçik məktəb yaşlı uşaqların 31,5% -də kütlənin artıqlığı prosesi müşahidə olunmuşdur. Əgər aşağı yaşlı oğlan və qızlarda kütlənin bir qədər artımı bütün sentil dəhlizlərini əhatə edirdirsə, yuxarı yaşlarında «orta» və «ortadan yuxarı» inkişaf səviyyəsinə uyğun gələnlərdə rast gəlinmişdir.

Alınmış məlumatların təhlili göstərir ki, ÜAKİA olan uşaqların müayinəsindən əldə edilmiş parametrlərin P_3–P_{10} və P_{90}–P_{97} sentil dəhlizlərində variabelliyinin artması, «orta» səviyyəyə uyğun P_{25}–P_{75} sentil dəhlizində isə nəzarət qrupu ilə müqayisədə nisbətən məhdudlaşması müşahidə olunur və özündə xronik stress amili daşıyan uşaqların fərdi fiziki inkişaf göstəricilərinin məhdud diapazonda tərəddüdü ilə bağlıdır.

ÜAKİA olan uşaqların fiziki inkişaf parametrləri arasında maraq kəsb edənlərdən biri də dinamikada döş qəfəsinin çevrəsinin öyrənilməsidir. Alınmış metrik rəqəmlərin sentil dəhlizlərində paylanması səciyyəsinin təhlili göstərdi ki, kiçik məktəb yaşlı uşaqlarda cinsiyyətdən asılı olmayaraq məktəblilərdə döş qəfəsinin çevrəsində izlənilən dinamik inkişaf azalmağa doğru meylli olmaqla müqayisə qrupundan fərqlənir. Yuxarı məktəb yaşlı uşaqlarda bu daha da intensiv olur. Bu yaşda qızlarda döş qəfəsinin çevrəsi oğlanlarda olduğundan bir qədər üstün olsa da statistik hesablamada dürüstlük yoxdur.

ÜAKİA olan uşaqlarda fiziki inkişafin əsas somatometrik parametrlərindən olan döş qəfəsinin çevrəsinin uzunluğunun yaşdan asılı olaraq dəyişilmə dinamikasının öyrənilməsi 6-11 yaş arasında azalmağa meylli olsa da, müqayisə qrupundan dürüst fərqlənmə aşkar edilmir. 12-17 yaşda "ortadan yuxarı" və "yuxarı" fiziki inkişaf səviyyələrinə uyğun gələnlərdə (P_{75}–P_{90} və P_{90}–P_{97} sentil dəhlizi) xüsusilə oğlanlarda özünü göstərməklə bu parametrin azalması müşahidə edilir.

Tədqiqata cəlb edilmiş uşaqların fiziki inkişaf parametrlərinin qarşılıqlı əlaqələrinin öyrənərkən müəyyən olundu ki, kütlənin boyun üzunluğuna nisbətini göstərən Ketle indeksi əksər məktəblilərdə azalmışdır. İndeksin daha nəzərə çarpan aşağı düşməsi halı SMKİA olan uşaqlarda yuxarı məktəbli

qrupunda olmaqla 34,5% - 40,7% təsadüfdə müşahidə edilmişdir. İki və üç taylı qapaqların kiçik inkişaf anomaliyası olan məktəblilərdə yaş qrupuna görə tendensiya saxlanılmaqla demək olar ki, eyni səpgidə 28,6-36,8% uşaqda qeydə alınmışdır. Ketle indeksinin artması qruplar üzrə ardıcıl olaraq I, II və III qruplarda 20,6%, 14,5% və 11,2% olmuşdur. Vargi indeksinə əsasən ÜBTDS olan məktəblilərdə kütlənin mötədil dərəcədə azalması daha çox MQKİA olanlarda baş vermişdir. Belə ki, Vargi indeksi MQKİA olan uşaqlarda əsasən yuxarı yaşlı məktəblilərdə olmaqla 35 (32,4%), TQKİA zamanı 26 (28,2%), SMKİA olanlarda isə 19 (23,7%) uşaqda, kütlənin nəzərə çarpan dərəcədə defisiti isə qruplarda bir qədər az olmaqla müvafiq olaraq 27,5%, 19,6% və 18,4% hallarda rast gəlinmişdir. ÜAKİA olan kiçik məktəb yaşlı oğlanlar öz həmyaşıdlarından orta hesabla 0,3-1,2 kq ağır, böyük məktəb yaşlılar isə 0,8-1,7 kq yüngül olmuşlar. Qızlar arasında da həmin meyllilik saxlanılmışdır. Belə ki, kiçik məktəb yaşlı qızlar nəzarət qrupunun uyğun göstəricisindən 1,0-1,8 kq çox olsa da, yuxarı yaşlı ÜBTDS-lu qızlar həmyaşıdlarından 1,1-1,2 kq yüngül olmuşlar.

ÜAKİA-lu uşaqların bədən quruluşunun tipini təyin edərkən bütün qruplarda astenik variant əhəmiyyətli dərəcədə çox olmuşdur. MQKİA olan uşaqlar arasında astenik tipə müayinə olunanların 63,4% (68), TQKİA-da 57,6% (53), SMKİA olanlarda isə nisbətən az – 51,5% (42) halda təsadüf edilmişdir. Normostenik tip qruplar üzrə müvafiq olaraq 27,3%, 24,6%, 37,9%, hiperstenik tip isə xeyli dərəcədə az hallarda qruplar üzrə müvafiq olaraq 9,1%, 17,8% və 10,6% hallarda təsadüf edilmişdir. Müayinə olunanların əksəriyyətində fiziki inkişaf harmonik olmuş (159; 56,7%), qalanlarda isə əsasən kütlənin boyun üzunluğundan geri qalması və döş qəfəsinin çevrəsinin daralması hesabına disharmoniya müşahidə edilmişdir.

Uşaqların antropometrik göstəricilərinin analizindən aydın oldu ki, ümumi tədqiq edilən məktəblilərdə 58,4% (165) halda mezosomal, 23,6% (66)- mikrosomal və nəzərə çarpacaq dərəcədə az- 18,0% (51) halda makrosomal tipə təsadüf edilir. Müayinə olunmuş 138 oğlanın əksəriyyəti- 86 nəfəri (62,6%) mezosomal, 29-u (20,7%) mikrosomal, qalan 23-ü isə makrosomal tipə aid olmuşdur. Buna oxşar mənzərə qızlar arasında özünü göstərmişdir və onların sayı hər üç tipdə oğlanlarla müqayisədə nisbətən az olmuşdur. 6-11 yaş qrupunda olan 133 uşağın çoxusunda (66,1%; 88) mezosomal, 35 uşaqda (26,4%) mikrosomal, qalan 10 nəfərində (7,5%) isə makrosomal tip qeydə alınmışdır.

ÜAKİA olan uşaqların cinsiyyət mənsubiyyətinə görə təhlilindən aydın oldu ki, mikrosomal tipə aid olan uşaqlar arasında qızların (qızlar 28,0%, oğlanlar 20,7%), makrosomal tipdə isə oğlanların (qızlar 10,0%, oğlanlar 16,6%) müəyyən qədər üstünlüyü olmuşdur .

Təhlil zamanı kiçik məktəb yaşlı məktəblilər arasında mezosomal və makrosomal tipdə oğlanların (62,6 və 20,7%), mikrosomal tipdə isə qızların kəmiyyət çoxluğu özünü göstərmişdir. 12-17 yaş qrupunda 3-10 dəyərləndirmə balına uyğun gələn mikrosomal tip, kiçik məktəblilərlə müqayisədə çoxluq təşkil edərək orta hesabla (49) 33,3% halda qeyd olunmuşdur. Mikrosomal tipə uyğun gələn uşaqlar içərisində yuxarı yaşlı məktəblilərdə qızların miqdarı üstünlük təşkil etmişdir. Belə məktəblilərin çoxusunda döş qəfəsi çevrəsinin dəyərləndirmə şkalasında "ortadan aşağı" dəhlizə düşməsinə baxmayaraq, digər göstəricilərin "orta" dəhlizə uyğun gəlməsi səciyyəvi olmuşdur. Tədqiqata cəlb edilənlər arasında 6-11 yaş qrudunda olan ÜAKİA-lı uşaqların çoxusunun (68,8%) orta fiziki inkişaf parametrlərinə uyğun gəlməsi somatometrik balansın optimal səviyyədə saxlanılmasını sübut edir.

12-17 məktəbli yaş dövründə qızların sayının nisbi çoxluğu ilə makrosomal tipə uyğun gələnlərin miqdarının bir qədər artması baş verir ki, bunu həmin dövrdə belə uşaqların orqanizmində homeostazda disbalansın varlığı ilə bərabər, cinsi dimorfizm və neyroendokrin requlyasiyanın intensiv olması ilə izah etmək olar.

Ürəyin birləşdirici toxumasının displaziyası sindromulu mikrosomal tipə uyğun gələn uşaqlarda bədən kütləsi və döş qəfəsi çevrəsinin "ortadan aşağı", makrosomal tipdə isə əsasən döş qəfəsi çevrəsinin "ortadan aşağı", boyun uzunluğunun isə "ortadan yuxarı" sentil dəhlizinə düşməsi səciyyəvi olmuşdur.

Məktəblilər arasında inkişafın geri qalması və ya bir qədər sürətlənməsi ümumilikdə 47,4% halda rast gəlinmişdir. MQKİA olan uşaqların 10,5%-də (12) mikrosomatik, 53,6%-də (58) mezosomatik, qalanlarında isə makrosomatik tip qeyd olunmuşdur. TQKİA olan uşaqların 58,7%-də (54) mezosomatik, 30,6%-də (28) makrosomatik, qalanlarda mikrosomatik tipə uyğun olmuşlar. SMKİA olan uşaqların 44,6%-də (36) mezosomal, 27,5%-də (23) makrosomal, qalanlarda isə mikrosomal tipə rast gəlinmişdir.

Müayinə edilən ÜAKİA olan uşaqlar üçün astenik konstitusional tip və mezosomatik inkişaf səciyyəvi olmuşdur. Bu uşaqların əksərində yuxarı məktəbli yaş dövründə qızlarda üstün olmaqla kütlənin geri qalması, döş qəfəsinin darlığı və boyun uzunluğunun artması hesabına disharmonik inkişaf baş verir. Bu hal daha çox MQKİA və TQKİA olan uşaqlarda rast gəlinmişdir.

Beləliklə, ÜAKİA olan uşaqlarda yaşın artması ilə mezosomal tipə uyğun gələnlərin sayının azalması zəminində bədən kütləsi və döş qəfəsi çevrəsinin "ortadan aşağı" sentil dəhlizinə uyğun gələn mikrosomal, bədən kütləsi, döş qəfəsi çevrəsinin "ortadan aşağı" olması ilə yanaşı bədən uzunluğunun "ortadan yuxarı" və "yuxarı" sentil dəhlizinə uyğun gələn makrosomal somatik tiplərin sayının bir qədər çoxalmağa meylliyi müşahidə edilir ki, bunu müayinəyə cəlb edilmiş məktəblilərdə birləşdirici toxumanın displaziyası amilinin təsiri nəticəsində morfofunksional harmonik inkişafın pozulmasının əlamətlərini təsdiq edən amil kimi qiymətləndirmək olar.

ƏDƏBİYYAT

1.Баранов А.А. Научные и практические проблемы российской педиатрии на современном этапе // Педиатрия, 2005, №3, с. 4-8.

2.Бердник О.В., Серых Л.В. Физическое развитие детей как критерий качества окружающей среды. Киев, 1997, 81 с.

3.Федотова Т.К. Влияние экологии современного мегаполиса на ростовые процессы дошкольников // Педиатрия, 2006, №6, с. 41-45.

4.Иванов Б.И., Фролова О.А. Состояние функциональных систем организма детей под воздействием неблагоприятных факторов окружающей среды на материале города Нижнекамска // Педиатрия, 2003, №2, с.36-40.

5.Кучма В.Р. Оценка риска влияния факторов окружающей среды на здоровье детей и подростков // Гигиена и санитария, 2002, №6, с. 51-53.

6.Шарапова О.В. Охрана здоровья школьников Российской Федерации // Педиатрия, 2006, №3, с.4-7.

7.Ihsan Dogramaci. Children is our future / Sixth Turkish World Congress of Pediatrics. Abstract Book. October 5-8. Baku, 2006, p. 3-6

8.Barkey C.S., Rocket H.R., Gillman M.W. One-year changes in activity and inactivity among 10-to 15- year-old boys and girlis, relationship to change in body index // Pediatrics, 2003, III (4pt1), p.836-43

9 .Демин В.Ф., Ключников С.О., Ключникова М.А. Значение соединительнотканных дисплазий в патологии детского возраста // Вопр. совр. педиатрии, 2005, №4 (1), с.50-56

10. Земцовский Э.В. Диагностика и лечение дисплазии соединительной ткани // Мед. вестник, 2006, №11 (354), с.13

11. Николаев К.Ю., Отева Э.А., Николаева А.А. и др. Дисплазия соединительной ткани и полиорганная патология у детей школьного возраста // Педиатрия, 2006, №2: 89–91

12. Гнусаев С.В., Белозеров Ю.М., Виноградов А.Ф. Клиническая значение малых аномалии сердца у детей. // Рос. Вестник перинатологии и педиатрии, 2006, № 4, с. 20-25

13.İsayev İ,İ., Xanməmmədova S.Q., Mustafayeva A.İ. Uşaqlarda ürəyin kiçik anomaliyaları// Azərbaycan təbabətinin müasir nailiyyətləri, Bakı, 2013, № 1, s. 45-47

14.İsayev İ.İ., Məmmədova R.R., Fətəliyeva M.M. və b. Uşaqlarda ürək-damar sistemi patologiyasında birləşdirici toxuma displaziyasının rolu// Azərbaycan Tibb Jurnalı, Bakı, 2011, №4,s. 124-127

15.Гнусаев С.Ф., Белозеров Ю.М., Виноградов А.Ф. Классификация малых аномалий сердца у детей. //Вестник аритмологии, 2000, №18, с.76

16. İsayev İ.İ. Uşaq xəstəliklərinin propedevtikası. Bakı., Elm və təhsil, 2014, 574 s.

Резюме

Мултифакторная оценка физического развития у детей с малыми аномалиями развития сердца

И.И.Исаев, М.М.Фаталиева, Г.А.Гафарлы, А.И.Мустафаева

С целью изучения особенностей физического развития у детей с малыми аномалиями развития сердца (МАРС) в зависимости от возраста и пола были обследованы 282 школьников 6-17 лет. Дети в зависимости от возраста были разделены на две группы: младший (6-11 лет)- 133 и старший (12-17 лет) школьный возраст- 149 ребенка. Обследованные школьники в зависимости от варианта МАРС разделены на три группы: малые аномалии развития подклапанных структур митрального клапана (МАРМК)- 108, малые аномалии развития трикуспидального клапана (МАРТК)- 92 и малые аномалии развития левого желудочка (МАРЛЖ) 82 ребенка. Для детей с МАРС наиболее характерен был астенический конституциональный тип с мезосоматическим вариантом развития. У большинства этих детей отмечалось отставание массы тела, узкая грудная клетка с высоким ростом тела. Это в основном наблюдалось у детей с МАРМК и МАРТК.

Summery

Multiphactorial evaluation of physical development in children with minor heart anomalies

İ.İ.Isayev, M.M. Fataliyeva, G.A.Qafarlı, A.İ.Mustafayeva

In order to study the physical development characteristics of dysplasia-phenotypic features in children with minor abnormalities of heart development, depending on the age and gender were examined 282 schoolchildren in 6-17 ages. Children, depending on age were divided into two groups: junior school age (6-11 years) children- 133 and older school age (12-17 years) children- 149. The examined children, depending on the type of minor abnormalities of heart development are divided into three groups: children with minor anomalies of the mitral subvalvular structures -108, minor anomalies of the tricuspid valve - 92 and abnormal chords of the left ventricle- 82. For children with minor cardiac abnormalities the most characteristic constitutional type was asthenic with mesosomatic development options. Most children aged 12-17 mainly girls, was noted disharmonious development related to decreasing of body weight and the circumference of the chest, along with the increase in body height. This is mainly observed in children with minor anomalies of the mitral subvalvular structures and minor anomalies of the tricuspid valve.

Daxil olub: 20.09.2016

SİSTEM ERİTEMATOZ QURDEŞƏNƏYİ ZAMANI YUMŞAQ, SƏRT VƏ SÜMÜK TOXUMALARINDA DƏYİŞİKLİKLƏRİN MORFOLOJİ XARAKTERİSTİKASI

J.H.Zeynalova

Azərbaycan Tibb Universiteti, stomatologiya kafedrası, Bakı

Açar sözlər: sistem eritematoz qurdeşənəyi, yumşaq toxumalar, sümük, morfologiya
Ключевые слова: системная красная волчанка, мягкие ткани. кости, морфология
Key words: systemic lupus erythematosus, soft tissues. Bones, morphology

Sistem eritematoz qurdeşənəyi kimi ağır və mürəkkəb xəstəliyə xas olan hüceyrə-toxuma strukturlarında morfohistoloji müayinələr səciyyəvi patoloji əlamətlərə əsaslanır.

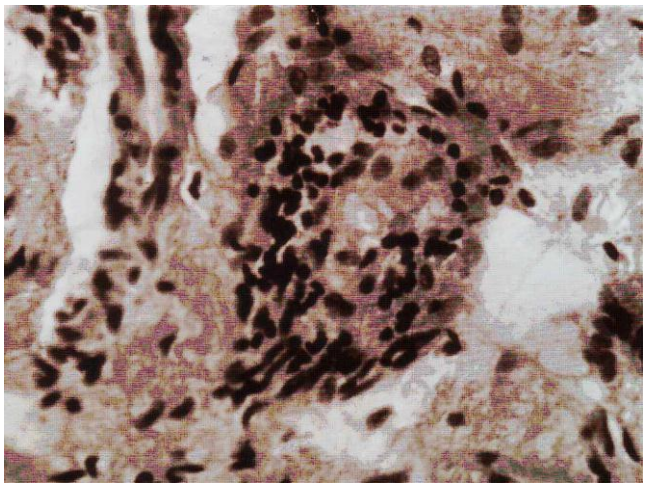
Hər şeydən əvvəl onu qeyd etmək lazımdır ki, bütünlükdə toxumalarda səciyyəvi əlamətlər bunlardır: fibrinoid dəyişikliklər və bütün orqanizmin damar yatağının zədələnməsi, nüvə patologiyası, hemotoksilin cisimciklərinin formalaşması və LE hüceyrələrin aşkar edilməsi. Bununla yanaşı plazmahüceyrəli və makrofaqal infiltrasiya, infiltrat hüceyrələrin boşalması və dağılması ortaya çıxır. sayılır və birləşdirici toxumanın pozulması mərhələlərini əks etdirir.

Tədqiqatlarımızda toxuma pozulmalarının yuxarıda göstərilən bütün mərhələləri yumşaq (dişəti), sümük (dişlərarası arakəsmələr) toxumaların bioptatlarında öz əksini tapır. Başqa sözlə desək, tədqiq edilən sahə ümumi patoloji priosesin bir hissəsi olub, orqanizmin birləşdirici toxumasının diffuz zədələnmələri prosesinin sistemliliyini təsdiq edir.

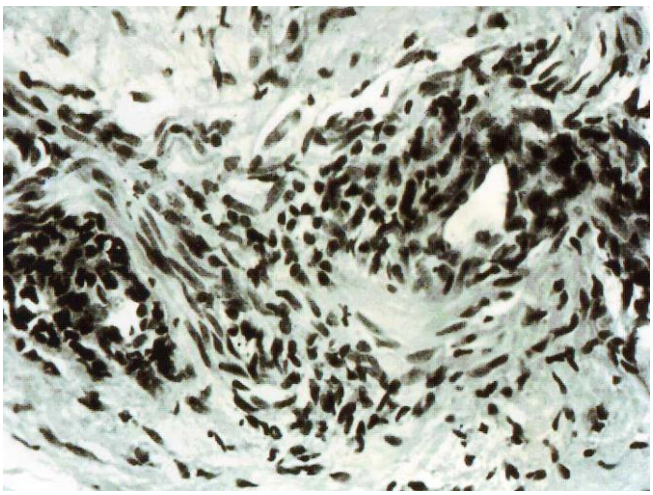
Ağız boşluğunun yumşaq və sümük toxumalarının morfoloji tədqiqi dişətrafı toxumalarda klinik və rentgenoloji müayinələrlə iltihabi-distrofik dəyişiklikləri vasitəsilə aşkar olunmuş struktur hüceyrə-toxuma dəyişikliklərini göstərməyə imkan verir. Belə ki, yüksək fəallıq dərəcəsinə malik (III dərəcə) xronik gedişatlı 3 ildən 10 ilə qədər müddətdə qurdeşənəyinə tutulmuş SEQ-li xəstələr qrupunda dişəti bioptatlarında (odontogen infeksiyanın ağırlaşmadığı) 10 (66,7%) müşahidə damar dəyişikliklərinin dişəti toxumalarında aşkar olunan ikincili dəyişikliklərlə şərtlənməsini aşkar etmişdir.

Dişəti bioptatlarının tədqiqi zamanı səciyyəvi produktiv vaskulitlər (kapilyaritlər, venulitlər) aşkar olunmuşdur (şəkil 1).

Vaskulitlərin az miqdarda plazmatik hüceyrələr qatışığı ilə perivaskulyar limfohistiositar infiltrasiya vasitəsilə müşayiət edilməsi faktı da səciyyəvidir. Vaskulitlərin produktiv cəhəti əsasən xronik və yarımkəskin gedişatlı SEQ zamanı qlükokortikoidli terapiya ilə uzun müddət müalicə alan xəstələrdə qeyd olunmuşdur. Plazmatik hüceyrəli perivaskulyar limfohistiositar infltratlar damarlarla əlaqəli olmadan müşahidə edilmişdir. Kapilyarlarda və venulalarda endotel hüceyrələrin proliferasiyası, ayrı-ayrı damarlarda isə endotel hüceyrələrin şişməsi, nüvələrin yuvarlaqlaşması müşahidə olunmuşdur ki, bu da qurdeşənəyi prosesinin patoqnomonik əlamətinə aiddir (şəkil 2).



Şək. 1. III fəallıq dərəcəli kəskin gedişatlı SEQ-li xəstə. Produktiv vaskulit, endo- və peritelial hüceyrələrin proliferaiyası. Hemotoksilin-eozinlə boyanma.



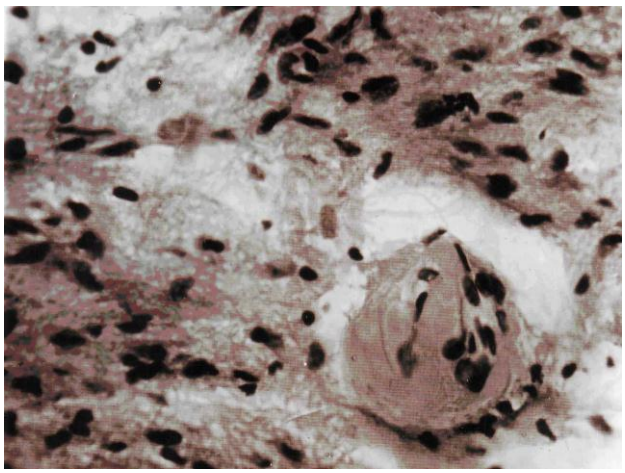
Şək. 2. III fəallıq dərəcəli xronik gedişatlı SEQ-li xəstə. Produktiv vaskulit, iltihabi infiltrasiya ocağında nüvə patologiyası. Hemotoksilin-eozinlə boyanma.

Damarlarda bazal membranın şişməsi və qalınlaşması, həmçinin sklerotik dəyişikliklər qeyd olunmuşdur. Müşahidələrin yarısında hüceyrələrin sitoplazmasında böyük vakuolların olması ilə ifadə olunan epitel hüceyrələrinin əhəmiyyətli distrofik dəyişiklikləri müşahidə olunmuşdur.

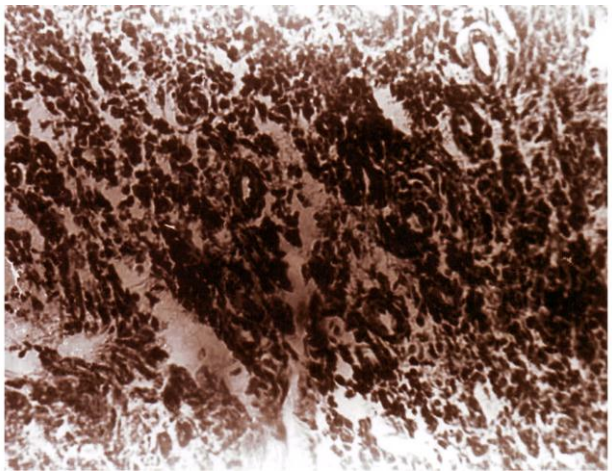
SEQ-li xəstələrin qurdeşənəyi prosesinin müxtəlif fəallıq dərəcəli müşahidə qrupunda dişətinin bioptatlarında (xroniki odontogen infeksiya ilə fəsadlaşmış) epitelin, birləşdirici toxuma qatının və damarların nəzərə çarpan dəyişiklikləri aşkar edilmişdir.

Müşahidələrin 5-də (33,3%) aşkar olunan produktiv vaskulitlər (kapilyaritlər, vekulitlər) endo- və peritelial hüceyrələrin üstünlüyü ilə, daha böyük damarların zədələnməsi ilə fərqlənmişdir.

Bütün hallarda vaskulitlər azsaylı plazma hüceyrələrinin mövcudluğu ilə nəzərə çarpan limfohistiositar infiltrasiya ilə müşayiət olunmuşdur. Bundan başqa limfohistiositar infiltratlar əsasən məməcikli və birləşdirici-toxuma laylarında damarlarla əlaqədar olmadan qeyd olunmuşdur.



Şək. 3. III fəallıq dərəcəli xronik gedişatlı SEQ-li xəstə. Damar divarlarının hialinozu. Hemotoksilin-eozinlə boyanma.



Şək 4. Damar divarlarının sklerozu, dişətinin selikli qişasının birləşdirici-toxuma layının kollagen liflərinin şişməsi. Hemotoksilin-eozinlə boyanma.

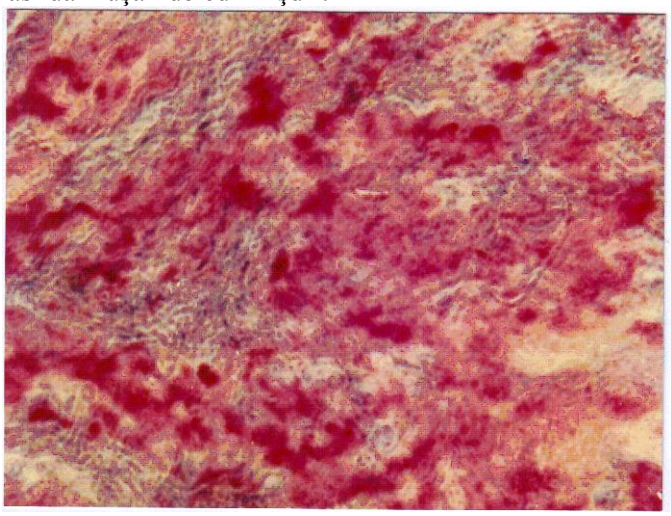
Müşahidələrin 4-də (26,7%) hüceyrə sitoplazmasında böyük vakuolların aşkar olması ilə nəzərə çarpan epitel distrofiyası qeyd olunmş, sonra epitel atrofiyası, akantoz, parakeratoz əlamətləri aşkarlanmışdır. Bu patoloji əlamətlər tinktorial kollagen liflərin dəyişikliyi, dişəti laylarının məməcikli və torlu skleroz və hialinoz əlamətləri şəklində meydana çıxmışdır (şəkil 3,4).

Kəskin və yarımkəskin gedişatlı SEQ zamanı həmçinin odontogen infeksiyası olmayan müşahidə qruplarında damarların sklerozu və hialinozu aşkar olunmuşdur. Lakin dişətinin selikli qişasının məməcikli və torlu birləşdirici-toxuma laylarında dəyişikliklər əvvəlki qrupdan fərqli olaraq (yəni xroniki odontogen infeksiyada laylanma olmadan) daha kəskin ifadə olunmuşdur.

Odontogen infeksiya ilə ağırlaşmış dişətinin saydığımız bütün morfoloji dəyişiklikləri, yəni aşkar olunan morfoloji əlamətlər odontogen infeksiyanın xarakterindən və ağırlıq dərəcəsindən asılı olan iltihabi infiltratın üzə çıxdığı fon rolunu oynamışdır. Belə ki, kariesli proses nəticəsində dağılmış dişlər nahiyəsindən götürülmüş 3 dişəti bioptatında (20,0%), birləşdirici-toxuma laylarında tərkibində leykositlər olan limfohistiositar infiltratlar yerləşmişdir. Damarlarda distrofiya və epitel soyulması, həmçinin plazmatik hopdurma qeyd olunmuşdur (şəkil 5).

Xroniki periodontitin ağırlaşma vəziyyətində çoxsaylı leykositlər və mikrob cisimləri (streptokokkların, stafilokokkların və s.) aşkar edilmişdir.

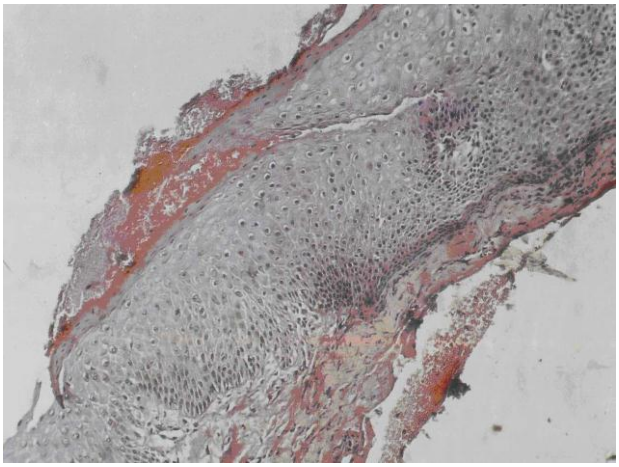
Qeyd etmək lazımdır ki, dişəti toxumalarında həmçinin tosqun hüceyrələrin deqranulyasiyası fonunda onların miqdarının azalması da müşahidə edilmişdir.



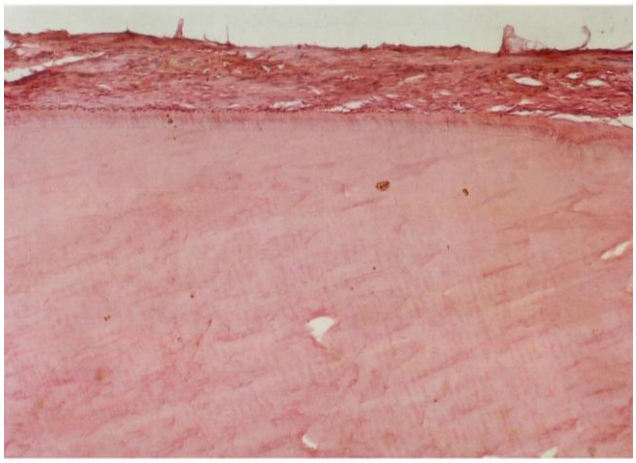
Şək. 5. II fəallıq dərəcəli xronik gedişatlı SEQ-li xəstə. Perivaskulyar birləşdirici toxumanın, kollagen liflərin plazmatik hopdurulması. Veyqert üzrə boyanma.

İltihabi infiltratlarda Russel cisimciklərinin formalaşması, fibroblastların sayının artması, damar divarlarının qalınlaşması ilə çoxlu miqdarda plazmatik hüceyrələrin iştirakı diqqəti cəlb etmişdir (şəkil 6).

Morfohistoloji sümük toxumalarına gəldikdə isə (dişlərarası arakəsmələrin) uzun müddət xəstə olan yüksək fəallıq dərəcəli (III dərəcə) SEQ-li xəstələrin 2-nin (13,3%) sümük bioptatlarında hialinoz sahələrlə sümük struktursuzluğu (boşluğu) aşkarlanmışdır (şəkil 7).



Şək. 6. III fəallıq dərəcəli xronik gedişatlı SEQ. Epitel liflərin qalınlaşması, fibroz epitelaltı birləşdirici toxuma əsasının dəyişməsi, qansızmalar.



Şək. 7. Xronik gedişatlı SEQ. Sümük toxumasında struktursuzluq, bəzi yerlərdə hialinoz.

Müxtəlif intensivlikli damar dəyişikliklərinin xüsusiyyətlərinin müqayisəsi zamanı produktiv vaskulitlərin bütün qruplarda eyni tezlikdə rastlanması müşahidə olunmuşdur.

Aparılan müayinə və müşahidələr göstərdi ki, bütün SEQ-li xəstələrdə ağız boşluğu toxumasının xüsusiyyətləri, odontogen infeksiyanın ağırlaşmasının spesifik xüsusiyyəti ilə müxtəlif dərəcəli dəyişikliklər birləşdirici toxumanın diffuz xəstəlikləri zamanı baş verən xroniki gingivitin morfoloji görünüşünə və xüsusilə ümumpatoloji dəyişikliklərə uyğun gəlir.

Morfoloji müayinələrin nəticələri daha parlaq dəyişikliklərin fəal qurdeşənəyi prosesli xəstələrdə, həm də yarımkəskin və xroniki gedişatlı SEQ zamanı olduğunu qeyd etməyə imkan verir. Toxuma patologiyasının səciyyəvi əlamətləri plazmatik hüceyrələrin qatışığı ilə lomfohistiositar infiltratlar, nüvə patologiyası və produktiv vaskulitlərdir.

Qeyd etmək lazımdır ki, patoloji prosesin kəskinləşməsi diffuz və diffuz-ocaqlı limfoplazmositar infiltrasiyalı, nüvə patologiyalı, eləcə də damar divarlarının və kollagen liflərin plazmalı qan zülalları ilə hopdurulması şəklində meydana çıxır. Sümük bioptatlarının (dişlərarası arakəsmələrin) patologiyasına gəldikdə isə onlar nadir hialinoz sahələri və sümük toxumasının struktursuzluğu ilə xarakterizə olunur.

Beləliklə, ağız boşluğunu yumşaq və sümük bioptatlarının morfohistoloji müayinəsi dişətində vaskulit sahələrini, damar divarlarının dağılmasını, kollagen liflərin homogenizasiyasını, geniş skleroz və hialinoz sahələri ilə birləşdirici toxumanın dezorqanizasiya əlamətlərini, daha sonra nüvə patologiyasını, distrofik, sklerotik və atrofik xarakterli epitel pozulmalarını, hiperkeratoz və parakeratoz təzahürlərini, stromanın immun iltihabını göstərir. Bütün bunlar toxumalarda SEQ zamanı əsas xəstəliklə əlaqədar olan ümumi mikroangiopatiyanın inkişafı haqqında elmi konsepsiyanın təsdiq olunmasına təsir göstərir. Belə ki, dişəti toxumasında müxtəlif ölçülü damarların boşalması və skleroz, vaskulit sahələri, hüceyrə infiltrasiyasının iltihabi-distrofik əlamətləri, sümük toxumasının struktursuzluğu və s. müəyyənləşməsi yalnız morfoloqlar üçün deyil, həm də klinisistlərin məlumatlandırılması üçün zəruridir.

ƏDƏBİYYAT

1. Qorbaçova İ.A., Kirsanova A.İ., Orexova L.Y. Yayılmış parodontitin müalicə və patogenezinin ümumi somatik aspektləri. // Stomatologiya, 2001, №1, c.26-34.
2. Hüseynova T.H., Musayev S.K. Revmatoid artrit zamanı sümük toxumalarının morfoloji dəyişikliklərinin polimorfizmi. // Revmatologiya, "Revmatik xəstəliklərin müalicə və stomatologiyasında yeniliklər", 2000, № 4, s. 53.
3. Hüseynova T.H., Musayev S.K., Əliyev M.A. Revmatoid artrit zamanı üzün sümük əsasının zədələnməsi. / Xəzər ölkələrinin stomatoloqlarının və üz-çənə cərrahlarının konfransı. Tbilisi, 2000, 2, 26.

4.Elubayeva V.İ. Antifosfolipid sindromlu sistem eritematoz qurdeşənəyi xəstələrində periferik damarların vəziytətinin klinik-instrumental qiymətləndirilməsi. // Tibb elmləri namizədi alimlik dərəcəsi almaq üçün dissertasiya işi. M., 1993, 182c.

5.Mesina İ.V., Arişnov A.V. Sistem eritematiz qurdeşənəyi xəstələrində qanın hiperkoaqulyasiyalı vəziyyətinin təshihi. // Klinik revmatologiya, 2003, № 2, c.260

Резюме

Морфологическая характеристика изменений в мягких и твердых тканях и костях при системной эритематозной волчанке

Дж.Х.Зейналова

Морфогистохимические исследования при таком тяжелом и сложном болезне, как системная эритематозная волчанка основывается на специфические патологические признаки. Фибриноидные изменения, поражение всей сосудистой системы организма, атомная патология, а также ее деформация является специфическим признаком. При СЭВ у больных без одонтогенной инфекции наблюдается склероз и гиалиноз сосудов. Все это способствует признании научной концепции о развитии общей микроангиопатий при СЭВ.

Summary

Morphological characteristics of the soft, hard and bone tissues changes in in systemic lupus erythematosus (SLE)

Zh.G.Zeynalova

In such severe complicated disease as SLE, morphological testing of cell and tissue structure are based on typical pathological sings. Typical sings of the tissues are fibrinoid changes and damage of all vessel, nuclei phatology, i.e. its deformation. In acute and subacute course of SLE, as well as in testing groups without odontogen infection sclorosis and hyalinosis of the vessels have been abserved all above mentioned aproves development of general microangiophaty in SLE of tissues associated with basic disease.

Daxil olub: 11.10.2016

ВОЗМОЖНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ РЕКОМБИНАНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ.

О.А. Кулиев, Ф.Х. Ахмедов, Ф.Р. Гусейнова, Г.И. Бахшалиева

Азербайджанского медицинский университет, кафедра клинической фармакологии; Государственная Миграсионная Служба Азербайджанской Республики, г.Баку

Açar sözlər: rekombinant preparatlar, sitokinlər, interleykinlər
Ключевые слова: рекомбинантные препараты, цитокины, интерлейкины
Key words: recombinant preparations, cytokines, interleukins

Производство рекомбинантых препаратов основано на генноинженерных технологиях. Принцип создания данных препаратов заключается в том, что распознается участок ДНК человека, ответственный за синтез нужного белка. Этот участок ДНК вырезается и встраивается в ДНК живой бактерии. Пересаженный участок ДНК человека в бактерии начинает работать и синтезировать нужные белковые молекулы. Препараты, полученные таким способом, называют рекомбинантными препаратами [2].

В настоящее время рекомбинантные препараты распределены на следующие группы:

1. а) Цитокины: интерфероны, интерлейкины, б) Факторы роста клеток костного мозга: колониестимулирующие факторы,эритропоэтины .
2. Гормоны.
3. Факторы свертывания крови.
4. Ферменты.
5. Вакцины.
6. Моноклональные антитела.
7. Ген-инженерные структуры(конструкции).

Цитокины-полипептиды, способные к регуляции защитных реакций
организма через специфические клеточные рецепторные комплексы [1].

В клинической практике существует три направления использования цитокинов:

1. Цитокиновая иммунотерапия при их недостатке в организме.
2. Антицитокиновая терапия при их избытке в организме.
3. Цитокиновая генотерапия, применяемая для профилактики

Малигнизации [4].

Что касается интерферонов, то они вырабатываются организмом в ответ на проникновение вирусов. Выделено три типа интерферонов человека:альфа-бета-гамма.

Интерфероны-альфа и бета вырабатываются во всех клетках организма. Гамма- синтезируются в Т-лимфоцитах и NK-клетках. Основные эффекты интерферонов: противовирусный, противомикробный, иммуномодулирующий [6].

Зарегистрированы ряд препаратов альфа интерферонов: роферон-А, интрон-А, реальдирон. Два первых имеют пролонгированную форму: Пегасис и Пегинтрон.

Технология переливания основана на коньюгации полипептидов с молекулой полиэтиленглюколя, которая защищает их от разрушения сывороточными ферментами.

В результате этого период полураспада активного вещества удлиняется на несколько суток и терапевтическая эффективность препарата повышается. На основе рекомбинантного интерферона-альфа-2б выпускаются разнообразные препараты:

1. Реаферон*ЕС, 2. Интераль, 3. Виферон, 4. Кипферон, 5. Гиаферон, 6.Генфер он, 7. Гриппферон,

8. Офтальмоферон, 9. Герпферон, 10. Инфагель, 11. Реаферон-ЕС липинит [5].

Касательно интерлейкинов, то они делятся на противовоспалительные цитокины, ростовые и дифференцировочные факторы лимфоцитов, хемокины, отдельные регуляторные цитокины. Освоен выпуск двух препаратов: Беталейкина(ИЛ-1) и РонколеЙкина(ИЛ-2). Одно из основных свойств Беталейкина заключается в его способности одновременно стимулировать функции и увеличивать число лейкоцитов в тех случаях, когда отмечается Лейкопения.

Препарат Ронколейкина-Пролейкин (США)-усиливает пролиферацию т лимфоцитов, усиливает образование иммуноглобулинов В-клетками. вцелом, Пролейкин обладает иммуномодулирующим действием, направленным на усиление противобактериального, противовирусного, противогрибкового иммунного ответа [4].

Ген-инженерные технологии позволяют контролировать факторы роста клеток костного мозга, при этом препараты, влияющие на четыре ростовых фактора уже существуют:

1. Колониестимулирующие- факторы роста лейкоцитарного ростка костного мозга-грамостин, филгастин, леногрстим.

2. Фактор роста эритроидного ростка костного мозга- Эритропоэтин или Эпотин -альфа-Эпрекс, Эритростим, Эпоэтин-бета -Рекормон, Эпокрин.

3. Рекомбинантные колониестимулирующие факторы для гранулоцитов Филграстиншрепарат Нейпоген) и Леногрстин(препарат Граноцит). (США) и Нейтростим.Россия).

4. Факторы некроза опухоли и другие цитокины-Задоксин(США) средство для лечения хронических гепатитов В и С в комбинации с пегилированным альфа-интерфероном.

По своим свойствам Задоксин аналогичен человеческому тимическому . пептиду тимозину-альфа-l, однако получают его не генно- инженерным способом, а синтезируют химическим методом [2].

Гормональные рекомбинантные препараты представлены в первую очередь человеческими инсулинами (10.12), их около-40. Рынок практически полностью принадлежит фирмам Novo Nordiks,Eli Lily, Aventis. Из других рекомбинантных гормональных препаратов следует отметить человеческий гормон роста-сомототропин, зарегистрированный под торговыми названиями Биосома, Гонадотропин, Хуматроп, Нордитропин, Сайзен. Соматропин используется при генетически обусловленном дефиците роста у детей [5].

Фолликулостимулирующий гормон представлен рекомбинантным препаратом Гонал-Ф (фоллитропин альфа) и Пурегон(фоллитропин бета) Данные препараты применяются для стимуляции овуляции [5].

Нарушение факторов свертывания крови при гемофилии А, обусловленное дефицитом фактора VHI и при гемофилии В-дефицит фактора IX. Гемофилия В встречается в 5 раз реже гемофилии А.

Генетический дефект может быть достигнут заместительной терапией чистыми концентратами рекомбинантных факторов VHI-IX [2].

Тромболитическая терапия в кардиологии и неврологии в настоящее время основана на применении рекомбинантных тканевых активаторов плазминогена представленными препаратами - Метализе(тенектеплаза), Актилиза, Атеплаза, Пуролаза, Гемаза(рекомбиннтне Проурокиназа). В пульманологии у больных с муковисцедозом применяют в виде ингаляций для разжижения вязкой мокроты рекомбинантный альфа-ДНК-азы Пульмозин [7].

Рекомбинантные вакцины, представленные против гепатита В, позволяют снизить ее распространение. Зарегистрированы следующие вакцины против гепатита В: Энджерикс В (Англия), Эувакс (Франция), НВ Вакс П (Япония), Биовак- В (Индия), Шанвак (Индия), Регевак В. (Россия). [6,11].

Близко к рекомбинантным препаратам стоят моноклональные антитела по механизму действия являются антицитокиновыми, так и цитотоксинами. Зарегистрированы шесть моноклональных антител с антицитокининовым характером действия: Симулект (базиликсимаб), Зенапакс (Дакликсимаб) (Швецария)-профилактика отторжения пересаженной почки, Ремикейд(инфликсимаб) (США)-ревматоидный артрит, болезнь крона, Мабтера (ритуксимаб) (Швецария, США)-В- клеточные неходжинские лимфомы, герцептин (трастузумаб) (Швейцария,США)-против рецептора ростового фактора человека (HER-2), Реопро (абциксимаб) (Нидерланды,США)-моноклональные антитела против рецепторов тромбоцитов-антигрегантная терапия [2].

В настоящее время перспективными разработками генной-инженерии являются новые конструкции (структуры), которые позволяют влиять на процессы ангиогенеза с образованием новых сосудов, что так важно в практической кардиологии, диабетологии, ангиологии. Таким препаратом является- Ангиогенин (Россия) [13].

Таким образом, ген-инженерные разработки рекомбинантых препаратов могут применяться в сегменте наиболее распространенных терапевтических заболеваний и диктуют необходимость их скорейшего внедрения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеева Ж.Ж., Алпатова И.А., Медуцин Н.В. Препараты системы цитокинов | Доклад на Международной научно-практической школьной конференции Цитокины, Воспаление. Иммунитет/ СПб, 2002, т.l, №22, с.33.

2. Гемостаз / Под редакцией Петрищева Н.Н.и др. СПб, 1999, с 117

3. Диагностика и лечение ОИМ с подъемом сегмента ST ЭКГ. Российские рекомендации, Разработанные Комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов 2007

4. «Дирежеры» межклеточных взаимодействий- цитокины часть 2. интерлейкины // Аллерголгия иммунология в педиатрии, 2011, N22, с.44-48.

5. Кулиш Д.М. Случиться ли у нас-Био-инжинерная революция? // Фармацевтический вестник, 2005, №2, с.27.

6. Красильников И.В. Лерспективы развития рынка рекомбинантных препаратов // Фармацевтический вестник, 2005, №2, с.26.

7. Максименко А.В., Тищенко Е.Г., Комбинированный тромболизис-новое направление исследования активаторов плазминогена третьего покаления // Вопросы биологической, медицинской и фаркологической химии, 2000, №21, с.l2-13.

8. Малявина. А.Г. Респираторная медицинская реабилитация Практическое руководство для врачей: Практическая медицина. М., 2006, 416с.

9. Симбирцев А.С. Цитокины-медиаторы защитных реакций организма / Доклад на Международной научно-практической школьной конференции Цитокины, воспаление. «Иммунитет», Санкт-Петербург, 23 - 26 июня, 2002 г // Цитокины Воспаление, 2002, №22, с.8-39.

10. Степанов А.В., Родионов П.П. Байдусь А.Н. и др. Отечественный инсулин- препарат мирового качества // Terra Medica Nova, 2005, №2-1, с.48-49.

11. Противогерпетические препараты. Справочник / Под редакцией О.А.Мирошника. Омск, 2010, 204 с

12. Moller D.E., Flier J.F. Insulin reistance:mecyanism,syndromes and implications // New Engl.J.Med., 1994, v.5, p.36.

13. Hu G.F., Riordan J. F., Valleebl Aputativ angiogenenin receptor in angiogenin-responsive Human endothelial cells // Proc.Natl.Acad Sci., 1997, v.94(б), p.2204-9.

Xülasə

Terapevtik klinikada rekombinant preparatların mümkün istifadəsi

O.R.Quliyev, F.X.Əhmədov, F.R.Hüseynova, Q.İ.Baxşəliyeva

Rekombinant preparartların istegsalı gen-mühəndisiliyi texnologiyalarına əsaslanır. Həmin preparatların yaradılması prinsipləri ondan ibarətdir ki, lazımi zülalın sintezinə cavabdeh olan DNT sahələri tanınır. DNT-in bu sahəsi kəsilir və cnlı bakteriyanın DNT sırasına düzülürü. Rekombinant preparatların gen-mühəndisliyi işləmələri daha geniş yayaılmış terapevtik seqmentlərdə istifadə edilə bilər və gələcəkd tezliklə tətbiq edilcəyini diktə edir.

Summary

Possible use of recombinant drugs in therapeutic clinic.

O.A.Kuliyev, F.Kh.Ahmedov, F.R. Huseynova, G.I.Bahshaliyeva

The production of recombinant drugs is based on genetically engineered technologies. The principle of creating these drugs is that the region of human DNA that is responsible for the synthesis of the desired protein is recognized. This section of DNA is excised and embedded in the DNA of a living bacterium. Gene-engineering development of recombinant drugs can be used in the segment of the most common therapeutic diseases and dictate the need for their early implementation.

Daxil olub: 20.09.2016

ПОКАЗАТЕЛИ КАЛИЯ, НЕОРГАНИЧЕСКОГО ФОСФОРА, КАЛЬЦИЯ И НАТРИЯ В СМЕШЕННОЙ СЛЮНЕ ПАЦИЕНТОВ С ГАЛЬВОНОЗОМ ПОЛОСТИ РТА

Н.В. Кулиев, Ф.Ф. Гасанов, С.Н. Курбанов, А.В.Оруджов

Азербайджанский медицинский университет, г.Баку

Açar sözlər: *qlvanoz,* kalium, qeyri-üzvi fosfor, kalsium, natrium, tüpürcək, müayinə

Ключевые слова: гальваноз, калиум, неорганическтй фосфор, кальциум, натриум, слюна, исследование,

Key words: galvanose, potassium, inorganic phosphorus, calcium, sodium, saliva, research

Постоянно возрастающий объем ортопедической стоматологический помощи населению и связанное с этим широкое использование различные металлов обусловливает необходимость изучения реакции тканей полости рта на введение металлический считается проблема «гальванизма», непосредственно возникающая при использовании различных сплавов металлов для зубного протезирования.

В виду того, что слюна содержит различные химические вещества, многие из которых находятся в ионизированном состоянии, она является электролитом. В связи с этим в полости рта могут возникать условия для образования гальванических элементов после изготовления различных металлических зубных протезов, которые, генерируя электрические токи, могут оказывать отрицательное воздействие на организм человека [2,3,4,5,6].

До настоящего времени недостаточно изучены биохимические критерии смешанной слюны на фоне гальваноза полости рта, в том числе и показатели кальция, натрия, калия и неорганические фосфора, влияющие на химизм слюны и биологические процессы в полости рта.

Цель исследования- изучение показателей некоторых микроэлементов в смешанной слюне пациентов с различным уровнем электрохимического потенциала полости рта.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 73 пациентов (26 мужчин и 47 женщин) в возрасте от 20 до 60 лет, обратившихся за консультативной и лечебной помощью в стоматологическую клинику АМУ с жалобами на непереносимость металлических зубных протезов в полости рта.

Всем больным измеряли величины электрических потенциалов полости рта с помощью электропатенциометра ЭФА-1, предложенного нами (удос. На рац.предл. №396 от 20.06.2000 г.). Согласно показаний электрохимических измерений между металлическими включениями в полости рта и жалоб пациентов, они были разделены на две группы.

Первую группу составили 32 больных с диагнозом гальваноз полости рта; вторую группу 21 больной без гальваноза полости рта. 20 человек составили контрольную группу, не имеющих в полости рта металлических зубных протезов.

Определение Са, натрия, калия и неорганического фосфора в смешанной слюне проводили методом плазменной фотометрии и калориметрическим методом [7].

Таблица 1

Сочетание разновидностей металлических включений

Сочетание металлов	Общее число (n=73)	В том числе	
		муж. (n=26)	жен. (n=47)
Только из золота	12 (11,0%)	5(2,9%)	14(8,1%)
Только из КХС (металлокерамика)	12 (12,7%)	4(2,3%)	18
Золото-нерж.сталь	13(18,5%)	8(4,6%)	(10,4%)
золото-нерж.сталь+нитрид титана	14 (19,7%)	10	24
Нерж.сталь-нерж.сталь+нитрид титана. КХС, СП	12(12,1%)	(5,8%)	(13,9%)
Только из нерж.стали	7(13,3%)	3 (1,7%)	24
Нерж.сталь-нерж.сталь+нитрид	3(12,7%)	10	(13,9%)
Титана-серебряная амальгама		5,8%	18
		9(5,2%)	(10,4%)
			13(7,5%)
			13(7,5%)

Полученные результаты и их обсуждение. Сочетание разновидностей металлических включений в полости рта у пациентов представлены в таблицы 1. Материалами для зубного протезирования применяются, в основном, золото, нержавеющая сталь, кобальто-хромовый сплав, нитрид титана.

В группе больных с гальванозом полости рта 32 пациентов между разнородными металлами зубных протезов возникают довольно высокие электрохимические потенциалы (табл. 2) и изменяется pH слюны.

Показатели электрохимического потенциала и pH в смешанной слюне у лиц без гальваноза полости рта были значительно низкими, а pH у них и в контроле близкими к нейтральной.

В литературе имеется сравнительно мало работ по изменениям состава слюны при протезировании полости рта несъемными металлическими зубными протезами, изготовленными из разнородных металлов и развывшимися гальванозом полости рта.

Таблица 2

Показатели электрохимического потенциала и pH в основной группе (число обследованных 73)

Сочетание металлов	Число обследованных	Электрохимический потенциал (мВ)	pH
Золото-сталь	10	357 (200-500)	7,85(7,2-8,4)
Золото-сталь+нитрид титана	7	352(200-510)	7,65(7-8,3)
Золото-среб.амальгама	9	153 (120-180)	6,95(6,3-7,4)
Золото-КХС	7	247(120-180)	7,15(6,4-7,8)
Золото-СП-сталь	8	189 (90-270)	6,95 (6,4-7,5)
Сталь-сталь	9	381 (130-620)	8,38(7,4-8,8)
Сталь-сталь+нитрид титана	9	364 (150-560)	8,25(7,5-8,7)
Сталь-серебр.амальгама	6	240 (120-350)	8,15(7,5-8,6)
Сталь+нитрид титана-серебряная амальгама	8	180 (120; 240)	8,35(7,8; 8,9)

Разнометаллическое протезирование не однозначно отражается на показателях содержания исследуемых величин Са, К, Na и Р. В целом, можно констатировать факт повышения содержания кальция в слюне. Если в группе здоровых лиц, не имеющих в полости рта металлических зубных протезов, содержание кальция в слюне было на уровне 1,2±0,02 (1-1,22)мл/л, то его уровень у лиц с металлическими протезами, но без явлений гальванизма, остается почти неизменным (табл. 4)

Однако на фоне сочетания металлов золото-сталь в полости рта у больных и выраженных показателях электрохимического потенциала в полости рта, показатели содержания кальция в слюне статистически достоверно повышается- 1,60±0,05 (p_1<0,001; p_2<0,01) и остаются почти на этом же уровне при сочетании металлов сталь-сталь, а также золото-сталь-КХС-нитрид титана- соответственно на уровне 1,59±0,05 (p_1<0,001; p_2<0,01) и 1,56±0,05 (p_1<0,001; p_2<0,01).

Таблица 3
Показатели электрохимического потенциала и pH и в 1-й и во 2-й группах сравнения

Сочетание металлов	Число обследованных	1-я группа сравнения		2-я группа сравнения
		Электр.пот. в мВ	pH	
Золото-золото	5	19,6(15-25)	6,76 (6,5-6,9)	6,96 (6,6-7,2)
Металлокерамика-металлокерамика	4	27,3(25-30)	7,05(6,9-7,2)	
Золото-нерж.сталь	3	39,1(25-50)	7,38 (7,1-7,6)	
Золото-нерж.сталь+нитрид титана	4	38,6(30-45)	7,41(7,2-7,8)	
Золото-КХС-СП-нерж.сталь	5	36,6(25-40)	7,50 (7,3-7,9)	

Таблица 4
Содержание Ca, K, Na и P в слюне обследованных (в,мг%) и (мл/л) M±m (min-max)

Группы обследованных	Показатели			
	Ca, мл/л	K,мг%	Na. мг%	P, мл/л
(контрольная) без метал.протезов в полости рта, n=14	1,12±0,22 (1-1,22)	80,5±1,2 (74-85)	38,3±0,73 (34,4-41,5)	6,05±0,03 (5,9-6,2)
(контрольная) с металлич. протезами в полости рта, но без гальваноза n=13	1,22±0,11 (0,67-2)	78,5±1,8 (71-84)	35,8±0,81	5,35±0,11 (4,68-5,78)
P_1	>0,05	>0,05	>0,05	<0,001
гальваноз полости рта сочетание металлов золото-сталь, n=14	1,60±0,05 (1,4-1,9)	65,3±1,24 (55-75)	32,4±0,7 (27-35,3)	4,69±0,02 (4,5-4,8)
P_1	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
P_2	<0,01	<0,001	<0,01	<0,001
гальваноз полости рта сочетание металлов сталь-сталь, n=16	1,59±0,050 (1,2-2)	68,3±0,98 (59-76)	30,2±0,69 (23,3..34,2)	4,77±0,98 (4,2-5,7)
P_1	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
P_2	<0,01	<0,001	<0,001	<0,001
гальваноз полости рта сочетание металлов золото-сталь- нитрид титана, КХС-серебр.амальгама, n=15	1,56±0,05 (1,23-1,9)	69,5±1,06	30,5±0,94 (24,6-35,1)	4,63±0,1 (4-5,4)
P_1	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
P_2	<0,01	<0,001	<0,001	<0,001

Наряду с этим отмечается статистически достоверное снижение уровня калия в слюне на фоне металлических протезов и явлений гальваноза полости рта.

Если в группе здоровых пациентов, без металлических зубных протезов, уровень калия в слюне равен 80,5±1,2мг%, то этот показатель несколько ниже у лиц с металлическими протезами, но без явлений гальваноза полости рта- 78,5±1,18 мг% (p_1>0,05). Заметное и статистически достоверное снижение уровня калия в слюне наблюдается на фоне разнометаллического протезирования, сопровождающегося высоким уровнем электрохимического по потенциала в полости рта. Так, в случаях сочетания 120-200 мВ, наблюдается снижение уровня калия в слюне до 65,3±1,24мг% (p_1<0,001; p_2<0,001), а при сочетании – сталь-сталь и уровне электрохимического потенциала до 500-620 мВ до 68,3±0,98мг% (p_1<0,001; p_2<0,001).

Содержание уровня Na в слюне у больных контрольной группы колеблется в пределах 38,3±0,73 мг% все же наблюдается некоторое его снижение у больных с металлическими протезами, но без явлений гальваноза полости рта 35,8±0,8мг% (p_1<0,05).Однако на фоне гальваноза в полости рта и сочетания металлов в полости рта, уровень Na в слюне статистически достоверно снижается до: 32,4±0,7мг% (p_1<0,001; p_2<0,001)при сочетании металлов сталь-сталь и 30,5±0,94мг% (p_1<0,001; p_2<0,001) при сочетании металлов золото-сталь-КХС-нитрид титана.

Статистически достоверное снижение уровня фосфора в слюне также характерно для больных с разнометаллическим зубным протезированием и выраженным электрохимическим потенциалом в полости рта. Если в 1-й контрольной группе этот показатель в норме на уровне -5,35±0,11 (p_1<0,001) то во 2-й контрольной группе у лиц с металлическими протезами, но без явлений гальванизма, уже на уровне – 5,35±0,11 (p_1<0,001). Развитие гальванизма полости рта на фоне сочетания металлов золото-сталь статистически достоверно снижает уровень неорганического фосфора, причем до 4,69±0,02 мл/л (p_1<0,001;p_2<0,001); при сочетании металлов сталь-сталь – 4,77±0,98 (p_1<0,001;p_2<0,001) и при сочетании металлов золото-сталь –КХС –нитрид титана при уровне электрохимического потенциала до 300-350 мВ-4,63±0,1мл/л (p_1<0,001;p_2<0,001).

Таким образом, в смешанной слюне больных отмечается характерное возрастание уровня Са и снижение уровня К, Naи неорганического фосфора, что, по-видимому, связано с явлениями электрохимической диссоциации в полости рта на фоне развивающегося гальваноза полости рта.

Полученные данные могут быть диагностическими критериями при установлении скрытых форм гальваноза полости рта на фоне разнометаллического протезирования полости рта, а также при дифференциальной диагностике гальваноза полости рта со схожими патологическими симптомами в полости рта соматической этиологии.

Выводы. На фоне гальваноза полости рта наблюдается статистически достоверное повышение уровня Са до 1,59±0,05 (в контроле 1,12±0,02мл/л) и снижение уровней калия до 65,3±1,24мг% (в контроле 80,5±1,2мг%); натрия –до 30,2±0,69 мг% (в контроле – 38,3±0,73мг%); неорганического фосфора – до 4,63±0,1 мл/л (в контроле 6,05±0,03 мл/л).

ЛИТЕРАТУРА

1. Балазин С.А., Парфенов Г.С. Основы физически и коллоидной химии. М.: «Просвещение» 1964, 455 с.

2. Гожая Л.Д. Заболевания слизистой оболочки полости рта, обусловленные материалами зубных протезов (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика): Автореф. дисс. … докт. мед.наук. М., 2001, 53с.

3. Детинич Л.М. О содержании лейкрроэлемента хрома в слюне при наличии несъемных протезов / Проблемы ортопедической стоматологии. Вып. I, Киев, 1966, с.39-43

4. Марулиди Р.Г. Центральные и периферические механизмы синдрома жжения полости рта: Автореф. дисс. …канд. мед.наук. М., 2001, 26 с.

5. Пырков С.Т. Гальваноз при пользовании зубными протезами из нержавеющей стали с покрытием из нитрида титана / Тез. Докл. годич. Научно-практической конференции врачей ОКБ №1, Свердловск, 1988, с.90-91.

6. Рубежова И.С. О патологическом симптомов комплексе при наличии в полости рта разнородных металлических протезов и пломб: Афтореф. дис…..канд.мед.наук. Л., 1963, 16 с.

7. Smith H.I., Bauer P.I. // Biochemistry, 1979, v.18, p.5067-5073.

Xülasə

Ağız boşluğunun halvanozu ilə əlaqədar pasiyentlərin qarışıq ağız seliyində kalsium, natruum, kalium və qeyri-üzvi fosforun göstəriciləri

N.V. Quliyev, F.F. Həsənov, S.N. Qurbanov, Ə.V.Orucov

Qalvanoz olan, müxtəlif metal diş protezlərindən istifadə edən və ağız boşluğunun yüksək elektrokimyəvi potensialına malik 73 xəstədə və ağız boşluğunun halvanozu olmayan və müxtəlif diş

protezlərindən istifadə edən və halvanozu olmayan aşağı elektrokimyəvi poyensialla 21 pasiyentdə qarışıq ağız seliyində kalsium, natrium, kalium və qeyri- üzvi fosforun tərkibi öyrənilmişdir. Qarışıq ağız seliyində kalsiumun səviyyəsinin yüksəlməsi və natrium, kalium və qeyri-üzvi fosforun səviyyəsinin azalması müəyyən edilmişdir.

Summary

İndicators of calcium, natrium,potassium and non-organic phosphor in mixed saliva of patients with galvanosis of oral cavity

N.V. Quliyev, F.F. Hasanov, S.N. Qurbanov, A.V.Orujov

The content of calcium, natrium, potassium and non-organic phosphor in mixed saliva at 73 patients with galvanosis of oral cavity, using various metallic dentures and high level of electrolytic potential of oral cavity and at 21patients without galvanosis of oral cavity, with various metallic dentures and low indicators of electrolytic potential of oral cavity was studied.

Daxil olub: 20.09.2016

NEFRONQORUYUCU CƏRRAHİYYƏ: ÜSTÜNLÜKLƏR, UĞURLAR, QÜSURLAR VƏ MÜBAHİSƏLİ MƏSƏLƏLƏR

S.B. İmamverdiyev, S.B.Mehtiyev

Azərbaycan Tibb Universiteti, urologiya kafedrası, Bakı

Açar sözlər: nefroqoruyucu cərrahiyyə, göstərişlər, nəticələr
Ключевые слова: нефропротективная хирургия, показания, результаты
Key words: nephroprotective surgery, indications, results

Uroloji cərrahlığın inkişaf səviyyəsi böyrəklərdə aparılan geniş həcmli əməliyyatlara, ilk növbədə radikal və genişləndirilmiş nefrektomiyalara, onların icrasına baxışları və yanaşmaları kəskin dəyişdirmişdir. Böyrəyin, xüsusilə tək böyrəyin travmaları, tək böyrəyin, həmçinin hər iki böyrəyin eynimomentli xəstəlikləri, ö cümlədən qeyri-şiş (sistlər, parazitar xəstəliklər) və həcmi xəstəlikləri böyrək toxumasının maksimal hədlərdə qorunması məsələsini ön plana çıxarmışdır. Xüsusilə transplantasiya olunmuş böyrəyin cərrahi xəstəlikləri onun mümkün səviyyələrdə qorunmasını və saxlanılmasını tələb edir.

İlk planlaşdırılmış nefrektomiya (NE) əməliyyatı 1869-cu ildə Heidelberg-də (Almaniya) Gustav Simon tərəfindən sidik fistuluna görə yerinə yetirilmişdir [1]. 1 il sonra hidronefrozlu xəstədə o, ilk hissəvi NE icra etdi [1]. 1884-cü ildə Wells S. böyrəkətrafı fibrolipoma ilə bağlı enukleasiya əməliyyatı zamanı bilməyərəkdən və təsadüfən böyrəyin 3-də bir hissəsini rezeksiya etdi [2]. Onkoloji xəstədə ilk orqansaxlayıcı əməliyyat (OSƏ) 1887-ci ildə Vienz Czerny tərəfindəm böyrəyin bədxassəli angiosarkomasına görə həyata keçirildi [3].

Yeni texnologiyalar cərrahlığına qədərki dövrdə böyrəyin şiş xəstəliklərinin yeganə cərrahi müalicəsi üsulu böyrəyin böyrəküstü vəzi ilə birgə ekstrafassial xaric edilməsi – NE hesab olunurdu. NE sadə, radikal və hissəvi olmaqla 3 qrupa ayrılır. Sadə NE zamanı yalnız zədələnmiş böyrək çıxarılır. RNE-ya böyrəkdən əlavə ətraf piy toxuması, Herot fassiyası, böyrəküstü vəzi, sidik axarının kranil hissəsi, regional limfa düyünlərinin xaric edilməsi səviyyəsində genişləndirilmiş əməliyyat aiddir [4]. Hissəvi rezeksiya zamanı böyrək toxumasının yalnız zədələnmiş hissəsi digər hissələrinə və ətraf toxumalara əsrgəyici yanaşmaqla xaric olunur [5]. Radikal NE-nın "qızıl standart" əməliyyat kimi icra edilmə tezliyi bir sıra obyektiv səbəblərdən azalmağa doğru gedir. Anagəlmə tək böyrəkdə və ya nefrektomiyadan sonra qalmış böyrəkdə və ya funksiya etməyən bilateral böyrəkdə şiş xəstəliyi məcburi (imperativ) əməliyyatların, yəni konservativ urocərrahiyyənin meydana çıxmasına və təkmilləşməsinə əsaslar yaratdı. Bu əməliyyatların nəticələri gözlənildiyindən də uğurlu oldu [6,7].

1950-ci ildə Vinsent Vermooten xərçəngə görə konservativ cərrahiyyəyə göstərişlər haqqında məlumat verdi. O, histoloji böyümə modeli nəzərə alınmaqla əksər kiçik şəffaf karsinomaları lokal rezeksiyaya göstəriş hesab etdi. Həmin ildə bu müəllif ilk dəfə NE əməliyyatına alternativ kimi nefronqoruyucu əməliyyatları (NQƏ, ingilisdilli elmi ədəbiyyatda Nephron sparing surgery (NSS)) əsaslandırdı "... xəstənin vəziyyətinin yaxşı olduğu zamanı hətta bədxassəli şişlər zamanı və ya uremiya ilə nəticələnmə ehtimalı yüksək olduğu hadisələrdə NE icra etmək mənasızdır. Hesab edirəm ki, metastazlaşma halları olmadıqda

böyrək qabığının kiçik şişlərinin xaric edilməsi yetərlidir. Belə əməliyyatın icrası həmişə məqsədə müvafiqdir" [8].

Keçən əsrin ortalarından başlayaraq nefronqoruyucu əməliyyatlar (NQƏ) seçilmiş xəstələrdə seçim əməliyyatı hesab edilir. Sonralar NQƏ-ın əhəmiyyəti Robson et al. tərəfindən mübahisə obyektinə çevrildi. Bu müəlliflər əks böyrəyin normal olduğu hadisələrdə uzun illər lokal xərçəngə götə RNE-nın tərəfdarları kimi çıxış etdilər. Bu dövrdə RNE hətta kiçikhəcmli qabıq törəmələrinin cərrahlığında seçim metodu hesab edilirdi [9]. Lakin son 2-3 onilliklərdə əksər mərkəzlərdə və uroloji şöbələrdə, xüsusilə kiçikhəcmli şişlərin cərrahlığında NQƏ-ların tətbiq dairəsi xeyli artmışdır [10-13]. RNE-nın, o cümlədən sadə NE-nın OSƏ-ları ilə müqayisədə üstünlüklərinin bu günə qədər sübut edilməməsi sonuncu əməliyyatlara marağın və onların tətbiq dairəsinin artmasına stimul yaradır. Nəticədə rezeksiyaların və konservativ rezeksiyaların payı çoxalır.

Yeni diaqnostik vizualizasiya üsullarının meydana çıxması, şişin erkən diaqnostikası məsələsinin həlli istiqamətində qazanılmış uğurlar, parenximatoz üzvlərdə kəsmə-ayırma texnologiyalarının (CUSA - kavitasiyalı ultrasəs-aspurasiya, arqonlu koaqulyator, LigaSure, təzyiqli su şırnağı (Water Jet), plazma və lazer skalpelləri və b.) inanılmaz tərəqqisi, mükəmməl intraoperasion hemostatik üsulların, süngərlərin, bioloji yapışqanların (Tissel, Tachokomb), atravmatik, presizion tikiş vasitələrinin, miniinvaziv cərrahi texnologiyaların (laparoskopik, lümboskopik, robotik) təkmilləşməsi NQƏ-ın icra tezliyini, müddətlərini, təhlükəsizliyini və keyfiyyətini yüksəltdi, ən əsası bu əməliyyata göstərişlərin dairəsini xeyli genişləndirdi [14-21]. Müasir mərkəzlərdə və ixtisaslaşmış şöbələrdə bu əməliyyatların əməliyyatdaxili Doppler-USQ təqibi altında icra edilməsi, şiş toxumasının böyrəkdaxili və xarici damarlara, sinirlərə, sidik yollarına və ətraf orqanlara, mühüm anatomik strukturlara invasiya səviyyəsini müəyyən etməyə, həmin strukturların müdafiəsi şəraitində əməliyyatın sağlam toxuma hüdudlarında aparılmasına və uğurla tamamlanmasına böyük imkanlar açmışdır. Bu müayinə multifokal proseslər zamanı əməliyyatın həcminin artırılması və ya onun RNE ilə əvəzlənməsi üçün mühüm informasiyaları əldə etməyə şərait yaradır. Şişin psevdokapsul ilə əhatə olunması (USM və ya MRT müayinələri ilə dəqiqləşdirilmiş) NQƏ-ın icrası üçün həlledici meyarlardandır. Hətta kapsulətrafı düyünlər əməliyyatın həcminin genişləndirilməsinə, daha radikal əməliyyatlara keçilməsinə əsaslar vermir. Ədəbiyyat məlumatlarına görə kiçik şişlərin psevdokapsullaarı 85% hallarda intakt olur, yalnız 15% xəstələrdə mikroperforasiyalar aşkar edilir. Şiş toxuması ilə bilavasitə təmasda yerləşən satellit düyünlər bəzi halalarda residivləşməyə meylli olurlar. Belə hallarda enukleorezeksiya səviyyəsində əməliyyatın ablastikliyini və radikallığının artırılması, çıxarılmış toxumanın sərhədlərinin ekspres-histologiyası tələb olunur [22,23].

OSƏ və ya NQƏ-ın məqsədi böyrəyin potensial zədələnmiş (o cümlədən şiş toxuması ilə) və funksiya etməyən hissəsini sağlam toxumalar sərhədlərində maksimal xaric etmək, mümkün səviyyədə funksional nefronların saxlanılmasıdır. Böyrəyin tam çıxarılması əhəmiyyətli, lakin sağlam, funksiya edən böyrək toxumasının yaxınlıqdakı sağlam toxumalarla birgə xaric edilməsi əksər xəstələrin həyatı üçün taleyüklü ola bilər. Xüsusilə tək böyrəyin və hər 2 böyrəyin şişlə zədələnmələri, von Hyppel-Lyndow xəstəliyi, böyrək funksiyalarının tam itməsi ehtimalı yüksək olan xəstəliklərdə nefronqoruyucu əməliyyatların əhəmiyyəti artır [24-26].

Şiş böyrəyin konservativ cərrahiyyəsinin aşağıdakı variantları ayırd edilir: enukleasiya, enukleorezeksiya (excavatio по Van Poppel, 2010 [27]), pazvari rezeksiya, seqmentar qütb rezeksiyası, frontal rezeksiya, heminefrektomiya, böyrəyin ekstrakorporal rezeksiyası və autotransplantasiyası.

Ficcara V. et al. (2004) məlumatlarına görə son 20 ildə böyrəyin təsadüfi tapılmış simptomsuz şişlərinin tezliyi 52-dən 73%-ə qədər artmışdır. 4 sm-ə qədər ölçüləri olan böyrək şişlərinin ən yeni vizualizasiya metodlarının geniş tətbiqi hesabına 33,6-dan 52,1%-ə çatmışdır [28]. Любарская Ю.О. (2006) tədqiqat işinə yalnızz simptomsuz gedişli 4 sm-ə qədər ölçülü böyrək şişləri olan xəstələri daxil etmiş, onlar üzərində əlverişli nəticələrlə tamamlanan NQƏ yerinə yetirmişdir [29].

Hissəvi rezeksiya əməliyyatlarına göstərişlərə anatomik və ya funksional yeganə böyrək, xroniki böyrək xəstəliyi və hər iki böyrəyin şiş xəstəliyi aid edilir. Uzunmüddətli tədqiqatlarla RNE-nın hissəvi rezeksiya əməliyyatlarının nəticələri ilə müqayisəsi aparılmış, ikinci əməliyyatın üstünlükləri (qalmış böyrək toxumasının funksiyasının davam etməsi, postoperasion letallığın azalmasına səbəb olur) müəyyən edimiş, yaşam müddətlərində və həyat keyfiyyətində ciddi fərqlər olmamışdır [30].

Klinik tövsiyələrdə T1a-bN0M0 mərhələlərində böyrək şişlərində NQƏ əməliyyatlarının tövsiyə edilməsinə baxmayaraq, irəli mərhələlərdə, hətta T3 mərhələsində və daha iriölçülü şişlərin operativ cərrahlığında da bu əməliyyatların yerinə yetirilməsinin tərəfdarıarı az deyildir [31]. Müəyyən edilmişdir ki, T1a və T1b mərhələlərində RNE və NQƏ-nın onkoloji nəticələri identikdir [32]. Lakin 7 sm-dən böyük şişlərə görə NQƏ-ın nəticələrinə dair randomizə olunmuş tədqiqatlar aparılmamışdır [33,34].

Bəzi klinikalarda böyrək rezeksiyası əməliyyatlarının icra tezliyi 31%-ə çatır [33]. 20 il müddətində NQƏ-ın icra tezliyi 6,6%-dən (1984) 41,1%-ə qədər (2004) artmışdır [28].

Bilateral sağlam böyrək fonunda böyrəyin şişinə görə NQƏ-nın yerinə yetirilməsi məsələsi mübahisəlidir Bəzi müəlliflər daha irəli gedərək elektiv göstərişləri ümumiyyətlə qəbul etmirlər [35, 36]. Digərləri qeyri-şiş xəstəliklərinə görə NQƏ-na göstərişləri nisbi-göstərişlər qrupuna əlavə edirlər [37].

Avropa Uroloqlar Assosiasiyası (EAU Guidelines, 2006) elektiv göstərişlər əsasında xəstə seçiminə ciddi yanaşma tövsiyə edir: <4 sm ölçülü periferik şiş, pT1a [38]. 4 sm-dən böyük, orta-medial və intraorqan şişlərdə NQƏ-nın icrası məsələsi müzakirə mövzusudur [39,40]. Əksər müəlliflərə görə T1a (4 sm-dən kiçik), hətta T1b (4-7 sm) mərhələlərində olan qabıq şişləri hissəvi rezeksiya edilməklə sağaldıla bilər [41]. Digər tədqiqatçılar şişin ölçülərindən əlavə onun lokalizasiyasını da rezektabellik meyarı kimi qəbul edirlər [42].

Аляев Ю.Г. с соавт. elmi mətbuatda tək böyrəyin və hər 2 böyrəyin şiş xəstəliklərində NQƏ-ın icrasının məqsədəuyğunluğu haqqında qızğın diskussiyaların çoxalmasını qeyd edir [43]. Əksər müəllliflər klinik təcrübələrinin azlığına baxmayaraq OSƏ-ın icrasını vacib hesab edirlər. Müəlliflər qeyd edirlər ki, tək böyrəkli və ya tək böyrəyi funksiya edən gənc xəstələrdə bu əməliyyatlar 5 ildən çox yaşam göstəricisinə görə (86%-dən çox) mütləq göstəriş hesab edilməlidir [10, 30, 44, 45]. Bütün bunlar NQƏ-a da dəqiq göstərişlərin müəyyən edilməsini stimullaşdırdı. Belə ki, Степанов В.Н. и соавт. [38] və Серегин А.В. [39] məcburi (mütləq, imperativ) və seçici (elektiv) göstərişləri ayırd edirlər. Mütləq göstərişlərə XBÇ fonunda tək böyrəyin və hər 2 böyrəyin xərçəngi, T1N0M0 mərhələsində 3 sm-dən kiçik şişlər elektiv göstərişlərə aiddir. Müəlliflər mütləq göstərişlər olduqda böyrəyin rezeksiyası, şişin enukleasiyası, elektiv göstərişlər zamanı isə yalnız rezeksiya əməliyyatları yerinə yetirilməsini tövsiyə edirlər. Son illərdə istər imperativ, istərsə də elektiv göstərişlər əsasında icra edilmiş NQƏ-nın nəticələri haqqında xeyli miqdarda klinik təcrübələrin məlumatları dərc olunmuş, onların nəticələri müqayisəli surətdə, həmçinin "qızıl standart" - RNE ilə müqayisədə öyrənilmişdir. F. Steinbach et al. [26] 21 illik təcrübəsi əsasında imperativ və elektiv qrupa aid 140 xəstənin NQƏ-nın mühüm nəticələrni təqdim etmişdir. 5 illik yaşama imperativ qrupda 84,5, elektiv qrupda 96% təşkil etmişdir. Türk alimi A. Kural et al. [11] şişlərin lokalizasiyasına, ölçülərinə, inkişaf xarakterinə, əməliiyat və işemiya müddətlərinə görə bir-birindən fərqlənməyən xəstələri imperativ və elektiv göstərişlərə görə əməliyyat etmişdir. Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar imperativ qrupda daha çox rast gəlmişdir. Ümumi və kanserspesifik yaşama elektiv qrupda (100% və 100%) imperativ qrupdan (85% və 95%) yüksək olmuşdur.

Enukleasiyaya göstərişlərə 5 sm-ə qədər ölçüləri olan, daha çox ekstrarenal yerləşən, satellit düüyünləri olmayan kapsulllu şişlər aid edilir. Bu əməliyyat böyrəyin qan təchizatının müvəqqəti dayandırılmasını tələb etmir. Böyrəyin müxtəlif seqmentlərindən şişlərin enukleasiyasını etmək mümkündür. M. Carini et al. [40] 71 xəstədə 4-7 sm ölçülü şişlərin enukleasiyasının nəticələrini təqdim etmişdir: 5- və 8-illik kanserspesifik yaşama müddəti 85,1% və 81,6% olmuşdur. 74 ay müddətində 14,9% xəstələrdə şiş proqressivləşmişdir. W. Morgan et al. [41] enukleasiya və rezeksiya əməliyyatlarının nəticələrinin müqayisəli öyrənmişlər: residivsiz 5-illik yaşama müddəti hər 2 qrupda bir-birinə çox yaxın olmuşdur (94,6±3,9 və 93,3±4,7%). Enukleorezeksiya bu əməliyyatların müştərək variantıdır, düyünlə birgə ətraf toxuma sağlam toxuma həddlərində (0,3-1,0 sm qalınlığında) rezeksiya edilir. Bu texnika da sadədir, şişin istənilən lokalizasiyasında yerinə yetirilir. Lakin xaric edilməli ətraf toxumanın qalınlığı məsələsi bu günə qədər diskutabeldir. Lakin Akçetin Z. et al. çıxarılmış ətraf toxumanın qalınlığı ilə yaşama müddəti arasında asılılıq müəyyən etməmişdir [42].

NQƏ əksər hadisələrdə böyrək toxumasının qansızlaşdırılması, böyrək damarlarının müvəqqəti sıxılması, isti işemiyası şəraitində yerinə yetirilir. Böyrək toxuması, böyrək kanalcıqları və nefronların isti işemiyaya qarşı həssaslığı əməliyyat texnikasının təkmilləşdirilməsini və onun icra müddətlərinin qısaldılmasını tələb edir. Ümumi qəbul edilmiş isti işemiya müddəti 20 dəqiqədir. Adətən geniş diopazonda 11 – 28 dəq müddətlərində və daha çox (30-40, hətta 55 dəq) dəyişir [44-46] . İsti işemiya müddətinin 20-dəqiqədən artıq davam etdiyi hadisələrdə böyrək toxumasının buzla soyudulması əməliyyat müddətlərinin artırılmasına şərait yaradır. Lakin böyrək soyudulması prosedurunun istisnasız olaraq hissəvi rezeksiya əməliyyatlarında aparılması tövsiyə edilir [47].

Böyrək seqmentlərində əməliyyatlar zamanı həmin seqmentlərin arteriyalarının seçici sıxılması daha məqsədəuyğundur. Bu variantda böyrəyin digər, əməliyyatdankənar hissələrinin qan təchizatı qorunur. Lakin damarların sıxılmaması ilə də rezeksiya üsulları mövcuddur [48].

İntraoperasion Doppler-USQ həmin damarların vizualizasiyasını və identifikasiyasını təmin edən ən səmərəli əməliyyatdaxili müayinə üsuludur. Belə taktika hətta böyrək venasına invaziya etmiş şişlərin NQƏ hüdudlarında xaric edilməsinə imkan verir.

Tək böyrəkdə xərçənglə bağlı OS və ya NQ əməliyyatların uzaq nəticələrinin öyrənilməsi zamani məlum oldu ki, 74,5 aylıq müşahidə zamanı 5 illik yaşama 88,7% təşkil etmişdir [10]. NQƏ-a imperativ göstərişlərin müəyyən edilməsində kontraletaral sağlam böyrəkli xəstələrdə elektiv göstərişlərin işlənilməsi böyük yardım etdi. Hazirda NQƏ-a göstərişlərin dairəsi sürətlə genişlənməkdədir. Şişin ölçülərinin 4 sm-ə qədər olması, periferik lokallaşmış şişlər, aşağı dərəcəli bədxassəli xüsusiyyəətlərə malik və klinik təzahür etməyən şişlər, damarlara, sinirlərə və ətraf toxumalara invaziya etməyən şişlər NQƏ-a göstərişlər siyahısındadırlar. Son 20-30 ildə NQ cərrahlığın inkişaf səviyyəsi və əhəmiyyəti daha da artmaqda davam edir. Yeni tədqiqatların birində NQƏ-dan sonra 5-illik yaşama 100%, RNE-dan sonra isə 97% olması müəyyən edilmişdir [49]. Bu günə qədər böyrəyin fəaliyyətini saxlanılması üçün icra edilmiş əməliyyatlarda şişin optimal ölçülərinin həcmi haqqında birmənalı fikirlər irəli sürülməmişdir.

Gerald H.J. Mickisch lokal böyrək şişlərində böyrəyin ekstrakorporal rezeksiyasını və sonrakı autotransplantasiyasının yerinə yetirilməsini məqsədəuyğun hesab edirlər. 1992-2000-ci illərdə Erazmus Tibb Mərkəzində (Rotterdam, Hollandiya) 21 belə əməliyyat yerinə yetirilmişdir. Rezeksiya əməliyyatları keçirmiş 244 xəstədən 21-də). Əməliyyata mütləq göstərişlərə yeganə böyrəyin və hər 2 böyrəyin şiş xəstəliklərini və ya son dövr böyrək çatmazlığını aid edirlər. Çixarlmış böyrək buzlu su olan qaba yerləşdirilir, şişgəzdirici hissə sağlam hədlərdə rezeksiya olunur, qalmış böyrək hissəsinin rekonstruksiyası aparılır. Şişin ekstrakorporal rezeksiyasından sonra xəstələr hemodializ seansları qəbul edirlər. Histoloji müayinələrdən və verifikasiyadan sonra (şəffaf hüceyrəli xərçəng -32, papilyar xərçəng-3, xromofob tip adenokarsinoma-1; pT1, pN_0- pT3a,pN_0 histomərhələləri) həmin böyrəyin funksional dəyərliliyi qəbul edilərsə autotransplantasiya aparılır. Bu əməliyyatdan sonra residivləşmə səviyyəsi 8,2%-dir, böyrək funksiyasının saxlanması 98%-ə, 5-illlik yaşama 93%-ə çatır [50]. G.H.J. Mickisch 2001-2006-cı illəri əhatə edən dövrdə 2 tibb Mərkəzində (Erazmus, Hollandiya və Bremen, Almaniya) 36 xəstədə bu əməliyyatı yerinə yetirmiş, yalnız 2 xəstədə ekstrakorporal rezeksiyadan sonra qalmış böyrək şiş hüceyrələrinin aqressiv tipoloji variantlarına görə transplantasiya üçün yararsız hesab edilmişdir. Əməliyyatın 5-ci günündə 1 xəstə miokard infarktından ölmüş, 1-də uğursuz autotransplantasiyaya görə böyrək çıxarılmış, 1-də isə böyrək çatmazlığının reqressiyasına qədər 3 həftə ərzində hemodializ aparılmışdır. 13 aydan sonra 1 xəstədəyerli həqiqi residiv inkişaf etmişdir. 1 xəstədə 1 il sonra uzaq metastaz müəyyən olunmuşdur.

11 mərkəzdə elektiv göstərişlərlə NQƏ-dan sonra 388 xəstədən yalnız 3-də yerli residiv, onlardan 2-də rezeksiya xəttində inkişaf etmişdir [51]. Elektiv göstərişlərlə NQƏ-dan sonra yerli residivləşmə tezliyi (0,8%) mütləq göstərişlər əsasında icra edilmiş OSƏ-ların eyni göstəricisindən 10 dəfə az olmuşdur. Yəni, qənaətbəxş posoperasion göstəricilər əməliyyat üçün xətələrin diqqətli seçimindən çox asılıdır.

Bəzi müəlliflərə görə bu şişlərə görə rezeksiya olunmuş xəstələrin 71%-də yerli və ya uzaq residivlər baş vermir və bu səbəbdən NQƏ əməliyyatları özünü doğruldur [59]. Lakin bu xəstələrdə ürək-damar, şəkərli diabet və b. xəstəliklərlə bağlı XBÇ-nın əmələgəlmə ehtimalı unudulmamalıdır [31]. Алексеева Г.Н. и др. görə (2015) NQƏ-dən sonra ağırlaşmalar 10,4% (NE – 4,7%), 5-illik yaşama -89,1% (NE - 70,6%; p=0,248). Bu səbəbdən müəlliflər NE ilə daha effektli və təhlükəsiz metod kimi NQƏ-ların istifadəsinin artırılmasıının tərəfdarlarıdırlar [33].

NQƏ əməliyyatlarından sonra limfodisseksiyanın aparılması və ya aparılmaması məsələsi də hələlik həllini tapmamışdır. Son illərdə həttaa I-II mərhələlərdə histoloji dəyişikliksiz (pre- və intraoperasion) şişlərdə limfodisseksiyaya skeptik yanaşma artmışdır. 7 sm-dən böyük şişlərdə (T3) yaxın limfa düyünlərinin patoloji prosesə çəlb olunma tezliyi 10–20 % arasında dəyişir [52].

ƏDƏBİYYAT

1.Simon G. Chirurgie der Nieren // Surgery of the kidneys, v.2, p.1871-1876

2. Wells T.S., Bt FRCS (1818-97) and his contributions to naval medicine // J Med Biogr., 2007, v.15(2), p.63-67

3.Czerny V. Ueber nierenextirpation bietr // Klin Khirurg, 1890, v.6, p.485

4.Бухаркин Б.В., Давыдов М.И., Карякин О.Б. и др. Клиническая онкоурология. М., 2003,. с. 24-26

5.Ke-Hung T., van Ophoven A., Shvarts O., Belldegrun A. Nephron-Sparing Surgery for Renal Cell Carcinoma // Rev Urol., 1999, v.1(4), p.216-225

6.Villani U., Pastorello M. Conservative surgical treatment of renal carcinoma. Personal experience with 29 surgical excisions of tumors //Arch Ital Urol Nefrol Androl., 1991, v.63, p.57-64

7.Karellas M. E., O'Brien M. F., Jang T. L. et al. Partial nephrectomy for selected renal cortical tumours of 7 cm // BJU Int., 2010, v.106, № 10, p. 1484-1487

8.Vermooten V. Indications for conservative surgery in certain renal tumors, a study based on the growth pattern of the clear cell carcinoma //J Urol. 1950, v.64, p.200

9. Robson C.J., Churchill B.M., Anderson W. The results of radical nephrectomy for renal cell carcinoma // J Urol., 1969, v.101, p.297

10.Лопаткин Н.А., Яненко Э.К., Борисик В.И., Сафаров Р.М. Органосохраняющие операции при опухолях почек. Пленум Всероссийского общества урологов / Тез. докл. Кемерово, 1995, с. 88-89

11.Fergany A.F., Hafez K.S., Novick A.C. Long-term results of nephron surgery for localized renal cell carcinoma, 10-year followup //J Urol., 2000, v.163, p.442-445

12.Kural A.R., Demirkesen O., Onal B. et al. Outcome of nephron-sparing surgery, elective versus imperative indication // Urol Int., 2003, v.71, p.190-196

13.Gruschwitz T., Shubert J., Wunderlich H. Lasergestützte partielle Nephrektomie beim Nierenzellkarzinom / Der. Urologe. 2008, v.47, № 9. p.1173-1174

14.Ашрафов А.А., Байрамов Н.Ю., Меликова М.Д. Современные методы рассечения паренхимы печени //Анналы хирургической гепатологии, 2000, №5, с.54-60

15.Kotan Ç., Bayramov N.Y., Rzayev T.M., Taş A., Abbasov U. Diameter and pressure of the water-jet for liver resection // Easteren Journal of Medicine, 2001, v.6(2), p.43-47

16.Bayramov N.Y., Sultanov H.A., Rzayev T.M. Qaraciyərin rezeksiya üsullarının üstün cəhətləri və qüsurları //Kimya, Biologiya, Tibb. 2000, N1, s.86-96

17.Butskiy O., Wiseman S.M. Electrothermal bipolar vessel sealing system (LigaSure) for hemostasis during thyroid surgery, a comprehensive review //Expert Rev Med Devices, 2013, v.10(3), p.389-410

18.Erdem M.R., Tepeler A., Gunes M. et al Laparoscopic Decortication of Hilar Renal Cysts Using LigaSure // JSLS. 2014, v.18(2)

19.Weibl P., Shahrokh F. Shariat, Klatte T. Partial nephrectomy driven by cavitron ultrasonic surgical aspirator under zero ischemia, a pilot study //World Journal of Urology, 2015, p.1569-1575

20.Reich O., Schneede P., Meseddi A. et al. Argon Plasma Coagulation (APC) for Endo-Urological Procedures, Ex-Vivo Evaluations of Hemostatic Properties //European Urology, 2003, v.44, p.272–276

21.Pupka A., Chudoba P., Barc P. et al. Intraoperative hemostasis during kidney transplantation and the use collagen mesh dressing covered by fibrin glue (TachoComb) // Polim Med., 2003, v.33(3), p.27-32

22.Матвеев Б.П. Опухоли почечной паренхимы / Клиническая онкоурология. Под ред. Б.П. Матвеева. М., АБВ-пресс, 2011. с. 11-225

23.Переверзев А.С. Хирургия опухолей почки и верхних мочевых путей. Харьков, 1997, с.277-280

24.Волкова М.И. Обзор материалов ежегодного конгресса Американской урологической ассоциации (20-25 мая 2006 г.) //Онкоурология, 2006, №4, с.71

25. Weight C.J., Lieser G., Larson B.T. et al. Partial nephrectomy is associated with improved overall survival compared to radical nephrectomy in patients with unanticipated benign renal tumors //Eur Urol 2010, v.58, p.293-8.

26. Аполихин О.И., Чернышев И.В., Павлов Д.А. и др. Тенденции развития эндовидеохирургии локализованного рака почки / Мат. XIV конгресса РОУ. Саратов, 2014, с 247–248

27. Steinbach F., Stöckle M., Müller S.C. et al. Conservative surgery of renal cell tumors in 140 patients, 21 years of experience // J Urol., 1992, v.148, p.24-30

28. Van Poppel H. Efficacy and safety of nephron-sparing surgery // Int. J. Urol., 2010,. v.17. p.314-326

29. Ficcara V., Novara G., GalfanoA. Walter Artibani Neoplasm staging and organ-confined renal cell carcinoma, a systematic review //European Urology, 2004, v. 46, p.559-564

30. Любарская Ю.О. Значение функционального состояния почек в выборе метода органосохраняющего лечения больных с опухолями почек: Автореф. дисс. ... к.м.н. Саратов. 2006,146 с.

31. Переверзев А.С. Выбор органосохраняющей операции при опухолях почек. Пленум Всероссийского общества урологов /Тез. докл. Кемерово, 1995, с. 107-109

32. Аль-Шукри С.Х., Е. С. Невирович, Г. Б. Лукичев, Ю. А. Суханов Резекция опухоли почки стадии T3aN0M0 // Урологические ведомости, 2012, №1, с.38-41

33. Алексеев Б.Я., Калпинский А.С., Нюшко К.М. и др. Анализ непосредственных результатов органосохраняющего лечения у больных раком почки, сравнение лапароскопической резекции почки с резекцией почки открытым способом / Мат. VII конгресса РООУ. М., 2012. с.132-133

34. Bratslavsky G. Argument in favor of performing partial nephrectomy for tumors greater than 7 sm //Urol Oncol., 2011, v29, № 6, p.829–832

35. Long C. J., Canter D. J., Kutikov A. et al. Partial nephrectomy > 7 sm, technical, oncological and functional outcomes for renal masses //BJU Int., 2012, v 5, p.14.

36. Горячев И.А. К вопросу об органосохраняющих операциях при опухолях почки. Пленум Всероссийского общества урологов / Тез. докл. Кемерово, 1995. с. 67

37. Голубчиков В.А., Дубровин В.Н. Энуклеация- как альтернативный метод оперативного лечения опухоли почки. Пленум Всероссийского общества урологов / Тез. докл. Кемерово, 1995, с. 62-63

38. Степанов В.Н., Колпаков И.С., Серегин А.В. Консервативная хирургия при опухолях почек. Материалы 3-й Всероссийской научной конференции с участием стран СНГ. М., 1999, с. 151-158

39. Серегин А.В. Органосохраняющие операции при раке почки. Автореф. дис. … докт. мед. наук. М., 2002

40. Carini M., Minervini A., Lapini A. et al. Simple enucleation for the treatment of renal cell carcinoma between 4 and 7cm in the greatest dimension, progression and long-time survival //J Urol., 2006, v.175(6), p.2022-2026,

41. Morgan W.R., Zincke H. Progression and survival after renal-conserving surgery for renal cell carcinoma, experience in 104 patients and extended followup //J Urol. 1990, v.144, p.852-858

42. Akçetin Z, Zugor V, Elsässer D, et al. Does the distance to normal renal parenchyma (DTNRP) in nephron-sparing surgery for renal cell carcinoma have an effect on survival? // Anticancer Research. 2005, v.25(3A), p.1629–1632

43. Аляев Ю.Г., Глыбочко П.В., Григорян З.Г. Органосохраняющие операции при опухоли почки. М., ГЭОТАР-Медиа, 2009, 272 с.

44. Биленко М.В. Ишемические и реперфузионные повреждения органов. М., 1989. с. 11-37

45. Becker F., Van Poppel H., Oliver W. et al. Assessing the Impact of Ischaemia Time During Partial Nephrectomy //Eur. Urol. 2009, v 56, p. 625-635

46. Choi J. D., Park J. W., Lee S.Y. et al. Does prolonged warm ischemia after partial nephrectomy under pneumoperitoneum cause irreversible damage to the affected kidney? //J. Urol. 2012, v 187, № 3. p. 802–806

47. Amit R., Patel A.R., Eggener S.E. Warm ischemia less than 30 minutes is not necessarily safe during partial nephrectomy, every minute matters //Urol Oncol., 2011, v.29(6), p.826–828

48. Khed M., Bellec L., Leobon B. et al. Partial nephrectomy by selective renal parenchymal clamping using a new clamp // Prog Urol., 2007, v.17(1), p.41-44

49. Huang W.C., Levey A. S., Serio A. M. et al. Chronic kidney disease after nephrectomy in patients with renal cortical tumours, a retrospective cohort study //Lancet Oncol., 2006, v 7, p.735-740

50. Mickisch GHJ, Garin A, van Poppel H, Prijck L de , et al for the EORTC Genitourinary Group

Radical nephrectomy plus interferon-alfa-based immunotherapy compared with interferon alfa alone Lancet (Sep), 2001, v.358, p.966-970

51. Thompson R.H., Leibovich B.C., Lohse C.M. et al. Complications of contemporary open nephron sparing surgery, a single institution experience //J Urol., 2005, v.174(3), p.855-858

52. Русаков И.Г., Алексеев Б.Я., Калпинский А.С. Лимфаденэктомия у больных раком почки //Онкоурология, 2006, №3, с.19-24

Резюме

Нефронсберегающая хирургия: преимущества, успехи, недостатки и спорные вопросы

С.Б. Имамвердиев, С.Б.Мехтиев

В обзорной статье широко освещены история развития нефронсберегающей хирургии опухолевых и неопухолевых заболеваний почки, в частности о частоприменяемых в клинической практике вариантов элективных и императивных (вынужденных) органосохраняющих операций. Обобщены показания и противопоказания к их выполнению, преимущества и недостатки по сравнению с радикальными и радикально расширенными операциями в почке. Кроме того, представлены нерешенные, дискуссионные и спорные вопросы консервативной ренальной хирургии.

Summary

Nephron sparing surgery: benefits, successes, shortcomings and controversial issues

S.B. Imamverdiyev, S.B. Mehdiyev

In a review article covered extensively the history of nephron sparing surgery of tumor and non-neoplastic kidney diseases, in particular often used in clinical practice and options elective and imperative

(compelled) conserving surgery. Summarizes the indications and contraindications for their implementation, the advantages and dezadvantages in comparison with the radical and radical expansion of operations in the kidney. Also presented unresolved, debatable and controversial issues conservative renal surgery.

Daxil olub: 19.10.2016

QEYRİ-SPESİFİK XORALI KOLİTİN ETİOPATOGENEZİ, DİAQNOSTİKASI VƏ MÜALİCƏSİNİN ÖYRƏNİLMƏSİNDƏ PERSPEKTİVLİ YENİ İSTİQAMƏTLƏR

K.A. Əliyeva, M.M. Məmmədov, X.N. Musayev, N.C.İmanova, N.A. Məmmədova, A.M.Əliyeva
M.A.Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi

Açar sözlər: qeyri-spesifik xoralı kolit, diaqnostika, müalicə
Ключевые слова: неспецифический язвенный колит, диагностика, лечение
Key words: ulcerative colitis, diagnostics, treatment

Müasir baxışlara əsasən qeyri- spesifik xoralı kolit (QSXK) və Kron xəstəliyi (KX) eyni mənşəyə malik olan poligen xəstəliklər hesab olunur. Hal -hazırda müasir genetikanın səviyyəsi müxtəlif xəstəliklərə meylliliklə əlaqədar olan genlərin xüsusi axtarışını aparmağa imkan verir.Tədqiqatın başlanğıc nöqtəsi xəstələr və onların qohumlarının DNT-sidir [1,2,3,6.7.9,10]. Əlavə texniki üsulların köməyi ilə genomun və ya "namizəd genlərin" genişləndirilmiş axtarışı həyata keçirilir. Birinci üsulun üstünlüyü ondan ibarətdir ki, bu zaman hər hansı hipotezler aparılmır (cavabdeh genlərin ehtimal olunan lokalizasiyası). Lakin xəstəliyə yoluxmuş ailənin bir sıra üzvlərində muayinələrin aparılması vacibdir. Əksinə ikinci metodun tətbiqi zamanı aparılan testlərin sayı məhdud olsa da, genin ehtimal edilən loklizasiyası haqqında mulahizələrin olması tələb olunur [5,7,11,21]. Son 5 ildə Avropa, Şimali Amerika və Avstraliyada BİX (Bagirsağın İltihabi Xəstəlikləri) müşahidə edilən xəstələrin daxil olduğu qruplarda genetik tədqiqatlar aparılır [13,22]. Aparılmış tədqiqatlar nəticəsində məlum olmuşdur ki, BİX ilə xəstələnmə riski pasiyentlərin qohumları arasında 5-10% təşkil edir [11,23]. Birinci dərəcəli qohumlarda (xüsusilə də əkizlərdə) xəstəliyin inkişafetmə riski çox yüksəkdir, lakin digər sağlam qohumlar arasında BİX ilə xəstələnmə riski 5% təşkil edir. Çox vaxt xəstəliyə yoluxmuş valideynlərlə müqayisədə onların övladlarında bu xəstəliklər daha erkən dövrdə diaqnostika olunur, bu isə "genetik gözləmə" fenomeni ilə izah olunur [13,14,16,19,20,24].

Genetik tədqiqatların mürəkkəbliyinə baxmayaraq, BİX ilə 16 və 12 xromosomlarının müəyyən sahələri arasında əlaqənin olması müəyyən olunmuşdur. Avropada aparılan kiçik həcmli tədqiqatlar zamanı ilk dəfə aşkar olunan, sonra isə Avropa, Şimali Amerika və Avstraliyada daha geniş tədqiqatlarla təsdiq olunan 16-cı xromosomun perisentromer sahəsi ilə əlaqə müəyyən edilmişdir. Bu lokusun Kron xəstəliyi üçün spesifik olması teyin edilmişdir [12,13,25]. Böyük Britaniyada 12-ci xromosom ilə QSXK arasında dəqiq əlaqənin olması müəyyən edilmiş və sonrakı tədqiqatlarda bu mülahizə öz təsdiqini tapmışdır [13]. Bəzi tədqiqatlarda 3 və 7 xromosomlarında bu cür "risk zonalarının" olması haqqında fikirlər vardır, lakin növbəti mərhələlərdə bu öz təsdiqini tapmamışdır [15]. Nəticələrin təzadlılığı, ehtimal ki, metodların dəyişkənliyi, etnik cəhətdən bərabər olan nəzarət qruplarında müayinənin mümkünsüz olması və tədqiqat qruplarına daxil olan xəstələrin sayının az olması ilə əlaqədardır.

Genetik meyilliklə yanaşı, BİX- nin inkişafında ətraf mühit amillərinin da vacib rolu var. Bu faktorlardan bir qisminin xəstəliktörədici rolu kifayət qədər şübhə altında olsa da, müxtəlif analitik və ekoloji tədqiqatlar nəticəsində xəstəliyin inkişafetmə riskini artıran bir sıra amillər aşkar olunmuşdur. Bunlara aşağıdakılar daxildir: siqaretçəkmə, qidalanma vərdişləri, oral kontraseptivlərin qəbulu, orqanizmin erkən inkişaf dövrü. Fiziki aktivlik, sosial- iqtisadi status və gigiyenik amillərin rolu hal-hazırda öyrənilmə mərhələsindədir.

Qeyri-spesifik xoralı kolit (QSXK)- sistem və yerli ağırlaşmaların inkişafı ilə keçən, əsasən yoğun bağırsağın selikli qişasının və selikaltı qatının hemorragik-irinli iltihabı ilə xarakterizə olunan xroniki gedişatlı xəstəlikdir [9,14,15,16,17,18].

QSXK probleminin aktuallığına səbəb xəstəliyin klinik gedişatının ağır olması, yüksək dərəcəli əlillik və xəstələrin həyat keyfiyyətinin azalmasıdır [3,10,14,20].

Ədəbiyyat məlumatları göstərir ki, bir sıra ölkələrdə, xüsusilə də Skandinaviya və ABŞ-da QSXK xəstələrinin sayı proqressiv olaraq artır. İnkişaf etmiş ölkələrdə hər il 100 000 əhalidən 4-dən 20-yə qədər insan QSXK xəstəliyinə düçar olur. Avropada 100 000 əhalidən 40117-si qeyri- spesifik xoralı kolitdən əziyyət çəkir [1,18]. Qeyri-spesifik xoralı kolitin ağır və fəsadlaşmış formaları olan xəstələrin sayı artmaqdadır [6,7,9]. QSXK zamanı bağırsaq ağırlaşmalarının sayı 20%, letallıq isə 3,4%-dən 6,4%-ə qədər təşkil edir [1,3,9,15,17]. Əksər müəlliflərin fikrincə, ağır fəsadların rastgəlmə tezliyinin artması və yüksək letallıq göstəricilərinin əsas səbəbi xəstəliyin diaqnozunun gec qoyulması və müalicənin vaxtında başlanmamasıdır. Arzuolunmaz göstəricilərin artmasında mühüm amillərdən biri də ümumi praktik həkimlərin xoralı kolitin kliniki mənzərəsi və gedişatının formaları haqqında kifayət dərəcədə məlumatlı olmamasıdır [13,18].

Qeyri-spesifik xoralı kolitin etiologiya və patogenezi hal-hazırda kifayət dərəcədə öyrənilməmişdir. Təklif olunan çoxsaylı hipotez və nəzəriyyələr məsələnin hələ də həll olunmamasına dəlalət edir. İnfeksion, allergik, autoimmun, genetik və psixogen nəzəriyyələr geniş yayılmışdır [9,14] .

Son illər QSXK inkişafının patogenezində bağırsaq çöpünün iştirakını sübut edən bir sıra məlumatlar toplanmışdır. E.coli 0,14 ştammlarının antigenləri bağırsağın toxuma komponentləri ilə qarşılıqlı əlaqəyə girə bilən antitellərin sintezini induksiya edə bilir [2,4,5,6,10,16,17].

Tədqiqatçıların əksəriyyəti xəstəliyin autoimmun mənşəli olmasının tərəfdarıdırlar. Bu isə, yoğun bağırsağın özünün selikli qişasına qarşı antitellərin tapılması ilə təsdiq edilir [3,4]. Radikal cərrahi müalicədən sonrakı dövrdə QSXK-li xəstələrdə qanın immunoqramının normallaşması sübut edilmişdir [8].

Digər nəzəriyyəyə əsasən QSXK –nin inkişafına səbəb bu xəstəliyə qarşı genetik meylliliyin olmasıdır. QSXK və mədə-bağırsaq traktının digər xəstəlikləri ilə bağlı tam genetik tədqiqatlar A.V. Frolkisin (1995 ci il) elmi işinin icmalında göstərilmişdir. QSXK- in inkişafında genetik mexanizmlərin rolunu sübut edən hipotezlərin əsasında xəstəliyin ailəvi formalarının olması, həmçinin xəstəliyin tezliyinə görə populyasion müxtəlifliyin mövcudluğu durur [4].

QSXK-ə genetik meylliliyin öyrənilməsində insanın 6-cı xromosomunun qısa qolunda lokalizasiya olunan, əsas histouyğunluq kompleksinin HLA antigen sisteminin polimorfizmi mühüm yer tutur [6,20]. Xoralı kolitin gedişatının ağırlığı, onun lokalizasiyası və HLA antigenlərin arasında qarşılıqlı əlaqə müəyyən edilmişdir. QSXK-nin genetik markerlərinin daha da öyrənilməsi çox vacib və perspektivli olaraq qalır [1,8,9,15].

QSXK-nin patogenezində mühüm rol oynayan amillərdən biri də xəstənin şəxsi xüsusiyyətləri və psixogen təsirlərdir. Xəstənin stressə qarşı fərdi reaksiyası anomal neyrohumoral cavabla müşaiyət olunarsa, bu, xəstəliyin inkişafında təkan mexanizmi ola bilər [6,7].

QSXK-nin klinik mənzərəsi simptomların çoxluğu ilə fərqlənir. Çox vaxt qeyri- spesifik xoralı kolitin başlanğıc əlamətləri ishalın və qan qarışıqlı nəcisin olmasıdır. Xəstəliyin sonrakı klinik mənzərəsi 3 əsas əlamətlə xarakterizə olunur: bağırsaq qanaxmaları, ishal və qarında ağrıların olması. Patoloji prosesin yoğun bağırsaqda yayılma səviyyəsi və iltihabın aktivliyi xəstəliyin ağırliq dərəcəsini təyin edir [9].

QSXK-nin diaqnostikasında rektoromanoskopiyanın mühüm rolu var. Bu üsul, iltihabi prosesin aktivlik dərəcəsini qiymətləndirməyə imkan verir. QSXK xəstələrinin müayinəsində vacib olan metodlardan biri də fibrokolonoskopiyadır. Bu metodun köməyi ilə yoğun bağırsağın zədələnmə xarakteri və onun yayılma səviyyəsi müəyyən olunur [4,14,18].

Rentgenoloji muayinə qeyri-spesifik xoralı kolitli xəstələr üçün mütləq müayinə metodu hesab olunur. Qoyulmuş məqsəddən asılı olaraq, QSXK zamanı müxtəlif şüa diaqnostikası üsullarından istifadə olunur. Bunlardan icmal rentgenoqrafiya və irriqoskopiya geniş tətbiq olunur [5,16].

İrriqoskopiyanın aşkar üstünlüyü yoğun bağırsaqda olan morfoloji və funksional dəyişiklikləri müəyyən etmək, divarların elastikliyini və selikli qişanın relyefini qiymətləndirmək imkanının olmasındadır [4,17]. İrriqoskopiyanın informativliyi kifayət qədər yüksəkdir. Bəzi məlumatlara əsasən, yogun bağırsağın iltihabi xəstəlikləri zamanı bu metodun həssaslığı 89%, spesifkliyi-92%, deqiqliyi -87% təşkil edir [7].

Bəzi tədqiqatçılar hesab edirlər ki, qeyri-spesifik xoralı kolit zamanı rektoromanoskopiyanın irriqoskopiya ilə müştərək aparılması diaqnozun qoyulması üçün kifayət ola bilər [7,16].

Qeyri-spesifik xoralı kolitin diaqnozu, Kron xəstəliyində olduğu kimi, nisbi diaqnostik göstəricilərin məcmusu əsasında qoyulur, belə ki, klinik, endoskopik və morfoloji əlamətlərin heç biri 100% spesifikliyə malik deyil [17,18]. QSXK və Kron xəstəliyi arasında differensial diaqnostika mümkün olmadıqda xəstələrə "differensasiya olunmayan qeyri- spesifik kolit" diaqnozunun qoyulması fikri təklif olunmuşdur [9].

Qeyri- spesifik xoralı kolitin müalicəsinə konservativ tədbirlərlə başlanılır və əksər hallarda remissiya əldə olunur. Qeyri -spesifik xoralı kolitin kompleks konservativ müalicəsinə pəhriz, maddələr mübadiləsi pozğunluğunun parenteral korreksiyası, sulfanilamid preparatlarının tətbiqi, hormonal terapiya və immunodepressantlar daxildir [19].

Qeyri-spesifik xoralı kolitin ağır və konservativ müalicəyə tabe olmayan formalarından əziyyət çəkən xəstələr cərrahi mudaxiləyə məruz qalırlar. Müxtəlif tədqiqatlara əsasən, yoğun bağırsağı total olaraq zədələnmiş xəstələrin 10-56 %-də cərrahi müdaxilənin aparılması zəruridir [5,7,9, 10,11].

Ədəbiyyat məlumatının analizi göstərir ki, bu günə kimi QSXK-li xəstələrdə cərrahi müalicəyə göstərişlər, operativ üsullar və əməliyyatın həcminə dair vahid taktika işlənməmişdir. Konservativ müalicənin gücləndirilməsi hesabına cərrahi müalicəyə göstərişlərin ixtisar olunmasına tendensiya müşahidə olunur. Əgər 60-cı illərdə QSXK-li xəstələrin 30-56%-i cərrahi müdaxiləyə uğramışdırsa, 70-ci illərdən başlayaraq bu günə kimi bu göstərici 9-28%-ə qədər enmişdir [7,20].

QXK və Kron xəstəliyi arasında differensial diaqnostikanın yaxşılaşmasından sonra QXK-nin cərrahi müalicəsinə göstərişlər xüsusilə azalmışdır [16,19].

Hal-hazırda konservativ terapiya qeyri-spesifik xoralı kolitli xəstələrin müalicəsində əsas üsuldur. Lakin effekt əsasən xəstəliyin yüngül və orta-ağır formalarında müşahidə edilir, ağır formalarda isə konservativ müalicə praktiki olaraq uğursuzdur. Ədəbiyyat məlumatları göstərir ki, konservativ terapiya ağır qeyri-spesifik xoralı kolitli xəstələrin 25-30%-də qeyri-effektiv olur [8,11,14]. Müəlliflərin əksəriyyəti QXK-nin operativ müalicəsinə göstərişləri mütləq və nisbiyə bölürlər [8,9].

Mütləq göstərişlərə bağırsağın perforasiyası, profuz qanaxma, 12-24 saat ərzində konservativ terapiyaya tabe olmayan yoğun bağırsağın toksiki dilatasiyası, bağırsağın hissəvi keçməməzliyi əlamətləri ilə keçən davamlı strikturaların inkişafı, maliqnizasiya aid edilir. Bu hallarda, bir qayda olaraq, əməliyyat həyati göstərişlə yerinə yetirilir. Bu zaman əməliyyatdansonrakı letallığın azalmasına meyllilik müşahidə edilmir: bağırsaq qanaxmalarında 8-12%, dilatasiyalarda 15-26%, perforasiyada 50-60%-dən aşağı təşkil edir [4,7,9, 20].

Təcili operativ müdaxilənin vacibliyinə dair daha çox fikir birliyi xəstələrin 5-6%-də təsadüf edilən yoğun bağırsaq xoralarının perforasiyasında qeyd edilir. Qeyd olunan ağırlaşmanın inkişafı ileostomanın qoyulması ilə təcili subtotal kolektomiyanın yerinə yetirilməsini tələb edir. Hətta perforasiyanın yaranmasına şübhə belə təcili cərrahi müdaxiləyə göstəriş olmalıdır, belə ki, üzülmüş xəstələrdə peritonit simptomları gizli inkişaf edərək, fövqəladə zəif ola bilər [3,7,9,13].

Müxtəlif müəlliflərin məlumatlarına görə tezliyi 1,5-dən 5%-ə qədər olan profuz bağırsaq qanaxmalarının cərrahi müalicəsinə dair mülahizələrdə də elə bir fikir ayrılığı yoxdur. Qanitirmənin qiymətləndirilməsi kriteriləri kimi əvvəlkinə nisbətən hemoqlobin səviyyəsinin 30% azalması və əvəzedici terapiyadan- xəstə stasionara daxil olduqdan 24 saat müddətində 500 ml eritrositar kütlənin transfuziyasından effektin olmaması təklif edilmişdir [4,20]. Q.İ.Vorobyov və həmmüəllifləri (2003) qeyd edirlər ki, sutkada 150 ml və ondan çox qanitirmə təcili əməliyyata göstərişdir [98]. Bu ağırlaşma zamanı əməliyyatın həcmi xoraların perforasiyasındakı kimi olmalıdır [11].

Təxirəsalınmaz cərrahi müdaxilə tələb edən yoğun bağırsağın toksiki diltasiyası və ya toksiki meqakolon, 4-8% xəstələrdə QXK-nin gedişatını ağırlaşdırır. Bu ağırlaşma, yəqin ki, yoğun bağırsaq divarında sinir qanqliyonlarının toksiki və iltihabi zədələnməsinin nəticəsidir. Bu isə yoğun bağırsağın bu və ya digər seqmentinin kəskin meydana çıxan iflici ilə ifadə olunur. Klinik mənzərə kəskin bağırsaq keçməməzliyi tipi üzrə inkişaf edir və qarında ağrı, qarnın köpməsi, artan intoksikasiya, qusma, nəcis və qazların xaric olmaması ilə meydana çıxır. Diareya ilə mübarizə üçün təyin edilən medikamentoz preparatların təsiri altında inkişaf edən bağırsağın parezi toksiki meqakolonu stimullaşdıra bilər. Yoğun bağırsağın həqiqi toksiki dilatasiyasında subtotal kolektomiya göstərişdir [3,8].

Beləliklə, QXK-nin ağırlaşmış formalarında cərrahi taktikada seçim metodları çoxmərhələli, həmçinin orqansaxlayıcı müdaxilələrdir [13].

Passajın pozulması və hissəvi bağırsaq keçməməzliyi əlamətləri ilə keçən çapıq strikturaları xəstələrin 6,3-11,2%-də təsadüf edilərək, əməliyyata mütləq göstərişdir [11,13?16].

Bəzi müəlliflər, israrlı müalicəyə baxmayaraq, düz bağırsaq güdülündə proqressivləşən iltihabi dəyişiklikləri, psevdopoliplərin olmasını, düz bağırsaq sfinkteri funksiyasının ağır pozğunluqlarını əməliyyata mütləq göstəriş hesab edirlər [5,6,11].

Düz və çənbər bağırsaq xərçənginin inkişafı zamanı cərrahi müalicə qaçılmazdır [20]. Vorobyov Q.İ. həmmüəlliflərlə birlikdə (2001) QXK zamanı yoğun bağırsaq xərçənginin inkişaf riski xəstəlik 10 ildən artıq olduqda, kolit 18-dən kiçik yaşdan, xüsusilə 10 yaşdan başladıqda kəskin artır [7]. Digər müəlliflər də həmçinin uşaq və gənc yaşlarında xəstəlik yarandıqda maliqnizasiya təhlükəsi olduğunu qeyd edirlər. 20

ildən artıq davamiyyəti olan total kolitdə maliqnizasiya ehtimalı qalan ömrün hər növbəti ili 5% təşkil edir. Müəyyən edilmişdir ki, xərçəng bağırsağın total zədələnməsi olan xəstələrdə seqmentar zədələnməyə nisbətən daha çox təsadüf edilir: müvafiq olaraq 21% və 3,4% [1,6,9].

QXK fonunda inkişaf edən xərçəng fövqəladə invazivdir, çox vaxt multisentrikdir, gənc yaşlarında insanları zədələyir, çətin diaqnostika olunur. Çox vaxt xərçəngin «total» adlandırılan forması təsadüf edilir, bu zaman histoloji olaraq şişin yoğun bağırsağın bütün qatlarına keçməsi aşkar edilir. İnkişafın endofit xarakterində şiş böyük ölçülərə malik olur [6].

Kapuller L.L. və həmmüəllifləri (2003) qeyd edirlər ki, əksər şişlər histoloji quruluşuna görə adenokarsinomalara (76%) aid edilir, lakin adi kolorektal xərçəngə nisbətən xərçəngin differensasiya olunmayan formalarının faizi (24%) daha çoxdur [7].

Qeyd olunan qeyri-qənaətbəxş fərqləndirici xüsusiyyətlər bir zamanlar qeyri-spesifik xoralı kolit zamanı bədxassəli prosesə çevrilmənin profilaktikasının aparılmasının zəruriliyi fikrinə gətirib çıxarmışdır. Bəzi müəlliflər 3-4 il və daha artıq müddətində davam edən QXK xəstəliyi zamanı preventiv kolektomiyanın aparılmasını israr etmişlər [11]. Əksər cərrahlar preventiv kolektomiyanın əleyhinə çıxış edərək, bu növ əməliyyatların nəticələri xərçəngin yaranma riskini doğruldmur. Beləliklə, profilaktik kolektomiya geniş yayılmamışdır [9].

Cərrahi müdaxiləyə mütləq göstəriş həmçinin 5% halda təsadüf edilən və yüksək letallıqla (45-75%) müşaiyət edilən xəstəliyin ildırımsürətli formasıdır. Xəstəlik qəfləti başlanğıc və klinik mənzərənin surətli inkişafı ilə xarakterizə olunur, bu isə 1-2 həftə ərzində, nadir hallarda- bir neçə gün ərzində baş verir. Bu zaman qabarıq ifadə olunmuş diareya sindromu, sonra septiki əlamətlər, dərin mübadilə pozğunluqları, həyat üçün təhlükəli ağırlaşmalar qeyd edilir. Beləliklə, tam klinik mənzərənin tez inkişafı ilə prosesin çox ağır olmasının müştərək təsadüf edilməsi QXK-nin bu formasının fərqləndirici cəhətidir [3].

Cərrahi müalicəyə göstəriş həmçinin kəskin forma və ya xəstəliyin ağır residivində 7-10 gün ərzində intensiv kompleks terapiyanın qeyri-effektivliyi zamanı təyin edilir [21]. QXK-nin ağır həmlələri yekunda proqnozlaşdırılmır [3]. Müəyyən edilmişdir ki, QXK-də letal nəticələr əksər hallarda peritonit və pnevmoniyanın inkişafı zamanı müşahidə edilir [5].

Çox vaxt QXK-nin ağır gedişatı cərrahi müdaxilə tələb edən həyat üçün təhlükəli vəziyyətlə ağırlaşır. Yuxarıda qeyd edildiyi kimi, bu zaman yüksək letallıq müşahidə edilir. Ona görə də cərrahi müalicəni ağırlaşmaların əmələ gəlməsinə qədər aparmaq vacibdir. Planlı əməliyyatlarda letallıq orta hesabla 1,8% təşkil edir [21].

Operativ müalicəyə nisbi göstərişlərin müəyyən edilməsində də çox təsadlar vardır. A.A.Vasilyev (1967) nisbi göstərişlərə proqressivləşən gedişatlı xoralı koliti, psevdopolipozlu, düz bağırsağın strikturası və digər ağırlaşmaların inkişafı ilə müşahidə edilən xoralı koliti aid etmişdir [11].

İ.Y.Yudin (1976) hesab edirdi ki, xəstəliyin ağırgedişatlı kəskin forması 3-4 həftə ərzində intensiv konservativ terapiyadan sonra posesin sönməsinə doğru tendensiyası olmursa, xəstəliyin fasiləsiz gedişatlı ağır forması və tez-tez kəskinləşmələr ilə residivləşən forma əməliyyata nisbi göstərişlər ola bilər [108].

Əksər müəlliflər tərəfindən əməliyyata göstəriş kimi həmçinin xəstələri əlilliyə gətirib çıxaran, yoğun bağırsağın morfoloji vəziyyətinin normallaşmasına tendensiya müşahidə edilməyən xəstəliyin xroniki proqressivləşən gedişatı və konservativ müalicənin qeyri-effektivliyi hesab edilir [12, 21].

Əksər tədqiqatçılar QXK-nin cərrahi müalicəsinə göstəriş kimi sistem ağırlaşmaların inkişafını qeyd edirlər: artritlər, qanqrenoz piodermiya, uveit, iridosiklit, qaraciyərin piy distrofiyası, hepatit, sirroz, birincili sklerozlaşdırıcı xolangit, həmçinin perianal ağırlaşmaların olması, qaz, nəcisi saxlayabilməmə, eritropoezin qarşısının alınması, 50-100 ml/sutka həcmdə qanaxma. Qeyd olunan müəlliflərin müşahidələrinə görə sistem ağırlaşmalar xəstəliyin ağır gedişatına və cərrahi müalicə üsuluna keçməyin vacibliyinə dəlalət edir [14,15, 16,18,19]. Ədəbiyyat məlumatlarına görə qaraciyərin aktiv hepatit və sirroz şəklində qabarıq zədələnmələri çox vaxt QXK-nin ağır yayılmış formalarını müşaiyət edir [18,19].

Fasiləsiz gedişatlı QXK-nin xroniki formaları, həmçinin ağır gedişatlı, konservativ terapiyaya refrakter, daim həkim nəzarəti tələb edən, sosial statusun itirilməsi ilə xəstələrin əlilliyinə gətirib çıxaran residivləşən formalar cərrahi müalicəyə məruz qalmalıdır. Bəzi tədqiqatçılar hesab edirlər ki, bu cür xəstələrdə operativ müalicə xəstəlik başlandıqdan 3 il sonra, digərləri isə 5 il sonra aparılmalıdır [12,21].

Uşaqlar və yeniyetmələrdə əməliyyata göstərişin sümük aparatının böyümə qabiliyyətinin bitməsinə qədər həll olunması vacibdir, belə ki, davam edən QXK fiziki inkişafdan geri qalmaya səbəb ola bilər [14,15, 16,17,19].

Cərrahların əksəriyyəti müdaxilənin daha tez müddətdə yerinə yetirilməsinin vacibliyini söyləyirlər. Xəstəliyin ilkin mərhələlərində və ya remissiya dövründə cərrahi müalicə radikal müdaxilənin daha qənaətbəxş nəticəsinə və ileorektal anastomozun qoyulması imkanına şərait yaradır [12]. Q.İ.Vorobyov və

həmmüəllifləri (2004) qeyd edirlər ki, QXK-nin ağır forması zamanı hormonoterapiyaya rezistent, 1 aydan çox qeyri-effektiv konservativ müalicənin aparılması əməliyyatdansonrakı ağırlaşmaların və letallığın tezliyini artırır [12].

Tez aparılmış əməliyyatlar ən yaxşı uzaq nəticələr verir, həmçinin bərpaedici əməliyyatların, belə ki, postkolektomik sindromun inkişafının ağırlıq dərəcəsinin xəstəliyin davamiyyəti arasında dürüst korrelyasiya müşahidə edilir [7,8].

Beləliklə, qeyri-spesifik xoralı kolitin cərrahi müalicəsinə göstərişlərə dair ədəbiyyat məlumatlarını analiz edərkən, xəstənin vəziyyətinin ağırlığının dəqiq kriterilərinin və xəstəliyin gedişatını proqnozlaşdıran diaqnostik əlamətlərin olmaması ilə şərtlənən bu məsələ üzrə nəzər nöqtəsinin çox təzadlı olması haqqında nəticə çıxarmaq olar. Həmçinin əksər müəlliflərin cərrahi müdaxilənin müxtəlif ağırlaşmalar inkişaf edənə qədər yerinə yetirilməsi haqqında fikirləri ilə razılaşmamaq mümkün deyil, cünki bu taktika urgent əməliyyatların sayının azalmasına və operativ müalicənin nəticələrinin yaxşılaşmasına şərait yaradır.

ƏDƏBİYYAT

1.Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит. М.: Гэотар Мед, 2001, 528с.

2.Александров В.Б., Юрков М.Ю. Место консервативного и хирургического методов в терапии неспецифического язвенного колита // Российский гастроэнтерологический журнал, 2000, №1, с.82-85.

3.Булгаков А.В., Райнох Э.Н., Булгаков Р.А. Новые аспекты хирургического лечения неспецифического язвенного колита // Здравоохр. Башкорстана, 1997, №1-2, с.59-66.

4.Воробьев Г.И., Михайлова Т.Л., Костенко Н.В. Хирургическое лечение гормонорезистентной формы неспецифического язвенного колита // Хирургия. - 2004.- №5, с.39-45.

5. Эндер Л.А., Ашуров М.Г., Голубкова Г.М., Пирогов А.И. Диагностика и хирургическое лечение тяжелых и осложненных форм неспецифического язвенного колита и болезни Крона / В сб.: хронические болезни кишечника. М., 1987. с.79 - 82.

6.Златкина А.Р., Белоусова Е.А., Никулина И.В. Эпидемиологические исследования воспалительных заболеваний кишечника в Московской области // Колопроктология, 2003, №2. с.3-5.

7.Каншина О.А., Каншин Н.Н. Неспецифический язвенный колит у детей (и взрослых). М.: Биоинформсервис, 2002,212с.

8.Каншин Н.Н. Тотальная колэктомия с одномоментной илеоректостомией при тяжелом неспецифическом язвенном колите, осложненном сужением прямой кишки // Вестник хирургии, 2004, №2, с.94-96.

9.Каншин Н.Н., Голубцова Е.Е. Тотальная колонэктомия с одномоментной илеоректостомией при тяжелом неспецифическом язвенном колите у детей и взрослых // Хирургия, 2004, №1, с.34-37.

10.Капуллер Л.Л, Маринушкин А.М., Костенко Н.В. Морфологические особенности раковых опухолей, возникающих на фоне хронического язвенного колита // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2003, № 4, с.58-62.

11.Халфиев Н.Г., Абдулхаев Р.Ш.,, Халфиева Г.М. и др. Клинико-рентгенологические исследования больных неспецифическим язвенным колитом / Сб. научных трудов КГМУ. Казань, 2000, с.297-299.

12.Ерошкина Т.Д., Блинова О.В. Коррекция нарушений метаболизма в раннем послеоперационном периоде при тяжелых формах неспецифического язвенного колита и болезни Крона // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2003, № 4, с.63-68.

13.Парфенов А.И., Богомолов П.О., Луфт В.М. и др Морфофункциональные изменения и микробиоценоз тонкой кишки у больных язвенным колитом // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2000, №1, с.55-61.

14.Никулина И.В., Белоусова Е.А., Златкина А.Р. с соавт. Клинико- эпидемиологический анализ распространенности язвенного колита в Московской области // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии. Колопроктологии, 1996, Т.6, №4, с. 133.

15.Головенко О.В., Михайлова Т.Л., Веселов В.В. Особенности клинической картины и терапевтического ответа на аминосалицилаты и кортикостероиды у больных неспецифическим язвенным колитом с ретроградным илеитом // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2003, №5, с.71-74.

16. Воробьев Г.И., Назаров В.А. Оценка изменений показателей микроциркуляции и метаболизма на этапах операции и анестезии при тотальных формах неспецифического язвенного колита // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2003, № 5, с.66-70.

17. Ерошкина Т.Д., Вересов К.В. Применение энтерального питания у больных, оперированных по поводу неспецифического язвенного колита // Вестник интенсивной терапии, 2003, №3, с.66-70

18.Румянцев В.Г. Стратегия медикаментозной терапии язвенного колита (обзор иностранной литературы) // Тер. Архив, 2003, №2, с.77-81.

19. Воробьев Г.И., Костенко Н.В., Михайлова Т.Л. и др. Хирургическое лечение осложнений неспецифического язвенного колита // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2003, № 1, с.73-80.

20.Наврузов С.Н., Юсупбеков А.А., Худаяров А.А. и др.Хирургическая тактика при неспецифическом язвенном колите // Хирургия, 2003, №4, с24-26.

21.Юхвидова Ж.М. Роль салофалька в комплексной терапии неспецифического язвенного колита // Российский гастроэнтерологический журнал, 2000, №1, с.78-82.

22.Angel V., Devesa J.M., Martinez R. et al.Anastomosis ileoanal con reservorioen "J" Evolucion de la tecnicay resultados // Rev. Esp. Enferm. Dig., 1993. v. 83 (l), p.10-15.

23.Ballantyne G.N., Pemberten I.H., Beart R.W. Heal J pouch-anal anastomosis: current technique // Dis. Colon Rectum, 1983, v. 28, p.197 - 202.

24. Mullen P., Wynn M., Fabito D. et al. Bamett continent intestinal reservoir. Multicenter experience with an alternative to the Brooke ileostomy // Dis. Colon Rect., 1995, v.38 (6), p.573 - 582.

25.Becker E.K., Ueberschare B. Systemic uptake of 5-aminosalicylic acid from olsalazine and eudragit 1 coated mesalazine in patients with ulcerative colitis in remission // Gastroenterologies, 1996, v.34, № 4, p.225-229.

Резюме

Новые направления в изучении этиопатогенеза, дигностики и лечения неспецифического язвенного колита

К.А.Алиева, М.М.Мамедов, Х.Н.Мусаев, Т.Дж. Иманова, Н.А.Мамедова, А.М.Алиева

По современным представлениям гнойный колит и болезнь Крона имеют одинакового происхождения. При изучении показаний хирургического лечения при колите мы получили противоречивые данные. Некоторые вопросы лчения этого заболевания до сих пор остается спорной. Данная статья посвящена проблеме лечения и диагностики неспецифического язвенного колита.

Summary

New directions in the study of etiopathogenesis, diagnosis and treatment of ulcerative colitis

K.A.Aliyeva, M.M.Mamedov, H.N.Musayev, T.J.Imanov, N.A.Mamedova, A.M.Aliyeva

According to modern ideas, purulent colitis and Crohn's disease have the same origin. In studying the indications of surgical treatment for colitis, we have received conflicting data. Some questions about the treatment of this disease are still controversial. This article is devoted to the problem of treatment and diagnosis of ulcerative colitis.

Daxil olub: 13.09.2016

ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА ТЕЛА МАТКИ В г.БАКУ ЗА 2016 ГОД

Ф.А.Марданлы, С.И.Сафарова, Ф.К.Алиева, Е.Р.Джафарова
Национальный центр онкологии, Баку

Açar sözlər: uşaqlıq cismi xərçəngi, ölüm, xəstələnmə, epidemiologiya
Ключевые слова: рак тела матки, смертность, заболеваемость, эпидемиология
Key words: uterine body cancer, mortality, morbidity, epidemiology

За последнее десятилетие в большинстве стран мира наблюдается неуклонный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями тела матки.

Наибольший прирост заболеваемости отмечается среди молодых женщин. Стандартизованный по возрасту показатель заболеваемости раком тела матки в Российской федерации за последние 10 лет возрос на 25,8 %, при этом среди женщин в возрастной группе до 29 лет- на 50,0% [3,4].

Отмеченное выше увеличение заболеваемости можно объяснить прогрессирующим ростом таких болезней, как нарушение овуляции, хроническая гиперэстерогения, бесплодие, миома матки [5].

Оценкой состояния заболеваемости и смертности от рака тела матки в г.Баку послужили статистические данные отчетной формы №7 за период 2016 года. Ситуационную характеристику оценивали на основе показателей экстенсивности, интенсивности, стандартизованного по возрасту показателей заболеваемости, пораженности, общего коэффициента смертности, летальности [1,2].

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у лиц женского пола в г.Баку рак тела матки занимает 5-6 место, экстенсивный показатель которого составил 5,2%.

Расчет показателя заболеваемости раком тела матки выявил относительно невысокий уровень, величина интенсивного показателя которого составила 8,8$^0/_{0000}$., а величина коэффициента пораженности- 56,6 $^0/_{0000.}$

Известно, что одним из показателей, позволяющих оценить эффективность мероприятий по первичной профилактике заболеваний злокачественными новообразованиями, а также проводимого специального лечения, являются величины 5-летней выживаемости и клиническая стадия заболеваемости.

Проведенный статистический анализ позволил установить, что величина 5-летней выживаемости составила 49,8%. Следует отметить, что наиболее часто встречаемой клинической формой заболеваемости у больных раком тела матки составили больные I-II стадии (66,6%).

При расчете показателя смертности были отмечены относительно невысокие значения как по величине общего коэффициента смертности (0,05$^0/_{00}$), так и по величине коэффициента летальности (18,7%).

Расчет стандартизованного по возрасту показателя заболеваемости раком тела матки в г.Баку представлен в таблице1.

Таблица 1

Стандартизованный показатель заболеваемости раком тела матки в г.Баку в 2016 году

Возраст	абс.	На 100 тыс.населения	Средний стандарт	Стандартизованный показатель
0-17	-	-	21252,2	-
18-29	1	0,4	22301,0	0,1
30-39	2	1,1	16849,8	0,2
40-49	6	3,6	14993,4	0,5
50-59	33	21,5	14030,6	3,0
60-69	36	51,1	6442,9	3,3
70>	18	39,9	4126,1	1,6
Σ	90	8,8	100 000	8,7

Как видно из табл.1, в возрастной группе 0-17 лет не были выявлены случаи заболеваемости данной нозологической формой. Резкий подъем величины заболеваемости раком тела матки отмечается в возрастной группе 50-59 лет (в 6 раз), максимальная величина которого приходится на возрастную группу 60-69 лет (3,3 $^0/_{0000.}$). Величина общегородского показателя независимо от возраста

составила 8,7 $^{0}/_{0000.}$ Расчет показателя агрессивности выявил относительно невысокий уровень, величина которого составила 0,5.

Выводы

1.В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у лиц женского пола в г.Баку рак тела матки занимает 5-6 место, экстенсивный показатель которого составил 5,2%.

2.Величина показателей заболеваемости таких как коэффициент интенсивности и стандартизованный по возрасту показатель составила $8,8^{0}/_{0000}$ и $8,7^{0}/_{0000.}$ соответственно, при величине коэффициента пораженности $56,3^{0}/_{0000.}$

3.Высокий уровень заболеваемости раком тела матки отмечается в возрастной группе 60-69 лет ($3,3\ ^{0}/_{0000.}$).

4.Показатели смертности относительно невысокие и составили по величине общего коэффициента смертности 0,05 ‰, при коэффициенте летальности -18,7%/

5.Наиболее часто встречаемой клинической формой заболеваемости у больных раком тела матки составили больные I-II стадии (66,6%).

6. Величина 5 –летней выживаемости составила 49,8% ,при показателе агрессивности 0,5.

ЛИТЕРАТУРА

1.Биглхол Р., Бонита Р, Кьельстрем Т. Основы эпидемиологии. Женева: ВОЗ, 1994, с.17-42

2.Мерабашвили В.И. Индексные оценки деятельности онкологической службы / Онкологическая статистика (традиционные методы, новые информационные технологии).Рук. для врачей, часть I, СПБ, 2011, с.125-138.

3.Онкология II Справочник практического врача .Под редакцией И. В. Поддубной .М.,МЕД пресс-информ ”.2009, с.15.

4.Чиссов В.И., Старинский В.В, Петрова Г.В.Злокачественные новообразования в России в 2008 г. ФГУ МНИОИ, 2010, 256 с .

5.Энциклопедия клинической онкологии (основные средства и методы диагностики и лечения злокачественных новообразований) / Под редакцией М.И. Давыдова. ООО,РЛС, 2004, 1456 с .

Xülasə

Bakı şəhərində 2016-cı il üzrə uşqlıq cinsi xərşəngi üzrə xəstəlik və ölüm göstəriciləri

F.A.Mərdanlı, S.İ.Səfərova, F.K.Əliyeva, E.R.Cəfərova

Bakı şəhərində uşaqlıq cismi xərçşəngi bədxassəli törəmə sturkturunda 5-6-cı yerləri tutur, bunun ekstensiv göstəricisi 5,2% təşkil edir. Xəstəliyin və zədələnmənin intensiv göstəricilərinin həddində müəyyən dəyişikliklər qeydə alınmışdır ($56,3^{0}/_{0000.}$). Yaş üzrə göstəricilərinin standartlaşdırılması üzrə xəstəliyin 60-69 yaşlar arasında artması aşkar edilmişdir (3,3). Ölüm göstəricisi əmsalı 18,7% olduğu halda bir o qədər yüksək deyildir, ümumi ölüm əmsalının 0,05%-ni təşkil edir. Beşillik yaşama həddi 49,8, aqressivlik göstəricisi isə 0,5% olmuşdur.

Summary

Morbidity and mortality cervical cancer in Baku in 2016

F.A.Mardanly, S.I.Safarova, F.K.Aliyeva, Y.P.Jafarova

In the structure of incidence of malignant tumors in women in Baku uterine cancer takes 5-6 place, extensive indicator was 5,2%. Noting the significant variation in terms of intensive incidence rate (8,8%000) and the index of prevalence (56,3‰00). Standardization of indicators by age revealed the highest incidence rate in the age group 60-69 years (3,3). Mortality rates are relatively **low** and amounted to the value of total mortality coefficient- 0.05 ‰, with lethality rate-18.7%. The value of 5 -year survival rate was 49.8% when the indicator of the aggressiveness was 0.5.

Daxil olub: 11.09.2016

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛЬНОЙ ЭЛАСТАЗЫ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ КАНДИДО- БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Р.С.Байрамова

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

Açar sözlər: ağciyərlərin xronik obstruktiv xəstəlikləri, kandida, neytrofil elastaza
Ключевые слова: хронические обструктивные болезни легких, кандида, нейтрофильная эластаза
Key words: chronic obstructive pulmonary disease, candida, neutrophil elastase

Хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) уделяется огромное внимание исследователей, поскольку эта проблема имеет большое социально-экономическое значение во всем мире [1,2,3].

Современная концепция патогенеза ХОБЛ базируется на представлении воспалительного процесса в бронхах и легких, возникающего в ответ на воздействие различных триггеров и приводящего к бронхиальной обструкции [4]. Воспалительная реакция дыхательных путей при обострении ХОБЛ сопровождается увеличением общего числа нейтрофилов и лимфоцитов. Такой гетерогенный клеточный инфильтрат является источником специфических биологических маркеров, которые играют ключевую роль в структурно- функциональных изменениях слизистой оболочки бронхолегочной системы. Особое значение в развитии эпителиального повреждения и легочного фиброза принадлежит нейтрофильной эластазе [5,6].

Нейтрофильная эластаза (НЭ) относится к группе сериновых протеаз, включающей в себя также катепсин G и протеиназу 3. Все они являются продуктом нейтрофилов и содержат в своем активном центре аминокислоту серин, что дало название их семейству.

Нейтрофильная эластаза концентрируется в азурофильных цито-плазматических гранулах полиморфноядерных лейкоцитов. Ее синтез происходит на стадии роста гранулоцита, а в кровоток поступают клетки с уже готовыми ферментами. Наибольшее количество НЭ определяется в нейтрофилах (1-2 пикограмма), которым протеаза обязана своим названием. Каждый нейтрофил содержит около 400 гранул, наполненных эластазой [7]. Незначительные концентрации определяются в моноцитах и Т-лимфоцитах.

Помимо больных с тяжелым дефицитом α1-антитрипсина, у которых избыток НЭ патогенетически очевиден, доказано, что у большинства курильщиков с нормальным уровнем α1-антитрипсина теряется его антипротеазная активность. В деградацию альвеолярных стенок помимо нейтрофильной эластазы вовлечены и другие группы протеаз, прежде всего матриксные металлопротеиназы, являющиеся продуктом нейтрофилов (ММП-8, ММП-9) и макрофагов (ММП-1). Однако, в отличие от сериновых протеаз, матриксные металлопротеиназы выделяются в межклеточное пространство в неактивной форме. Для реализации своего литического потенциала показатели протеазы должны быть повышены, и индуктором их активности выступает НЭ. В свою очередь металлопротеиназы подавляют активность α1-антитрипсина, что усугубляет действие нейтрофильной эластазы. Таким образом, помимо прямого эластолитического эффекта, НЭ опосредованно влияет и на деструкцию других компонентов экстрацеллюлярного матрикса (коллагена, желатина) металлопротеиназами.

Избыточная продукция нейтрофильной эластазы либо невозможность ее адекватного ингибирования наблюдается при целом ряде заболеваний легких, в том числе- у больных ХОБЛ. В то же время, в литературных источниках нами не обнаружено сведений об исследованиях НЭ при смешанных кандидо-бактериальных инфекциях.

В диагностике пульмонологичесой патологии ведущая роль отводится бронхоскопическому исследованию, хотя данная манипуляция нередко сопровождается осложнениями и может привести к развитию выраженного бронхообструктивного синдрома. В этой связи приоритетным направлением в диагностике становится неинвазивный метод анализа индуцированной мокроты (ИМ), состояние которой отражает воспалительные и структурные нарушения в слизистой оболочке бронхов.

Цель нашего исследования заключалась в изучении биохимического профиля ИМ при обострении ХОБЛ кандидо-бактериальной этиологии.

Материалы и методы исследования. Всего было обследовано 147 больных, из них 81 мужчина, и 66 женщин. Среди обследованных лиц 26 практически здоровых людей составили контрольную группу. Эти пациенты не страдали хроническими заболеваниями, не принимали антибактери-

альных и гормональных препаратов. Остальные 121 человек обследовались по поводу обострения ХОБЛ I-II стадии (легкое и среднетяжелое течение, GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease)) **(8)** до приема антибактериальных препаратов. Постановку диагноза осуществляли врачи-клиницисты на основании анамнестических, клинических, инструментальных и лабораторных данных.

Все обследованные лица были разделены на 5 групп. В I контрольную группу были включены пациенты, не имевшие хронической легочной патологии, без вредных привычек и профессиальных вредностей. Группу II составили 32 больных с обострением ХОБЛ, вызванном грам положительными бактериальными агентами (S. pneumonia или S. aureus). Группа III состояла из 31 пациента, у которого обострение ХОБЛ было вызвано теми же грамположительными бактериями в ассоциации с C. albicans. В группу IV были включены 30 больных с обострением ХОБЛ, вызванном грамотрицательными бактериями. Группу V составили 28 пациентов в этиологии обострении заболевании, которых имела место однотипная с последней группой грамотрицательная бактериальная микробиота в ассоциации с C. albicans.

Сбор ИМ осуществляли после ингаляции 3, 4, 5 %-м раствором NaCL через ультразвуковой небулайзер с продолжительностью каждой из них в течение 4-5 мин. Мокроту обрабатывали и исследовали по стандартной методике (9,10). В ИМ подсчитывали цитоз, а затем цито грамму с выявлением абсолютного числа различных клеточных популяций. В клеточном составе ИМ идентифицировали макрофаги, нейтрофилы, эозинофилы, лимфоциты, клетки реснитчатого эпителия. Для биохимических исследований 1мл мокроты гомогенизировали в 1мл физиологического раствора, подвергали однократному замораживанию- оттаиванию, центрифугировали 15 мин при 3 000 об/мин. В надосадочной жидкости ИМ определяли активность эластазы. Активность НЭ измеряли по скорости гидролиза N- бутилоксикарбонил-L-алинин-р-нитрофенилого эфира (БАНЭ) и выражали в наномоль БАНЭ в минуту на 1мл мокроты [7].

Статистическая обработка полученных результатов была проведена с помощью пакета прикладных программ *Statistica 6.0 for Windows.*

Результаты и обсуждение. В связи с многогранным действием нейтрофильной эластазы на многие звенья инфекционного процесса, мы сочли важным исследовать ее активность в индуцированной мокроте пациентов. Результаты представлены на рис. В контрольной группе пациентов активность нейтрофильной эластазы в индуцированной мокроте была минимальной (0,52±0,03 нмольБАНЭ/мин/мл). У всех групп больных активность НЭ достоверно (P<0,05) превышала показатель здоровых доноров.

При моноинфекции, вызванной Грамотрицательными бактериями (группа IV) активность протеазы оказалась значительно (p<0,05) выше, чем у II группы пациентов с Грамположительной моноинфекцией (1,7±0,14 против 0,7±0,03 нмольБАНЭ/мин/мл).

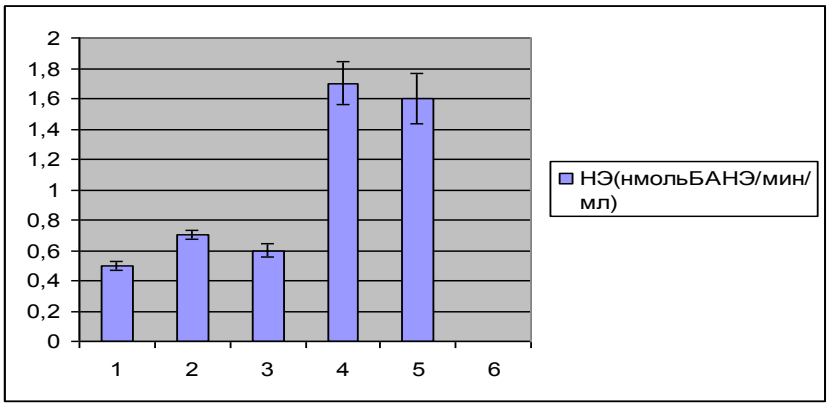


Рис. Активность нейтрофильной эластазы в индуцированной мокроте у больных ХОБЛ

Ассоциация бактериальной микробиоты с C. albicans в обоих случаях не вызывала повышение активности НЭ, а даже способствовало ее снижению. Так, у больных III группы (Грамположительные бактерии +Candida) активность нейтрофильной эластазы составляла 0,6±0,04 нмольБАНЭ/мин/мл, в то время как у больных группы II она равнялась 0,7±0,03 нмольБАНЭ/мин/мл. Подобные результаты получены и у больных IV и V групп. Если при Грамотрицательной моноинфек-

ции активность НЭ составила 1,7±0,14 нмольБАНЭ/мин/мл , то при микст- инфекции с участием Грамположительных бактерий и C. albicans этот показатель повысился до 1,6±0,17 нмоль-БАНЭ/мин/мл.

Таким образом, полученные результаты показали, что у больных с обострением ХОБЛ, вызванном Грамотрицательными бактериями (H. influensae, E. coli) активность нейтрофильной эластазы в индуцированной мокроте была значительно выше, чем у больных с Грамположительной бактериальной моноинфекцией (S. aureus, S. pneumonia). При кандидо-бактериальных ассоциациях имело место снижение активности НЭ по сравнению с соответствующими бактериальными моноинфекциями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев С.Н., Хроническая обструктивная болезнь легких как системное заболевание. // Пульмонология, 2007, №2, с.104-112
2. Синопальников А.И., Воробьев А.В. Эпидемиология ХОБЛ: современное состояние актуальной проблемы. // Пульмонология, 2007, №6, с.78-85
3. Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких. Клинические рекомендации. М.: Атмосфера, 2007
4. Шмелев. Е.И. Воспаление - ключевой элемент болезни легких // Consilium Medicum, 2003, VII №4, с.5-7
5. Будкова А.А., Акбашева О.Е., Рослякова Е.П. Активность эластазы и ее ингибиторов в в индуцированной мокроте при ХОБЛ. 15-ый Национальный конгресс по болезням органов дыхания. 1-ый Учередительный конгресс Евроазиатского респираторного общества. Сборник тезисов. М. 2005, с.224
6. Аверьянов А.В., Поливанова А.Э. Нейтрофильная эластаза и болезни органов дыхания. Пульмонология, 2006, №5, с.74-79
7. Оглоблина О.Г., Платонова Л.В., Пасхина Т.С. и другие. «Измерение активности трипсино- и эластазоподобных протеиназ полиморфно-ядерных лейкоцитов и уровня их кислотостабильных ингибиторов в бронхиальном секрете человека.» М.: МГУ,1984 с. 140.
8. Новитский В.В., Глобальная инициатива по Хронической Обструктивной Болезни Легких (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease). М.: Атмосфера, 2007 с. 96.
9. Авдеев С.Н., Анаев Э.Х., Чучалин А.Г. и др. Применение метода индуцированной мокроты для оценки интенсивности воспаления дыхательных путей // Пульмонология, 1998, №2, с. 81-87
10. Волкова Л.И., Букреева Е.Б., Боярко В.В. и др. Характеристика клеточного и биохимического профиля индуцированной мокроты и крови у курящих и некурящих здоровых людей. // Пульмонология 2004, №2, с. 78-83.

Xülasə

Kandida bakterial etologiyalı ağciyərin xronik obstruktiv xəstəlikləri zamanı neytrofil elastazanın effektivliyinin təyin edilməsi

R.S.Bayramva

Tədqiqatlar kandida etiologiyalı AXOX olan 144 xəstə üzrəində aparılmışdır. Neytrofil elastazanın aktivliyi AXOX olan xəstələrdən götürülmüş patogen induksiya olunmuş bəlğəm üzərində müayinə edilmişdir. Ağır formalı AXOX olan xəstələrdə baş verən destruktiv və fibroz proseslərin şiddətlənməsi bronxların selikli qişasında neytrofillərin və limfositlərin aktiv reaksiyası fonunda baş verir ki, bu da elastazın yüksək aktivliyi ilə öz təsdiqini tapır.

.Summary

Determination of neutrophil elastase activity in exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease candidabacterial etiology

R.S.Bayramova

The study was conducted on 147 people COPD with candidabacterial etiology. The activity of neutrophil elastase was researched in pathogen induced sputum of patients with COPD. Progressing of destructive and fibrous processes at patients with heavy form of COPD occurs on a background active neutrophil and lymphocytes reactions on a mucus membrane of a bronchial tubes that proves to be true high activity elastase.

Daxil olub: 27.10.2016

УЗЛОВОЙ ЗОБ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ

Ф.Х. Саидова, Р.Г.Гусейнов, О.М.Шахсуваров, Л.И.Ахмедова, Ж.Б.Асланова
НЦХ им. М.А.Топчибашева, АзГИУВ им. А.Алиева, г. Баку

Açar sözlər: düyünlü zob, cərrahi müalicə, əməliyyatdansonrakı hioterioz
Ключевые слова: узловой зоб, хирургическое лечение, послеоперационный гипотиреоз
Key words: eutiroid nodular goiter, surgery, hipotireoz

В последние годы в хирургии заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) с одной стороны – сокращаются показания к оперативному лечению, а с другой стороны – выполняются операции значительного объема (тиреоидэктомия, предельно-субтотальная резекция ЩЖ) [1]. Закономерным исходом последних является послеоперационный гипотиреоз (ПОГ) [5]. Частота гипотиреоза после операций на ЩЖ достигает 18-84% [2,3,5]. Известно, что ПОГ вызывает ряд эндокринно-метаболических расстройств, возникающих в послеоперационном периоде у больных с тиреоидной патологией, ухудшая качество жизни пациентов [4,6,8,9]. Факторами определяющими послеоперационную функцию щитовидной железы кроме массы оставленной ткани после тиреоидэктомии считают: возраст, пол, продолжительность лечения до оперативного вмешательства, состояние гормональной системы организма и т. д. (7).

Целью настоящего исследования было изучение влияния аутоиммунных нарушений на развитие послеоперационного гипотиреоза у больных с узловыми образованиями щитовидной железы.

Материал и методы исследования. Обследовано 20 больных, оперированных по поводу узловых образований ЩЖ в НЦХ им. М.А.Топчибашева за период 2012-2015 гг. Возраст пациентов в дооперационном периоде колебался от 37 до 69 лет. Среди них было 18(90,0 %) женщин и 2(10,0%) мужчин. Характеристика больных узловым и многоузловым эутиреоидным зобом, обследованных в дооперационном периоде, по полу, возрасту и морфологической форме зоба представлена в таблице 1.

Таблица 1
Характеристика больных узловым и многоузловым эутиреоидным зобом

Возраст больных	Кол-во больных	Пол		Гистологическое строение		
		М	Ж	Аденома-тозный, преим. микро-фолликул.	Коллоидный, преим. макро-фолликул.	адено-мат+ аденома
18-30						
31-40	1		1			1
41-50	8	1	7	5	1	2
51-60	7		7	6		1
61-70	4	1	3	3		1
Всего	20 (100%)	2 (10,0%)	18 (90,0%)	14	1	5

Группу больных с узловыми формами зоба составили 3 пациента с одним узлом в ткани щитовидной железы и 17- с множественными узлами. В дальнейшем в тексте для облегчения изложения материала мы будем группу больных с узловыми и многоузловыми эутиреоидными формами зоба описывать как группу с узловым эутиреоидным зобом (УЭЗ). Показаниями к операции при УЭЗ были компрессионный синдром. Были выполнены следующие объемы вмешательств на ЩЖ: тотальная тиреоидэктомия- 7 больным, субтотальная и предельно - субтотальная резекции- 13 пациентам. Контрольную группу составили практически здоровые люди (35 человек)- близкие по возрастной характеристике к исследуемой группе больных. В послеоперационном периоде (спустя 1 год) оценивали гормональный и иммунный статус больных.

Фенотипирование лимфоцитов осуществляли в соответствии с указаниями производителя ООО («Сорбент», Россия). В исследовании определяли мембранные CD- антигены к CD3+, CD4+, CD8+, CD95+. Подсчет позитивных клеток проводили с помощью флуоресцентного микроскопа. Циркулирующие иммунные комплексы в сыворотке крови определяли осаждением полиэтиленгликолем с молекулярной массой 6000 (фирма LOBA CHEMIE) методом, предложенным Гриневич Ю.А., Алферов А.Н.(1981). Исследование тиреоидного статуса проводили хемилюминесцентным методом с

помощью аппарата серии COBAS e 411 фирмы Roche. Оценку результатов между группами проводили в рамках непараметрической базовой статистики с использованием критерия U- Вилкоксона-Манна- Уитни.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследований клеточных факторов иммунитета у больных УЭЗ выявили структурные и количественные изменения их параметров, отражающие недостаточность иммунного ответа и являющиеся лабораторными признаками вторичного иммунодефицита. Полученные результаты показывают снижение среднего количества общего пула Т-лимфоцитов (CD3+) у лиц с УЭЗ. В послеоперационном периоде уровень CD3+ лимфоцитов в группе больных с УЭЗ - 62,3±0,7%. При анализе содержания субпопуляций лимфоцитов выявлены нарушения, выражающиеся в дисбалансе между лимфоцитами - хелперами и цитотоксическими супрессорами , ведущем к повышению индекса CD4+/ CD8+.

При структурном анализе снижение CD8+ лимфоцитов (меньше 27%) отмечалось у 18 пациентов с УЭЗ из 20 до операции и у 14 из 20 в послеоперационном периоде (таблица 2).

Таблица 2

Показатели иммунитета у больных ДТЗ и УЭЗ (M±m)

Показатели	CD3+, %	CD4+, %	CD8+, %	CD4+/ CD8+	ЦИК, усл. ед.
Контрольная группа(N=35)	66,5± 1,4	37,9± 0,9	28,3± 0,8	1,4± 0,04	64,3± 5,0
УЭЗ до операции (N=20)	57,7±1,1 *	34,5± 0,9 *	23,6± 0,6 *	1,47± 0,04	72,7± 2,1
УЭЗ после операции (N=20)	62,3±0,7 *	35,1± 0,5 *	25,4± 0,8 *	1,39± 0,02 ^	65,5± 1,3 ^

Примечание: *- статистически достоверные различия с контрольной группой, ^ - статистически достоверные различия между группами больных до - и после оперативного вмешательства.

Таблица 4

Показатели иммунитета у больных УЭЗ, перенесших различные объемы операции (M±m)

Группы больных УЭЗ	CD3+ %	CD4+ %	CD8+ %	CD4+/ CD8+	CD95+ %	ЦИК, усл. ед.
II группа до опер (N=13)	56,3± 1,5 o	34,6± 1,2 o	22,4± 0,8 o	1,55± 0,04 o	56,5± 0,9 o	76,1±2,5 o
II группа после опер (N=13)	59,4±1,1 o	34,5±0,7 o	24,0± 0,7 * o	1,4±0,01 *	50,1±0,8 * o	66,9±1,6 *
I группа до опер (N=7)	60,3±0,9 Δ o	34,1± 1,4 o	25,7± 0,6 Δ o	1,3± 0,03 Δ	54,4± 1,3	66,4±2,1 Δ
I группа после опер. (N=7)	57,5±2,1 o	36,0± 0,7	28,0± 1,4 ♦	1,3± 0,04 ♦	50,6± 1,2 ●	62,8±1,8
Контрольная группа (N=35)	66,5± 1,4	37,9± 0,9	28,3± 0,8	1,4± 0,04	51,7±1,2	64,3± 5,0

Примечание:*-статистически достоверные различия II группы до и после операции

● - статистически достоверные различия I группы до и после операции

Δ - статистически достоверные различия между I и II группами до операции

♦- статистически достоверные различия между I и II группами после операции

^{0}- статистически достоверные различия с контрольной группой

Повышение иммунорегуляторного индекса до операции отмечалось у 6 из 20 человек, в послеоперационном периоде оно сохранилось всего лишь у 3 лиц из 20. Повышение уровня ЦИК выявлено у 11 из 20 лиц до операции и у 2 из 20 больных после операции. Сравнение частоты выявления сочетания аутоиммунных факторов у больных УЭЗ до и после оперативного вмешательства показало следующее. Изменения по 3 факторам (снижение CD8+ ниже 27%, повышение CD4+/CD8+ более 1,5 и повышение ЦИК более 70 усл. ед.) встречались в единичных случаях- у 4 пациентов до опе-

рации и 1- после операции, что составляет 20% и 5% больных соответственно, сочетание 2-х факторов до операции выявлено у 8 (40%) больных, а после операции у 3 (15%) больных.

Послеоперационный гипотиреоз наблюдался у всех больных. Однако, заместительная доза принимаемого больными левотироксина была выше в I группе. При этом во II группе также были пациенты, принимавшие левотироксин в высокой заместительной дозе (150 мг). По гистологическому строению эти две группы практически не отличались: с аденоматозным зобом в I группе было- 5 пациентов, с аденоматозным + аденома- 2 больных, во II группе с коллоидным зобом- 1 пациент, аденоматозным зобом- 9 лиц, аденоматозным + аденома- 3 больных. Средний возраст больных в I группе составил 51,7±3,5лет и практически не отличался от среднего возраста больных II группы- 54,2±2,3 лет. В дооперационном периоде у больных I группы, состояние иммунной системы в сравнении с контрольной группой по всем показателям статистически достоверно хуже, а в сравнении с лицами II группы было лучше, причем по четырем показателям статистически достоверно отличалось (таблица №3). Оценка состояния аутоиммунитета у больных обеих групп выявила после оперативного вмешательства улучшение по всем показателям, а по двум показателям статистически достоверное отличие (CD8+, CD4+/CD8+). Однако, если в I группе, результаты отличались от контрольных лишь по одному показателю, то во II группе – по трем показателям. В группе, перенесшей тиреоидэктомию в связи с удалением всей ткани ЩЖ, аутоиммунные реакции стихали и наблюдалось улучшение прежде всего того звена иммунитета, которое является первопричиной их развития (таблица 4).

Таким образом, определение иммунного статуса в дооперационном периоде с учетом других факторов, влияющих на послеоперационную функцию ЩЖ у каждого конкретного пациента позволит выбрать адекватный объем оперативного вмешательства при хирургическом лечении больных с УЭЗ.

ЛИТЕРАТУРА

1.Ванушко В.Э., Фадеев В.В. Узловой зоб (клин. лекция) // Эндокрин. Хирургия, 2012, № 4, с. 11-16.

2.Заривчацкий М.В., Блинов С.А., Денисов С.А., Гребнев А.Г. Проилактика и лечение послеоперационного гипотиреоза // Акт. вопр. хир.энд. Пермь, 2002, с.81-82

3.Моргунова Т.Б., Мануйлова Ю.А., Фадеев В.В. Медико-социальные аспекты заместительной терапии гипотиреоза: факторы, влияющие на качество компенсации // Клин. и эксперим. Тиреоидология, 2007, Т. 3, № 3, с. 12-24.

4.Трунин Е.М. Диффузный токсический зоб. Комплексная диагностика, консервативная терапия, хирургическое лечение. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2006, с. 149-60.

5.Фадеев В.В., Ванушко В.Э. Послеоперационный гипотиреоз и профилактика рецидива заболеваний щитовидной железы. М. : Видар-М, 2011, 72 с.

6.Al Adhami A., Craig W., Krukowski Z.H. Quality of life after surgery for Graves' disease: comparison of those having surgery intended to preserve thyroid function with those having ablative surgery // Thyroid, 2012, v.22, N 5, p.494-500.

7.Eber O., Langsteger W. Clinical aspects of autoimmune thyroid disease // Acta Medica Austriaca, 1994, v 21, №1, p.1-7.

8.Razvi S. et al. The beneficial effect of L-thyroxine on cardiovascular risk factors, endothelial function, and quality of life in subclinical hypothyroidism: randomized, crossover trial // Clin Endocrinol Metab.,2007, v.92, N 5, p.1715–23.

9. Rhee C.M. et al. Subclinical hypothyroidism and survival: the effects of heart failure and race // J Clin Endocrinol Metab., 2013, v.98, N 6, p.2326-36

Xülasə

Düyünlü zob və əməliyyatdansonrakı hipoterioz

F.X.Saidova, R.Q.Hüseynov, O.M.Şahsuvarov, L.İ.Əhmədova, J.B.Aslanova

Düyünlü euterioz zob olan xəstədə immunitetin vəziyəti əməliiyatdan əvvəlki və sonrakı dövrlərdə öyrənilmişdir. Göstərilmişdir ki, əməliyyatdansonrakı hipoterioz əməliyyata qədər qabarıq autoimmun dəyişikliklər olan xəstələrdə daha ağır olur. Ona görə də saxlanılan toxumanın həcminin böyüməsi ya gözlənilən euteriozə, ya da yüngül hipoterioza gətirib çıxarmır.

Summary

Nodular goiter and postoperative hypothyroidism

F.H. Saidova, R.G. Huseynov, O.M. Shahsuvarov, L.I. Ahmedova, J.B. Aslanova

The state of autoimmunity of 20 patients with EES in pre and postoperative periods was studied. It was shown that postoperative hypothyroidism is more severe in people with severe autoimmune changes before surgery. Therefore, an increase in the vume of tissue left does not lead to the expected euthyroidism or slight hypothyroidism.

Daxil olub: 11.09.2016

ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ ПРЕПАРАТОМ «УЛИПРИСТАЛ АЦЕТАТ» ПО ДАННЫМ ДОППЛЕРОМЕТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

И.А.Гаджиева

Азербайджанский медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии 1, г.Баку

Açar sözlər: uşaqlıq mioması, qan dövranı, doplerometriya, USM, "Ulipristal asetat"
Ключевые слова: миома матки, кровообращение, допплерометрия, УЗИ, «Улипристал ацетат»
Keywords: uterine fibroids, blood flow, Doppler, ultrasound, "ulipristal acetate"

Миома матки относится к числу наиболее распространенных доброкачественных опухолей органов репродуктивной системы женщин старшего репродуктивного возраста и наблюдается, по данным разных авторов, у 10-30% пациенток старшего репродуктивного возраста, без выраженной тенденции к снижению частоты [1]. Миомой матки страдают 25-30% женщин старше 35 лет, а в последние годы заболевание все чаще обнаруживается в более молодом возрасте. В структуре гинекологической заболеваемости миома матки занимает второе место после воспалительных заболеваний гениталий. Несмотря на низкую вероятность малигнизации (1%), до 2/3 пациенток старшего репродуктивного возраста, страдающих миомой матки, подвергаются оперативному лечению, причем 60-96% всех операций являются радикальными и приводят к потере репродуктивной и менструальной функции у женщин старшего репродуктивного возраста [2,3].

До настоящего времени не сформулированы стандарты диагностики и лечения миомы матки. Оценка состояния гемодинамики маточной системы имеет важное значение для выбора тактики ведения пациенток данной категории [4].

Наряду с традиционными клиническими и лабораторными методами особое место занимают функциональные методы исследования. Ключевое значение для своевременной диагностики миомы имеет ультразвуковое исследование матки, ставшее в наше время рутинным. Этот метод абсолютно безопасный, не имеющий противопоказаний и позволяющий исследовать все слои миометрия [4].

Повышение информативности УЗИ повысилось благодаря внедрению допплеровского метода, позволяющего оценить кровоток в сосудах новообразований матки с помощью ЦДК с анализом кривых скоростей кровотока [5].

Однако, при всей информативности УЗИ не лишено недостатков: достоверность проводимого обследования зависит от качества используемого аппарата, техника проведения и оценка полученных результатов определяется квалификацией врача. И даже при отсутствии этих причин, этот метод имеет ограниченные возможности при субклиническом течении заболевания [6].

На сегодняшний день методом скрининга миомы матки является допплерография в сочетании с трансвагинальными УЗИ, с помощью которого можно четко определить размеры, локализацию, количество миоматозных узлов и регистрировать показатели скорости кровотока в различных отделах сосудистого русла [7].

При ультразвуковой диагностике подслизистой или межмышечной миомы матки с центрипетиальным ростом особое внимание следует уделять состоянию срединной маточной структуры (степени деформации М-эчф). При УЗИ подслизистые узлы момы визуализируются в виде округлых

или овоидных образований с ровными контурами и средней эхогенностью, расположенных в расширенной полости матки [8].

При центрипетиальном росте интерстициального узла всегда определяется деформированная полость матки с ровными контурами (независимо от размеров узла). При этом акустические признаки миомы визуализируются как около вогнутой поверхности полости матки и М-эхо, так и в прилежащем миометрии [7].

Ряд авторов утверждают зависимость ИР в маточных артериях от приобладания в миоме той или иной ткани. Анализ ИР пациенток с различными видами миомы матки, а также у беременных с миомой позволил прошгнозировать скорость роста узлов. На основании сравнительной оценки количественных показателей кровотока возможно неинвазивным путем предположить морфологический тип миомы, тем самым обеспечивая гибкость лечебной тактики. Так, при простой миоме матки индекс резистентности составил в среднем 0,78±0,06, тогда как при пролиферирующей миоме – 0,67±0,09. Однако, в литературе отсутствует однозначная оценка нормативных показателей сосудов как в норме, так и при миоме [9].

Об этом свидетельствуют и данные зарубежных авторов, по которым в простой миоме индексы резистентности внутриопухолевого кровотока в среднем составил 0,61±0,05, при пролиферирующей миоме эти показатели значительно ниже- 0,45±0,04. С другой стороны, максимальные (пиковые) скорости артериального кровотока выше в пролиферирующих миомах.

Вместе с тем работ, посвященных изучению особенностей кровотока при миоме матки методом допплерографии, единицы [6,9].

Целью работы является оценка роли допплерографического исследования в сопровождении приема «Улипристал ацетат» (Гедеон Рихмер, Венгрия) при миоме матки.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии 1 Азербайджанского медицинского университета. Для достижения поставленной цели нами обследовано 140 пациенток с миомой матки за период с 2012 по 2015 года.

Критерии исключения: молодой и средний репродуктивный возраст, аномальные маточные кровотечения, подозрения на гиперпластические процессы эндометрия, органическая патология органов малого таза, сопутствующая экстрагенитальная патология.

Основную группу составили 60 пациенток, получавших гормональную терапию, в виде препарата «Эсмия». Препарат назначался с первого дня менструального цикла ежедневно, непрерывно в дозе 5 мг. Курс приема препарата 1-2 курса по 3 месяца. Среди обследованных женщин 45 принимали препарат в течение 1 курса, 15 пациенток- 2 курса. В группу сравнения (II группа) вошли 40 пациенток, из них 12 пациенток принимали гестагены («Дюфастон», «Утрожестан»), у 10- ВМС «Мирена» в течение более 1 года, 18 больным назначалась гормонотерапия различными препаратами. Контрольную группу (III группа) составили 40 пациенток, которым были проведены различные оперативные вмешательства, по поводу диагноза «Миома матки».

Общее клиническое обследование включало: сбор анамнестических данных, общий и гинекологический осмотры. Сравнительный анализ проводили через 3,6,12 месяцев после включения пациенток в исследование. Наряду с клинико-лабораторными методами исследования в комплексе диагностических мероприятий проводилось ультразвуковое исследование.

Эхографическое исследование осуществлялось при помощи ультразвукового аппарата фирмы SonoScapeSSİ 8000 (Китай) с использованием транс абдоминального и транс вагинального высокоразрешающих электронных датчиков.

Результаты исследования и их обсуждения. Результаты исследования обрабатывали методом вариационной статистики. Обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием пакета StatSoftStatistica 60. Для представления качественных данных использовали как абсолютные, так и относительные показатели (n, %). Сравнение средних величин изучаемых показателей проводили по критерию Fisher-Styudent (t). Уровень статистической значимости был принят $p<0,05$.

Анализ кривых скоростей кровотока при миоме матки позволил установить следующие особенности: среднее значение МСС в маточной артерии до начала лечения в основной группе составило 54,88±0,38 (54,10-55,66), в группе сравнения почти такие же значения- 54,87±0,32 (54,22-55,51) (таблица 1).

В аркуартной артерии данные показатели находились в пределах 44,30-45,68 и 49,09-52,67, в среднем 44,99±0,34 и 50,88±0,88. В радиальных артериях: 17,44±0,13 (17,15-17,72) и 17,27±0,22 (16,82-17,73), в спиральных артериях: 9,60±0,10 (9,39-9,81) и 9,70±0,08 (9,53-9,87). Таким образом,

до начала лечения отмечается значительное повышение МАС в четырех артериях в обеих группах респондентов.

Таблица 1

Данные допплерометрических исследований у пациентов с миомой матки основной группы (n=60) МСС

Маточн.		Аркуат		Радиал		Спир	
до	после	до	после	до	пос	до	пос
43-44	44-51	32	7	9	40	10-11	16-17
54,88+0,39 (54,10-55,66)	49,50+0,47** (48,56-50,43)	44,99+0,34 (44,30-45,68)	9,60+0,10 (9,39-9,81)	7,58+0.06** (7,47-7,69)	36,74+0,42** (35,90-37,58)	17,44+0,13 (17,15-17,72)	11,46+0,13** (11,19-11,72)

Таблица 2

ИР у пациентов с миомой матки основной группы (n=60)

Маточн		Аркуат		Радиал		Спир	
до	пос	до	пос	до	пос	до	пос
0,8-0,9	0,85	0,8	0,72	0,72	0,7	0,55	0,51
0,53+0,01 (0,51-0,57)	0,84+0,01** (0,83-0,85)	0,51+0,01 (0,48-0,54)	0,81+0,00** (0,80-0,82)	0,52+0,01 (0,50-0,55)	0,62+0.01** (0,60-0,64)	0,39+0,01 (0,37-0,40)	0,50+0,01** (0,48-0,51)

Дальнейшее наблюдение выявили значительные изменения показателей МСС после лечения. В основной группе через 12 месяцев после приема «Улипристала ацетат» численные значения МАС практически были в пределах нормы: маточные артерии 49,50±0,47 (48,56-50,43) при норме 44-51, аркуатные 36,74±0,42 (35,90-37,58, N-32,0), радиальные 11,46±0,13 (11,19-11,72, N10-11), спиральные 7,58±0,06 (9,39-9,81, N-9). В группе сравнения, у пациентов принимающих в основном препараты КОК данные значения от первоначальных изменились незначительно: соответственно 54,05±0,30 (53,49-54,67), 45,62±0,44 (44,72-46,53), 16,54±0,19 (16,16-16,92), и 8,86±0,08 (8,69-9,02).

В литературе отсутствует однозначная оценка показателей, характеризующих индекс резистентности в сосудистом русле матки. Среднее значение ИР варьируют в различных артериях: в маточной 0,8-0,9 аркуатной 0,72-0,8, радиальной- 0,72, спиральной 0,51-0,55. Ряд авторов утверждают, что пониженную сосудистую резистентность можно объяснить в обеих группах [9]. Сравнение индекса резистентности в обеих группах выявило достоверное повышение среди пациентов основной группы. В группе сравнения отмечалось незначительное повышение 0,84±0,01, 0,81±0,01, 0,62±0,01 и 0,50±0,01 против 0,55±0,02, 0,55±0,01, 0,57±0,01 и 0,43±0,01 (таблица 2).

Таблица 3

Данные допплерометрических исследований у пациентов с миомой матки группы сравнения (n=40) МАС

Маточн		Аркуат		Радиал		Спир	
до	после	до	пос	до	пос	до	пос
43-44	44-51	32	40	10-11	16-17	7	9
54,87+0,32 (54,22-55,51)	54,05+0,30** (53,43-54,67)	50,88+0,88 (49,09-52,67)	45,62+0,44** (44,72-46,53)	17,27+0,22 (16,82-17,73)	16,54+0,19** (16,16-16,92)	9,70+0,08 (9,53-9,87)	8,86+0,08* (8,69-9,02)

Таким образом, анализируя показатели кровотока в обеих группах отмечается усиление интенсивности кровотока. В основной группе индекс резистентности в маточной артерии до лечения составил 0,53±0,01)0,51-0,57), в аркуанной – 0,51±0,01 (0,48-0,54), в радиальной 0,62±0,01 (0,50-0,55) и в спиральной 0,39±0,01 (0,37-0,40). В группе сравнения, как видно из таблицы также отмечается значительное снижение индекса резистентности.

Результаты проведенных исследований убедительно свидетельствуют , что допплерометрия имеет большое клиническое значение при оценке миомы матки, поскольку позволяет оценивать особенности маточного кровотока в качестве одного из показателей диагностики состояния органа и опухоли, и обоснования вида лечения.

Таблица 4
ИР у пациентов с миомой матки основной группы (n=40)

Маточн		Аркуат		Радиал		Спир	
до	пос	до	пос	до	пос	до	пос
0,8-0,9	0,85	0,8	0,72	0,72	0,7	0,55	0,51
0,55+0,02 (0,52-0,59)	0,55+0,02 (0,52-0,59)	0,53+0,02 (0,50-0,57)	0,55+0,01 (0,52-0,58)	0,57+0,01 (0,54-0,60)	0,57+0,01 (0,55-0,59)	0,39+0,01 (0,37-0,42)	0,43+0,01* (0,42-0,44)

Примечание: статистическая значимость: * - < 0,05, ** - < 0,001

ЛИТЕРАТУРА

1. Задонская Ю.Н. Гиперпластические процессы эндометрия в пременопаузе: современные аспекты патогенеза и лечения: Автореф. дис… канд. мед. наук. М., 2008, 25с.
2. Антропова Е.Ю. Оценка альтернативных и адекватных методов терапии лейомиомы матки в зависимости от характера маточного и опухолевого кровотока: Автореф. дис....канд.мед.наук, 2007, с.21
3. Seinera P., Gaglioti P., Vpi E.Ultrasound evaluation of uterine wound healing laparoscopic myomectomy: preliminary results // Hum.Reprod., 2009, v.14, № 10, p.2460-2463.
4. Каримов А.Х. Цветное допплеровское картирование в оценке осложнений миомы матки. Тез.Докл.5-съезда РАСУДМ / А.Х.Каримов, Г.А.Ахмедов//Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и перинатологии.-2007.-С.34
5. Поморцев А.В., Гудков Г.В., Астафьева О.В. Роль допплеровских методов в дифференциальной диагностике опухолей матки и ячников// Sonoce-Ultrasound.-2002-№10-С.37
6. Сидорова И.С., Леваков С.А. Возможности эхографии и цветового допплсровекого картирования в диагностике простой и пролиферирую-щей миомы маткп ' Акушерство п гинекология. 2003. - №5. - С. 3 1-33.
7. Ковалева Т.Ю. Оптимизация дифференциальной диагностики пролиферативных процессов матки: Автореф. дис. ...канд мед. НА:аук. Воронеж, 2014, 21.
8. Ishikawa H., Ishi K., Serna V.A., Kakazu R. Progesterone is essential for maintenance and growth of uterine leiomyoma // Endocrinology, 2010, v. 151, N 6, p. 2433-2442.
9. Олейник Н.С. Особенности допплерометрии при миоме матки // Таврический медико-биологический вестник, 2012, №2, с.237-238

Xülasə

Doplerometrik müayinələrin nəticələrinə əsasən “Ulipristal asetat” preparatı ilə uşaqlıq miomasının əsaslandırılması

İ.A.Hacıyeva

Tədqiqatın məqsədi uşaqlıq mioması zamanı “Ulipristal asetat” (Gedeon Rixter, Macarıstan) preparatının qəbulu ilə müşayiət olunan müalicə prosesinin doplerometrik müayinələrin rolunun qiymətləndirilməsindən ibarətdir. Tədqiqat işi Azərbaycan Tibb Universisteinin birinci mamalıq və ginkeologiya kafedrasında yerinə yetirilmişdir. Qarşıya qoyulmuş məqsədə nail olmaq üçün tərəfimizdən 2012-2015-ci illər üzrə 140 xəstə müayinə edilmişdir. Aparılan tədqiqatların nəticələrindən məlum olmuşdur ki, dopleromteriya uşaqlıq miomalarının müayinəsində böyük klinik əhəmiyət kəsb edir, çünki orqan və şişlərin diaqnostik göstəricilərindən biri olan uşaqlıq qan dövranını qiymətləndiriməyə imkan verir.

Suusmary

Rationale for the treatment of uterine fibroids drug "ulipristal acetate," according to the Doppler study

I.A.Hajiyeva

The aim is to assess the role of Doppler examination accompanied by receiving "ulipristal acetate" (Gideon Rihmer, Hungary) for uterine fibroids. Work performed at the Department of Obstetrics and Gynecology, 1 Azerbaijan Medical University. To achieve this goal we have examined 140 patients with uterine myoma in the period from 2012 to 2015. The results of these studies strongly suggest that Doppler is of great clinical value in the evaluation of uterine fibroids because it allows you to assess the features of uterine blood flow as an indicator of body condition and diagnosis of tumors and justify the type of treatment.

Daxil olub: 07.10.2016

SİDİK YOLLARI İNFEKSİYALARI OLAN UŞAQLARDA AZOT OKSİDİN DƏYİŞİKLİKLƏRİNİN XÜSUSİYYƏTLƏRİ

S.N. Musayev, L.Ə.Hüseynova

Azərbaycan Tibb Universiteti, III uşaq xəstəlikləri kafedrası, Bakı

Açar sözlər: azot oksid, sidik yollari infeksiyaları, uşaqlar

Ключевые слова: оксид азота, инфекции мочевыделительного тракта, дети

Key words: nitrogen oxide, urinal tract infections, children

Müasir dövrdə artıq müəyyən edilmişdir ki, damar endotelinin funksiyasının pozulması endotelinlərin, Villebrand amilinin, plazminogenin toxuma aktivatorunun və azot oksidin (NO) dəyişiklikləri ilə bağlıdır. Tədqiqatçıların xüsusi marağını məhz azot oksid cəlb edir ki, orqanizmdə bir sıra fizioloji və patoloji proseslərin tənzimlənməsində bu maddənin rolu hal-hazırda fəal öyrənilməkdədir [1,2,3].

ABŞ-da dərc olunan "Science" jurnalı 1992-ci ildə azot oksidi "ilin molekulu" elan etdiyindən sonra bu metabolitin müxtəlif bioloji proseslərdə iştirakına aid bir çox tədqiqatlar aparılmışdır ki, onların nəticələri NO-nun orqanizmin demək olar ki, bütün sistemlərin fəaliyyətində xüsusi əhəmiyyətini təsdiq etmişdir [4].

Bir çox hallarda bunun səbəbi vaskularizasiya olunmuş orqanlarda yerli patoloji təsirə tipik cavabın iltihab olmasıyla bağlı, tədqiqaçıların əksəriyyəti azot oksidi məhz yerli mikrosirkulyasiyaya təsiri və başqa bioloji fəal maddələr ilə qarşılıqlı əlaqələri baxımından öyrənmişdir [3,8].

Məlumdur ki, insan orqanizmində azot oksid NO-sintetazın (NOS) təsiri altında L-arginindən əmələ gəlir və L-sitrullinin yaranması ilə müşayiət olunur. Müasir nəzəriyyələrə əsasən, aktivləşdirmə üsulundan asılı olaraq NOS-un iki əsas qrupları ayırd edilir: konstitutativ (neyronal, n-NOS, və endotelial, e-NOS) və indusibel (i-NOS). Konstitutativ izoformalar orqanizmdə normal şəraitdə damar tonusunun tənzimlənməsində iştirak edən NO-nun az miqdarda yaranmasına imkan yaradır. İndusibel NOS əsasən makrofaqlarda lokallaşaraq patoloji proseslər zamanı sitokinlər tərəfindən aktivləşir, bu da çox miqdarda NO əmələ gəlməsi ilə müşayiət olunur [6,10].

Həm kəskin, həm xronik iltihab prosesində mikrosirkulyator sistemdə əvvəl aparıcı rol arterio-venoz dolğunluq, sonra isə venoz stazla əvəz olunan qısa müddətli işemik reaksiyalar aparıcı rol oynayır. Kapilyarların yüksəlmiş keçiriciliyi iltihab mərkəzinə qoruyucu agentlərin nəqlini təmin edən ekssudatın əmələ gəlməsinə səbəb olur [8].

Bu proseslər histamin, kininlər, leykotrienlər ilə yanaşı azot oksidin fəal iştirakı ilə tənzimlənir. Bilavasitə damar effektlərindən başqa, L-arginin- azot oksid sistemi trombositlərin aqreqasiya proseslərini, onların və neytrofillərın damarların divarına aqheziyasını təmin etməkdə də mühüm rol oynayır. Başqa sözlə, azot oksid iltihabın güclü mediatoru kimi çıxış edərək, bu prosesin intensivliyinə və gedişinə əhəmiyyətli təsir edir [11].

Başqa sistemlərdə rast gələn xəstəliklərdəki kimi nefroloji patologiyalarda da azot oksidin rolunun öyrənilməsi böyük maraq doğurur. Boyrək damarlarının endotelində və saya əzələlərin hüceyrələrində, yumaqcıqların mezangial hüceyrələri və kanalcıq epitelial hüceyrələrində azot oksidinin daimi sintezi haqqında məlumatlar mövcuddur. Bunun sayəsində renin-anqiotenzin sistemi və başqa biotənzimləyici

sistemlər ilə qarşılıqlı əlaqədə olan NO böyrək qan axınının, böyrəklərin ekskretor funksiyasının və tubulo-qlomerulyar balansın tənzimlənməsinə əhəmiyyətli dərəcədə təsir edir. [6,9]

Azot oksidin biosintezində dəyişikliklər proteinuriya ilə korrelyasiya edir, mezangial proliferasiya və leykositar infiltrasiya mexanizmlərinə, böyrək hipertenziyasının patogenezinə və sidik pasajının pozulması ilə müşayiət olunan obstruktiv uropatiyaların inkişafına təsir edir [3]

Lakin indiyə kimi sidik ifrazı sisteminin müxtəlif növ iltihabi proseslərinin patogenezində azot oksidinin dəyişikliklərinin xüsusiyyətləri tam öyrənilməmişdir, bu da şübhəsiz elmi və təcrübi baxımdan mühüm əhəmiyyət kəsb edir.

Tədqiqatın **məqsədi** müxtəlif sidik yolları infeksiyaları (SYİ) olan uşaqlarda azot oksid göstəricilərinin dəyişikliklərinin xüsisiyyətlərinin öyrənilməsi olmuşdur.

Tədqiqatın material və metodları. Bizim tərəfimizdən sidik-ifrazat sisteminin müxtəlif etiologiyalı xəstəlikləri olan 24 nəfər 1-16 yaşlı uşaq müayinə edilmişdir. Xəstələr 3 qrupda ayrılmışdılar . I qrupa sistit diaqnozu olan uşaqlar (n=6), II qrupa sistit ilə yanaşı pielonefrit əlamətləri olan uşaqlar (n=6), III qrupa isə ağır gedişə malik sidik yolları infeksiyaları ilə yanaşı qlomerulonefrit diaqnozu olan uşaqlar (n=8) daxil olunmuşdur. Nəzarət qrupunu 5 sağlam uşaq təşkil etmişdir.

Bütün uşaqlara ümumi klinik müayinələr ilə yanaşı qanda NO təyini immunoferment analiz (İFA) üsulu ilə aparılmışdır. Alınmış göstəricilər orta riyazi həddi (M) və orta ədədi qiymətin standart xətasının (m) hesablanması ilə variasiya statistika üsulları vasitəsilə işlənmişdir. Qruplar arasında fərq qeyri-parametrik Manna-Uitni , Uilkokson meyyarına əsasən qiymətləndirilmişdir.

Nəticələr və müzakirə. Sağlam uşaqlarda NO səviyyəsi 9,9 ± 1,5 mkmol/l təşkil etmışdir. Alınmış göstəricilərin təhlili zamanı 1 sağlam uşaq Şarl meyarına əsasən müayinədən çıxarılmışdır. I qrupa daxil olan xəstələrdə azot oksidin səviyyəsi nəzarət qrupu ilə müqayisədə 7,8% aşağı olaraq 9,2 ± 1,8 mkmol/l təşkil etmişdir (p=0,748). II qrupda NO səviyyəsində sağlam uşaqlar ilə muqayisədə aşkar fərq qeyd edilmişdir. Bu xəstələrdə azot oksid 16,4±4,0 mkmol/l təşkil edərək sağlam uşaqlarda alınmış nəticələrdən 1,6 dəfə (p=0,394) , I qrupa aid olan xəstələrdə alınmış nəticələrdən isə 1,8 dəfə yüksək olmuşdur (p=0,173).

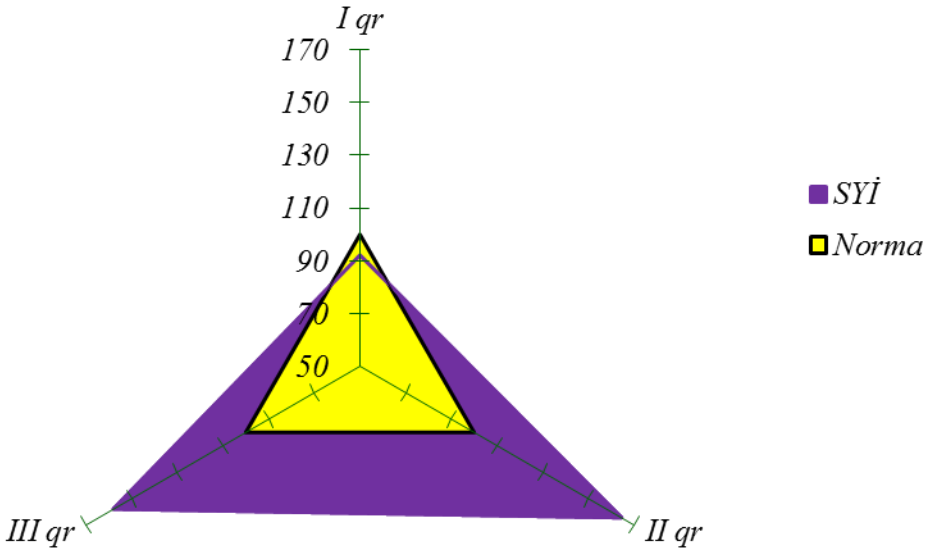
Ehtimal olunur ki, bu həmin qrupa pielonefrit diaqnozu olan uşaqların daxil olması ilə əlaqədardır. Adı çəkilən patologiya zamanı böyrəklərdə iltihabi prosesin ifadə edilmiş fəallığı, böyrək perenximasının leykositar infiltrasiyası və qranulositlərə hemotaksik təsirin güclənməsi daha yüngül gedişə malik olan sistitlə müqayisədə NO səviyyəsinin daha yüksək olmasına səbəb ola bilər.

Bununla yanaşı NO orqanizmə daxil olan mikrob hüceyrələrə zədələyici təsir göstərərək müdafiə funksiyasını yerinə yetirir [1,4].

Azot oksidin biosintezində belə dəyişikliklərin olması hətta bəzi hallarda qan və sidik göstəricilərinin normal olmasına və pielonefritin klinik təzahürlərinin müşahidə olunmamasına baxmayaraq böyrək toxumasında iltihabi prosesin saxlanılmasının göstəricisi ola bilər. Digər tərəfdən, sidik yollarının obstruksiyasının mövcudluğu hallarında böyrəkdaxili hemodinamikanın (həmçinin, mikrosirkulyasiyanın) pozulmasına səbəb olur. Bu da, öz növbəsində, prostanoidlərin effektinə bənzər damargenişləndirici, natriuretik və diuretik təsirə malik NO-un sintezinin yüksəlməsinə gətirə bilər [5].

III qrupa daxil olan xəstələrdə NO səviyyəsi 15,7±2,8 mkmol/l təşkil edərək həm nəzarət qrupuna, həm də I qrupa nisbətən (müvafiq olaraq, 57,9% (p=0,234) və 71,3% (p=0,137)) daha yüksək olmuşdur. Lakin II qrupla müqayisədə bu göstərici 4% daha aşağı olmuşdur (p=0,948). Alınmış nəticələr aşağıdakı şəkildə təsvir olunmuşdur. Bizim fikrimizcə, bu onunla izah oluna bilər ki, qlomerulonefrit zamanı yumaqcıqların makrofaqlarla infiltrasiyası olur və mezangial hüceyrələrin fəallaşması baş verir. Azot oksidin böyrəklərə təsiri bu halda sitotoksik xarakter daşıya bilər. Digər tərəfdən, mezangial hüceyrələr, makrofaqlarla yanaşı, eykozanoidlər, sitokinlər, sərbəst radikalları istehsal edirlər, bu da fibroplaziyanın inkişafına imkan yaradan amillər sayılır [4]. Bu halda azot oksid, damargenəldici təsirə malik olaraq, yumaqcıqların hiperfiltrasiyasına səbəb ola bilər və qlomeruloskleroza gətirib çıxara bilər.

Beləliklə, sidik-ifrazat sisteminin iltihabı xəstəlikləri olan uşaqlarda NO-un yüksək səviyyəsinin qeyd edilməsi iltihabi prosesin yüksək fəallığının sübutu sayıla bilər. SYİ lokalizasiyasından, ağırlığından və başqa böyrək patologiyasının mövcudluğundan asılı olaraq azot oksidin səviyyəsində müəyyən fərq qeyd edilə bilər ki, bu da, görünür, pielonefrit və qlomerulonefrit zamanı iltihabın inkişafında müxtəlif mexanizmlərin aparıcı rol oynaması ilə izah oluna bilər.



Şək. SYİ olan uşaqlarda azot oksidin dəyişiklikləri (norma-100%)

ƏDƏBİYYAT

1. Богдановская Н.В., Маликов Н.В. Роль системы синтеза оксида азота в обеспечении адаптации организма к систематическим физическим нагрузкам / Материалы VII Всерос. школы-конф. по физиологии мышц и мышечной деятельности «Новые подходы к изучению классических проблем». М., 2013, с.65.
2. Кульманова М.У., Касимова Г.З., Сабирова Р.А. Оксид азота и его роль в развитии патологических состояний. Ташкент: Ташкентская медицинская академия, 2014, 169с.
3. Сайфутдинов Р.Г. Роль оксида азота при заболеваниях внутренних органов // Вестник современной клинической медицины, 2009, т.2, вып 1, с. 48-53
4. Kawano T. iNOS derived NO and nox 2_derived superoxide confer tolerance to excitotoxic brain injury through peroxynitrite // J. Cereb. Blood Flow Metab. 2007, v.27,№ 8, p.1453-1462
5. Киричук В.Ф., Андронов Е.А., Иванов А.Н, Мамонтова Н.В. Оксид азота и микроциркуляторное звено системы гемостаза // Успехи физиол. наук. 2008. Т. 39, № 4., С. 83—91
6. Манухина Е.Б., Дауни Х.Ф., Маллет Р.Т., Малышев И.Ю. Защитные и повреждающие эффекты периодической гипоксии: Роль оксида азота // Вестник Росс. АМН, 2007, № 2, с.25-33.
7. Мелехина Е.В., Османов И.М., Неудахин Е.В. и др. Оксид азота при поражении почек у детей с инсулинзависимым сахарным диабетом // Нефрология и диализ, 2001, №2, с.201-204
8. Плехова Н.Г., Сомова Л.М. Физиологическая роль оксида азота при инфекционном процессе // Успехи физиологических наук, 2012, № 3, с. 62-81
9. Титов В.Н. Оксид азота в реакции эндотелий зависимой вазодилатации. Основы единения эндотелия и гладкомышечных клеток в паракринной регуляции метаболизма // Клин, лабор. диагностика. 2007, № 2, с.23-39.
10. Evangelista V.S., Rao A.M., Filo A.R. et al Direct regulation of striated muscle myosins by nitric oxide and endogenous nitrosothiols // PLoS One, 2010, v.18
11. Vasudevan D., Bovee R.C., Thomas. D.D. Nitric oxide, the new architect of epigenetic landscapes // Nitric Oxide, 2016**,** v.59, p.54-62

Резюме

Особенности изменений оксида азота у детей с инфекциями мочевыделительного тракта.

С.Н. Мусаев, Л.А. Гусейнова

С целью определения особенностей уровня оксида азота (NO) у детей с инфекциями мочевыделительного тракта (ИМТ) были обследовано 24 ребенка в возрасте 1-16 лет. Больные были разделены на 3 группы: в I группу (n=6) было включены дети с циститом, во II группу (n=6) дети, у ко-

торых наряду с циститом имелись проявления пиелонефрита, а в III группу-(n=8) дети, у которых цистит ассоциировался с гломерулонефритом. Группу сравнения составили 5 здоровых детей. Всем детям наряду с общеклиническими исследованиями проводилось определение уровня NO методом ИФА. Результаты исследования показали, что у детей с ИМТ имелись изменения содержания NO, зависящие от степени тяжести заболевания и ассоциированной почечной патологии.

Summary

Features of changes of nitrogen oxide in children with infections of an urinary tract

S.N. Musayev, L.A.Huseynova

With the purpose to study the features of level of nitrogen oxide in children with urinal tract infections (UTI) 24 children at the age of 1-16 were observed. The patients were divided into 3 groups: the I group (n=6)- children with cystitis, the II group (n=6)- children with cystitis in combination with pyelonephritis, the III group (n=8)- children with severe cystitis in combination with glomerulonephritis. The control group consisted of 5 healthy children. To all children in addition to general clinical analysis the definition of NO by the IFA method has been carried out. The resultes of study have shown that there were differences in NO levels between healthy children and patients with UTI, These differences depend on severity of a disease and on form of associated pathologies.

Daxil olub: 11.09.2016

ASKARİDOZUN MÜALİCƏSİNDƏ ALBENDAZOLUN VƏ MEBENDAZOLUN MÜQAYİSƏLİ EFFEKTLİYİ

S.K. Rəfiyeva, A.K. Cəfərov, R.R. Məmmədova, Z.İ.Məmmədova

Azərbaycan Tibb Universiteti, Terapevtik və Pediatrik Propedevtika Kafedrası, Bakı

Açar sözlər: askaridoz, müalicə, albendazol, mebendazol
Ключевые слова: аскаридоз, лечение, альбендазол, мебендазол
Key words: ascaridosis, treatment, albendazole, mebendazole

Askaridoz xəstəliyi qədim zamanlardan mövcuddur. Onun müalicə üsulları barəsində məlumatlara hətta Hippokratın əlyazmalarında belə rast gəlinir. Askaridoz mülayim isti və çox isti iqlimə malik ölkələrdə, o cümlədən Azərbaycanda ən geniş yayılmış helmintozlardan biri sayılır.

Son vaxtlar bəzi əhali qrupları arasında helmintə görə planlı müayinələrin, müalicəvi, sağlamlaşdıra və profilaktik tədbirlərin ardıcıl aparılmaması, sosial-iqtisadi reformalar, qaçqınların və miqrasiyaların intensivliyinin artması helmintozların, o cümlədən, askaridozun yayılmasının çoxalması ilə nəticələnib. Xəstəlik əsasən məktəbəqədər və məktəbyaşlı uşaqlar arasında daha çox təsadüf edilir. Uşaqların arasında xəstəliyin belə geniş yayılmasının əsas səbəbi onların gigiyena qaydalarına həmişə tam əməl etməməsi, oyunlar zamanı müxtəlif əşyalarla və torpaqla daha çox təmasda olmaları göstərilə bilər.

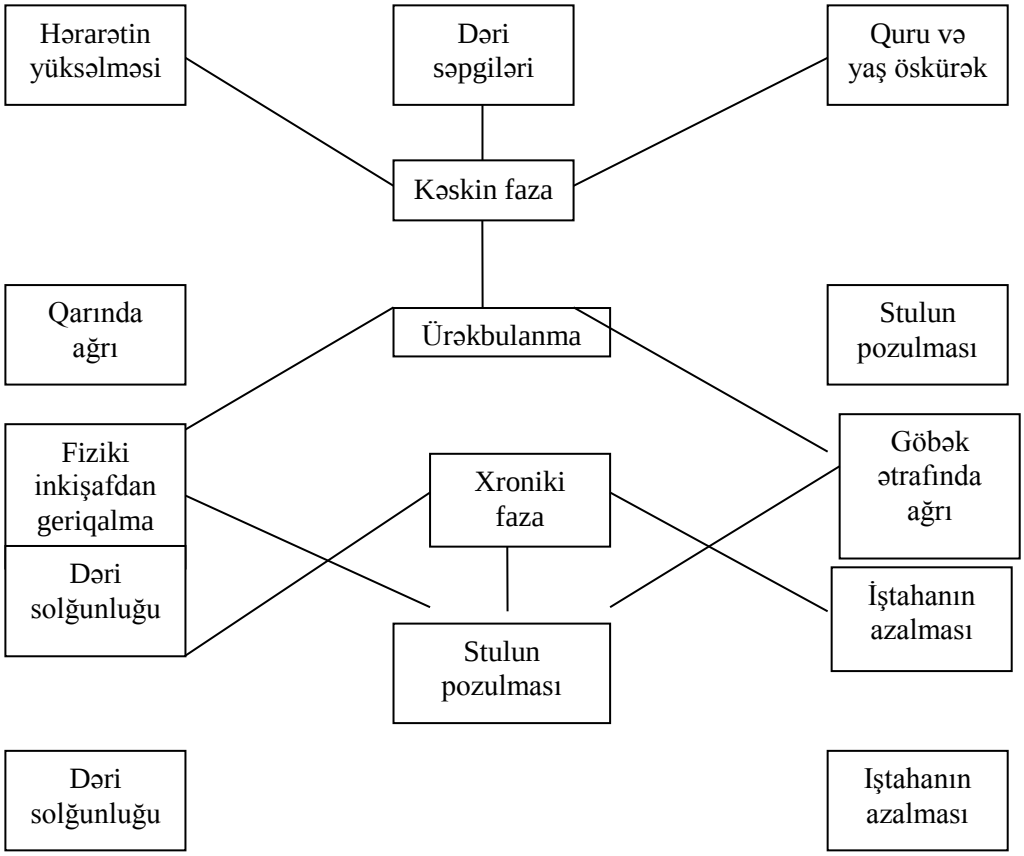
Xəstəliyə yoluxma fekal-oral, yəni yetişmiş yumurtaların udulması zamanı baş verir. Hal-hazırda askaridozun yayılması üçün zərərsizləşdirilməmiş insan-fekal kütləsi ilə sulanan bağ-bostan sahələri böyük təhlükə təşkil edir [8,13]. Məişət yolu ilə yoluxma da istisna edilmir. Xəstəliyin törədicisi dəyirmi helmint olan insan askarididir (askaris lumbicalis) [3]. Onlar iti uclu, bəzən uzunluğu 40 sm-ə çatan iri helmintlərdir. Qurdların bədəni yumru olub, rəngi çəhrayıdan ağ-sarıya qədər dəyişir. Dişi qurdlar erkək qurdlardan 1.5-2 dəfə uzun olurlar. Dişi askarid sutka ərzində 240 000-ə qədər yumurta qoya bilir. Həmin yumurtalar xəstənin nəcisi ilə torpağa düşdükdən 2-3 həftə sonra yetişərək insan üçün yoluxma mənbəyinə çevirirlər. Yumurtalar insan tərəfindən udulduqda onların bağırsaqlarında yumurtadan süfrələr çıxaraq bağırsağın damarlarına daxil olur, oradan qaraciyər, aşağı boş vena, ürəyin sağ mədəciyinə, ağciyər arteriyasına və nəhayət ağciyərin kapillyar şəbəkəsinə daxil olurlar. Ağciyərlərdən isə süfrələr bronxlara, traxeya, udlağa qalxaraq tüpürcək və bəlğəmlə təzədən udularaq mədəyə və nəhayət insanın nazik bağırsağına düşürlər. Burada helmint yetişmiş mərhələyə çataraq, özləri yumurta qoymaqla yayılmağa başlayırlar. Miqrasiya həftəsi 2 həftəyə qədər davam edir. yetişmiş askaridlərin yaşama müddəti isə bir ilə yaxındır [12].

Askaridozun toksini ciddi toksiki və allergik təsirə malikdir [9]. Askaridlərlə invaziya müxtəlif yoluxucu və somatik xəstəliklərin gedişini uzatmaqla yanaşı yoluxucu xəstəliklər zamanı immuniteti də poza bilir [6]. Hətta difteriya, qızılca, poliomielit kimi xəstəliklər üçün istifadə edilən peyvəndlərin effektivliyini belə azaldır [5,10].

Müasir dövrdə uşaqlarda askaridozun gedişinin əsas kliniki xüsusiyyətləri yaşdan asılı olaraq 70.8% hallarda allergik reaksiyalar, 75% hallarda mədə-bağırsaq traktının pozğunluqları, 54.2% yuxu, 43.7% isə iştahanın pozulması kimi əlamətlərlə özünü göstərir [15].

Bununla yanaşı kəskin faza məktəbəqədər və erkən yaşlı uşaqlarda hərarətin yüksəlməsi, əksər hallarda subfebrilitet, dəri səpgiləri, bəzən qarında ağrılar, ürəkbulanma, stulun pozulması, əksər hallarda quru, yaş öskürəklə keçən "uçucu" infiltratların əmələ gəlməsi, massiv infiltratlarda isə pnevmoniyalarla yanaşı plevropnevmoniyaya, yüngül sarılıq, taxikardiya ilə nəticələnən ürək pozğunluqlarına, hətta miokardiodistrofik dəyişikliklərə gətirib çıxara bilər.

Askaridozun xroniki mərhələsində epiqastral nahiyədə, göbək ətrafında, bəzən sağ qalça çuxurunda ağrılar, iştahanın azalması, qismən xəstələrdə aclıq hissi, stulun pozulması (ishal, qəbzlik), massiv invaziyalarda isə erkən yaşlı uşaqlarda dərinin, selikli qişalarının solğunluğu, hətta fiziki inkişafdan geri qalma belə müşahidə olunur.



Şək. Askaridozlu xəstələrin kliniki xarakteristikası

Hal-hazırda helmintlərin müalicəsində yüksək effektivliyə malik olan çoxlu sayda dərman preparatları mövcuddur. Onların əsas xüsusiyyəti istifadəsinin sadə olması və qəbulu zamanı törədicilərin ətraf mühitə ifrazının aktivləşməməsidir.

Son zamanlar ədəbiyyatda helmintlərin müalicəsində geniş istifadə olunan bəzi dərmanlara qarşı helmintlərin rezistentliyinin yaranması haqqında məlumatlara rast gəlinir [4].

Askaridoza qarşı effektli dərman preparatları sırasına piperazin, dekaris, pirantel, albendazol, vermoks kimi dərmanlar daxildir [1,7].

Bizim tədqiqatımızın məqsədi askaridozun müalicəsində istifadə olunan mebendazol və albendazol tərkibli dərmanların müqayisəli effektivliyini öyrənmək olmuşdur.

Askaridoz diaqnozu [2] xəstələrə Azərbaycan Tibb Universitetinin Tədris Terapevtik Klinikasının bazasında yerləşən kliniki laboratoriyada aparılan nəcisin ümumi analizinin əsasında qoyulmuşdur.

Biz müayinəyə 130 xəstə cəlb etmişdik. Xəstələrin yaş həddi 2-18 yaş arasında olub, həm oğlanlar, həm də qızlar daxil edilmişdir. Xəstələri 2 qrupa bölmüşdük. Müalicə ambulator olaraq aparılmışdır.

I qrupa 65 xəstə daxil edilmişdir. Xəstələrə yaşdan asılı olmayaraq hər kq çəkiyə 10 mg hesabı ilə dehelmintizasiya üçün albendazol təyin edilmişdir. Dərman preparatları 3 gün ərzində yeməkdən sonra gündə 2 dəfə verilirdi.

II qrupda da 65 xəstə var idi. Burada xəstələrin yaş həddi 2-18 yaş arasında olmaqla oğlan və qızlar daxil idi.

Cədvəl

Askaridozlu xəstələrin kliniki xüsusiyyətləri

Kliniki əlamətlər	Kəskin faza	Xroniki faza
Hərarətin yüksəlməsi	5 xəstə	1 xəstə
Dəri səpgiləri	32 xəstə	114 xəstə
Qarında ağrı	51 xəstə	56 xəstə
Ürəkbulanma	44 xəstə	45 xəstə
Stulun pozulması	39 xəstə	49 xəstə
Quru və yaş öskürək	22 xəstə	18 xəstə
Fiziki inkişafdan geriqalma	-	6 xəstə
Dəri solğunluğu	3	18
Iştahanın pozulması	34	42

Bu qrupa daxil olan xəstələr yaşdan asılı olmayaraq dehelmintizasiya məqsədi ilə gündə 2 dəfə yeməkdən sonra mebendazol (vermoks) qəbul edirdilər. Hər iki qrupda olan xəstələrdə heç bir hazırlıq görülməmişdir, xüsusi dieta təyin olunmamışdır.

Müalicə müddətində I qrupa daxil olan və albendazol qəbul edən xəstələrin 15-də (20.5%) qarında ağrı, 10-da (16%) ürəkbulanma, qusma, 5-də (7.8%) baş ağrısı kimi əlavə təsirlərə rast gəlindi.

II qrupa daxil edilən və mebendazol (vermoks) preparatı qəbul edən 65 xəstədən 3-də (4.7%) diareya, 2-də (3.1%) baş ağrısı müşahidə olundu.

Helmint əleyhinə aparılan müalicənin effektivliyini qiymətləndirmək üçün 3 günlük müalicə kursu qurtardıqdan sonra, 4 həftədən bir, 2 dəfə təkrarı kaproloji müayinə aparılmışdır.

I qrupadaxil olan və 3 gün ərzində albendazol qəbul edən xəstələrin 30-da (46%) təkrari müayinədə helmint aşkar olunmadı.

II qrupa daxil olan və 3 gün ərzində mebendazol qəbul edən xəstələrin isə 55-da (85%) təkrari müayinədə helmint aşkar edilmədi.

Beləliklə, apardığımız tədqiqatın nəticəsi olaraq, belə müəyyənləşdirmək olar ki, askaridozun müalicəsində mebendazol albendazola nisbətən müqayisədə daha effektli dərman preparatıdir. Mebendazolun istifadəsi zamanı arzuolunmaz təsirlərin meydana çıxması minimum dərəcədə müşahidə olundu. Digər tərəfdən albendazola nisbətən mebendazolun effektivliyinin daha yüksək olmasını biz albendazola qarşı helmintlərdə rezistentlik əmələ gəlməsi mövqeyinə üstünlük verdik. Bütün bunları nəzərə alaraq askaridozun müalicəsində seçim preparatı olaraq mebendazolun (vermoksun) istifadəsinə üstünlük verilməsi tövsiyyə edilir.

ƏDƏBİYYAT

1. Озерцовская Н.Н. Современные проблемы терапии гельминтозов // Паразитология, 1975, №3, с.271-276

2. Березанцев Ю.А., Автушенко Е.Л. Гельминтологическая копрологическая диагностика // Медицина, 1976, с. 8

3. Шульц Р.С., Основы общей гельмитологии. М.: Наука, 1975. Том 3, с.245

4. Hayt. Паразитарные болезни. // Перевод с английского. М.: Медицина, 1985, с.416

5. Б.А. Петровский // Популярная медицинская энциклопедия // 1987, с.704

6. Sher A.S Caffan R.L. Regulation of immunity to parasites by T/Cells amb T cell derived cytorines // Anm. rev immunology, 1992, v.10, p.385-409

7. Справочник Vidal, 1992, с.134, 196, 529

8. Лебедев Г.Б., Кефанов А.К. О роли объектов окружающей среды в распространении основных социально-значимых паразитология заболеваний // Мед паразит., 1998 №3, с.48-49

9. Weiss S.T. Parasites and asthma allergy/ what is the relationship // II allergy clin/ immunol, 2000, v.2, p.205-210

10. Васильев Ю.В. Болезни органов пищеварения. Издательство Дубль-Фрейнг, 2002, с.93
11. Кадошикова Г.В. Кандидатская диссертация. Пермь, 2004, с.143
12. А.А. Баранова, П.Л. Володина, Г.А. Саленгин Рациональная фармакотерапия детских заболеваний // Книга 2. Руководство для практикующих врачей. М., 2007, с.333
13. Елисена Ю.Ю., Лесмо М.Е. Детская инфекционная болезнь. Справочник. 2008, с. 704
14. Абдулазизов А.О. // Журнал современной науки медицинской технологии, 2012, выпуск 8
15. Комарова А.М., Бруцская П.М., Шайзадина Ф.М., Куманов Б.Ж.Проблема аскаридоза в центральном Казахстане // Международный журнал экспериментального оборудования, 2012, выпуск 7

Резюме

Сравнительная эффективность альбендазола и мебендазола в лечении аскаридоза

С.К.Рафиева, А.К.Джафарова, Р.Р.Мамедов, З.И.Мамедова

В предлагаемой статье изучена сравнительная эффективность препаратов албендазола и мебендазола в лечении аскаридоза. С этой целью в исследование были вовлечены 130 больных аскаридозом. Установлено, что в лечении аскаридоза мебендазол можно считать более эффективным препаратом.

Summary

Comparative effectiveness of albendazole and mebendazole in the treatment of ascaridosis

S.K.Rafiyeva, A.K.Jafarova, R.R. Mamedov, Z. I. Mamedova

In the given article, the relevant effectiveness of medicaments Albendazol and Mebendazol in treating Ascaridosis were studied. 130 patients with Ascaridosis disease were involved into this investigation. As the result, it was found that Mebendazol could be considered as more effective in treatment of Ascaridosis disease.

Daxil olub: 24.10.2016

МЁРТВОРОЖДАЕМОСТЬ В ШЕКИНСКОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ И ФАКТОРЫ ЕЁ РИСКА

С.Н.Мамедова

Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку

Açar sözlər: ölüdoğulma, oerinatal, risk faktorları
Ключевые слова: мертворождение, пренатальный, факторы риска
Key words: stillbirth, prenatal, risk factors

Мертворождаемость как критерий медико-демографических потерь, медико-социальной эффективности акушерско-гинекологической помощи изучается давно. Однако, сохраняется не стандартный подход к определению мертворождаемости, что оказывает существенное влияние на результаты научных исследований. Прошло более 30 лет, когда ВОЗ приняла решение не обращать внимания на сроки гестационного возраста при констации рождения живого ребёнка. Во многих странах до сих пор в категорию мертворожденных плодов относят лишь тех, которые родились без признаков жизни после 28 полных недель гестационного возраста (массой тела при рождении 1000 грамм и более). По этому, сохраняется разногласие о факторах и размерах риска мертворождаемости полученных в условиях не стандартного подхода к учету мертворождения [1-9]. В Азербайджане до 2015 года государственная статистика учитывала мертворождаемость, которая возникла после 28 полных недель гестационного возраста. В 2015 году страна перешла на новый порядок учёта мертворождаемости, который предусматривает включение в статистику мертворождаемости всех случаев рождения мертвого плода после 22 полных недель гестационного возраста.

Следует отметить, что независимо от порядка учета мертворождения при завершении беременности в любом периоде и любым способом в лечебно-профилактических учреждениях осуществля-

ется документирование с указанием срока гестации и массы плода. По этому, в архивах этих учреждений сохраняются сведения, которое позволяет группировать случаи мертворождения по старому (с 28 недель гестационного возраста, массой тела 1000 грамм и более) и новому (с 22 недель гестационного возраста, массой тела 500 грамм и более) порядку учёта.

Цель исследования. Провести сравнение уровня и факторов риска мертворождаемости при новом и старом порядке учёта мертворождения на примере Шекинского регионального перинатального центра.

Материалы и методы исследования. Единицей наблюдения явился случай завершения беременности после 22 полных недель гестации. Объект исследования был сформирован сплошным охватом всех единиц наблюдения за 2012-2014 гг (7251 случая). Общая совокупность была сгруппирована по возрасту (до 20, 20-24, 25-29, 30-34, 35 лет и более), паритету (первые, вторые, третье и последующие роды), индексу массы тела (< 25 и >25 кг/м^2), по наличие артериальной гипертензии, сахарного диабета и патологии щитовидной железы. Отдельно для каждого календарного года и для общей совокупности и выделенных групп были рассчитаны: мертворождаемость среди родившихся после 22 и 28 полных недель гестации (в расчёте на 100 всех родившихся), средняя ошибка уровня мертворождаемости и его 95% доверительный интервал (ДИ при t=2). Достоверность различия между сравниваемыми группами оценивалась критериями Z (при парном сравнении) и χ^2 (при сравнении нескольких групп). Связь между факторами риска (возраст матери, масса тела при рождении, паритет и прочее) и уровнем мертворождаемости определялась корреляционным анализом. При наличии существенной связи регрессионным анализом выводилось уравнение регрессии [10].

Полученные результаты. Данные о мертворождаемости в Шекинском перинатальном центре за 2012-2014 годы приведены в таблице 1. Уровень мертворождаемости после 22 и 28 полных недель гестации друг от друга отличался существенно, соотношение их составляло в среднем 4,2, было максимально в 2013 году (5,2) и минимально 2011 году (3,7). Очевидно, что преобладающее большинство случаев мертворождения приходится на 22 и 27 недель гестационного возраста. По этому, переход на новый порядок учёта живорождения будет ассоциироваться многократным (3,7-5,2) ростом мертворождаемости и перинатальной смертности.

Данные о мертворождаемости в зависимости от ряда социально-демографических факторов приведены в таблице 2.

Таблица 1

Мертворожденность в Шекинском перинатальном центре

Годы	Гестационный возраст	Все новорожденные	Мертворожденные	Мертворож-денность (на 100 всех рожениц)	95% ДИ уровня мертворождаемости
2012	22+	2092	66	3,15	2,41-3,90
	28+	2043	17	0,83	0,43-1,23
2013	22+	2388	90	3,76	3,01-4,53
	28+	2315	17	0,73	0,38-1,08
2014	22+	2771	76	2,74	2,13-3,35
	28+	2707	20	0,74	0,41-1,07
2012-2014	22+	7251	232	3,20	2,79-3,61
	28+	7065	54	0,76	0,55-0,97

Средний уровень мертворождаемости после 22 полных недель гестации за 2012-2014 годы составлял 3,20% (95% ДИ; 2,79 – 3,61%). Статистически значимо (p<0,05) ниже этого уровня мертворождаемость наблюдалась в группе женщин в возрасте 25-29 лет (2,28%; 95% ДИ: 1,75-2,83%), а выше – в возрасте 35 лет и старше (6,84%; 95% ДИ: 3,73-9,95%).

Уровень мертворождаемости в группах женщин в возрасте до 20 (3,37%), 20-24 (3,44%) и 30-34 лет (3,58%) был практически одинаков. Связь возраста матери (x) и уровня мертворождаемости после 22 полных недель гестации описывается хорошо аппроксимирующим уравнением регрессии:

$У = 0{,}0061x^3 - 0{,}4716x^2 + 11{,}6x - 88{,}145$ ($R^2 = 0{,}9585$)

Средний уровень мертворождаемости после 28 полных недель гестации составлял 0,76% (95% ДИ; 0,55 – 0,97%). В возрастных группах матерей величина этого показателя колебалась в интервале от 0,66% (95% ДИ: 0,07-1,25%) до 2,39% (95% ДИ: 0,46 -4,32%) и друг от друга статистически

значимо отличалась (p<0,01). Минимальная величина показателя отмечена в возрасте 30-34, а максимальная – в возрасте 35 лет и старше. В возрасте 20-24, 25-29, 30-34 лет уровень мертворождаемости после 28 полных недель гестации был сходным (0,80; 0,69 и 0,66%). Очевидно, что наименьшая величина уровня мертворождаемости после 22 и 28 полных недель наблюдалась в разных возрастах (соответственно: 25-29 и 30-34 лет), а максимальная величина в возрасте 35 лет и старше. Связь возраста матери (x) и уровня мертворождаемости после 28 недель гестации (y) описывается следующим уравнением:

$У=0,0011x^3 – 0,0794x^2 + 1,8287x-12,592$ ($R^2 = 0,9803$)

Таблица 2

Мертвожденность в зависимости от социо-демографических факторов

Факторы	Градация факторов	Гестационный возраст (полные недели)	Число родившихся живыми и мертвыми	Число родившихся мертвыми	Мертворожденность (на 100 родившихся живыми и мертвыми	95% ДИ уровня мертворожден-ности
Возраст матери годы	<20	22+	504	17	3,37	1,76-4,98
		28+	491	5	1,02	0,11-1,93
	20-24	22+	2938	101	3,44	2,77-4,11
		28+	2858	23	0,80	0,47-1,13
	25-29	22+	3112	71	2,28	1,75-2,83
		28+	3059	21	0,69	0,39-0,99
	30-34	22+	783	28	3,58	2,25-4,91
		28+	756	5	0.66	0.07-1,25
	35+	22+	263	18	6,84	3,73-9,95
		28+	251	6	2,39	0,46-4,32
Паритет	Первые роды	22+	2615	89	3,40	2,69-4,11
		28+	2547	19	0,75	0,41-1,09
	Вторые роды	22+	1742	41	2,35	1,62-3,08
		28+	1708	10	0,59	0,48-0,70
	Три и более роды	22+	2894	109	3,52	2,84-4,21
		28+	2810	25	0,89	0,54-1,24
Индекс массы тела кг/м^2	<25	22+	4728	137	2,89	2,40-3,38
		28+	4623	28	0,61	0.38-0.84
	>25	22+	2523	95	3,76	3,00-4,52
		28+	2442	26	1,06	0,65-1.47
Артериальная гипертензия	имеется	22+	615	48	7,80	5,64-9,96
		28+	604	12	1,95	0.82-3,08
	не имеется	22+	6636	184	2,77	2,37-3,17
		28+	6461	42	0.65	0,45-0,85
Сахарный диабет	имеется	22+	109	11	10,09	4,32-15,86
	не имеется	28+	91	3	3,29	0-7,03
	имеется	22+	7142	221	3,09	2,68-3,50
	не имеется	28+	6974	51	0,73	0,53-0,93
Патологии щитовидной железы	имеется	22+	232	18	7,75	4,24-11,26
	не имеется	28+	187	4	2,14	0,02-4,26
	имеется	22+	7019	214	3,05	2,64-3.46
	не имеется	28+	6878	50	0,73	0,52-0,94

В группах женщин по паритету наименьшая величина мертворождаемости после 22 и 28 полных недель гестации отмечалась при вторых родах (2,35 и 0,59%). Первые роды существенно не отличаются от вторых по уровню мертворождаемости после 28 полных недель (95% ДИ: 0,41-1,09 и 0,48-0,70%; p>0,05). В тоже время уровень мертворождаемости после 22 полных недель гестации при первых родах (3,40%; 95% ДИ: 2,69-4,11%) существенно больше, чем при вторых родах (2,35%;

95% ДИ: 1,62 – 3,08%). Сходное заключение прослеживается при сравнении уровня мертворождаемости при третьих и последующих родах. При этом уровень мертворождаемости после 22 и 28 полных недель составлял 3,52% (95% ДИ: 2,84-4,21%) и 0,89% (95% ДИ: 0,54-1,24%).

Избыточная масса тела матери (индекс >25 кг/м^2) ассоциируется достоверно высоким (по сравнение с нормальной массой тела) уровнем мертворождаемости после 22 (95% ДИ: 3,0- 4,52% и 2,40 – 3,38%) и 28 (95% ДИ: 0,65-1,47 и 0,38-0,84%) полных недель гестации. Риск мертворождаемости после 22 и 28 полных недель гестации статистически значимо увеличивается у женщин с артериальной гипертензией (95% ДИ: 5,64 – 9,96 и 0,82 – 3,08%), с сахарным диабетом (соответственно 4,32-15,86% и 0 -7,03%), с патологиями щитовидной железы (соответственно 4,24 – 11,26 и 0,02 – 4,26%).

Обсуждение полученных результатов. Уровень мёртворождаемости в Шекинском перинатальном центре в сроках гестации 22 полных недель и более (95% ДИ: 2,79 – 3,61%) является одним из высоких показателей. В литературе сообщается, что в Лондоне мертворождаемость в сроках гестации 24 полных недель и более составляла 0,72% [8]. В Омске (Российская Федерация) перинатальная смертность (в основном состоит из случаев мертворождения после 22 полных недель гестации) колебалась в интервале от 2,9% в 1996 году до 1,1% в 2010 году [9]. Соотношение перинатальной смертности среди родившихся после 22 и 28 полных недель гестации (массой тела более 500 и 1000 грамм) в Омске меньше 2, а по данным Шекинского перинатального центра соотношение мертворождаемости после 22 и 28 полных недель гестации превышает 4. Очевидно, что в Шекинском перинатальном центре риск мертворождаемости высок за счет случаев гибели плода в интервале 22 – 27 полных недель гестации. Повышение риска мертворождаемости в зависимости от возраста матери, паритета, наличие у нее избыточной массы тела, сахарного диабета и артериальной гипертензии отмечено в литературе [1-4]. В нашей работе это подтверждено, дополнительно выявлено повышение риска мертворождаемости на фоне болезней щитовидной железы у беременных женщин. Болезни щитовидной железы относительно больше распространены в Шекинском регионе, который является эндемической зоной из-за низкого уровня йода в почве и воде.

Выводы:

1. По данным Шекинского перинатального центра мертворождаемость среди родившихся после 22 полных недель гестации (3,20%) более чем в 4 раза превышает уровень мертворождаемости среди родившихся после 28 недель гестации (0,76%).
2. Возраст женщины 35 и более лет, первые, третьи и последующие роды, избыточная масса тела, сопутствующие патологии (артериальная гипертензия, сахарный диабет, болезни щитовидной железы) ассоциируются относительно высоким риском мертворождаемости.
3. Планируемый переход на новый порядок учета мертворождения (после 22 полных недель гестации, масса тела при рождении 500 грамм и более) в Азербайджане будет привести к существенному росту мертворождаемости и перинатальной смертности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаев Ф.Б., Нагдалиев А.С., Алиева К.Д. Критериальная значимость перинатальных потерь при оценке эффективности медицинской помощи // Общественное здоровье и здравоохранение. Казань. 2013, №1, с.29-32
2. Adane A.A, Ayele T.A., Ararsa L.G. et all. Adverse birth outcomes among deliveries at Gondar University Hospital, Northwest Ethiopia // BMC Pregnancy and Childbirth. 2014, 14:90
3. Donoghue D., Lincoln D., Morgan G., Beard J. Influences on the degree of preterm birth in New South Wales // Australian and New Zealand journal of public Health., 2013, v.37, №6, p. 562-567
4. Michalow J., Chola L., McGee Sh. et all. Triple return on investment: the cost and impact of 13 interventions that could prevent sill births and save the lives of mothers and babies in South Africa // BMC Pregnancy and Childbirth. 2015, v.15, p.39
5. National Perinatal Mortality and Morbidity Committee. Treenail report (2008-2010). 2011
6. Medical Research Council. Saving babies 2012-2013. Ninth report on perinatal care in South Africa. In: Pattinson RC, ed. Pretoria: Tshepesa Press; 2014
7. Sun L., Yue H., Sun B. et all. Estimation of high risk pregnancy contri buting to perinatal morbidity and mortality from a birth population-based regional survey in 2010 in China // BMC Pregnancy and Childbirth, 2014, v.14, p.338
8. Penn N., Oteng-Ntim E., Oakley L., Doyle P. Ethnic variation in stillbirth risk and the role of maternal obesity: analysis of routine data from a London maternity unit // BMC Pregnancy and Childbirth., 2014, v.14, p.404

9. Кравченко Е.Н., Синицина С.С., Мишутина А.В. К вопросу о переходе на международные критерии регистрации рождения детей в субъектах Российской Федерации на примере Омской области // Здравоохранение Российской Федерации. 2012, №5, с. 37-42
10. Стентон Г. Медико-биологическая статистика / Перевод с английского. М.. 1999, 459 с.

Xülasə

Şəki perinatal mərkəzində ölüdöğulma və onun risk amilləri

S.N.Məmmədova

Tədqiqatın məqsədi diridoğulma meyarlarının beynəlxalq standartlara uyğunlaşdırılması ilə bağlı ölüdoğulma əmsalının dəyişməsi ehtimalını əsaslandırmaqdır. 2012-2014-cü illərdə Şəki perinatal mərkəzində hestasiya müddətinin 22-ci tam həftəsindən sonra qeydə alınmış hamiləliyin bitməsi hadisələri (cəmi 7251). Nisbi kəmiyyətlərinin təsviri statistikası metodları. Tədqiqat meyarları hamiləliyin 22-ci həftəsindən sonra ana bətnindən çıxan və çıxarılan, kütləsi 500 qramdan çox olan, doğulanda həyat əlaməti olmayan döllər (ölü doğulmanın yeni meyarı); hamiləliyin 28-ci həftəsindən sonra ana bətnindən çıxarılan və çıxan, kütləsi 1000 qram və çox olan, həyat əlaməti olmayan döllər (ölüdoğulmanın 2015-ci ilə qədər mövcud olan meyarı). Yeni və köhnə meyarla qiymətləndiriləndə Şəki Perinatal mərkəzində ölüdoğulmanın səviyyəsi müvafiq olaraq 3,20% (95% etibarlılıq intervalı- 2,79- 3,61%) və 0,76% (95% etibarlılıq intervalı 0,55-0,97%) təşkil etmişdir. Hesab edilir ki, ölüdoğulma riski yaşın 34-dən çox olması, ananın bədən kütləsinin izafi olması, anada arterial hipertenziya və şəkərli diabetin qeydə alınması ilə bağlı artır. Yeni meyarın tətbiqi ölüdoğulma və perinatal ölümün artması ilə assosiasiya olunur. Bunun doğuşa yardım xidmətinin qiymətləndirilməsində nəzərə alınması tövsiyə olunur.

Summary

Stillbirth cases and its risk factors in Sheki Prenatal Centre

S.N.Mamedova

Purpose. Justification of possibility of change of the stillbirth coefficient in connection with adaptation of live births coefficient to international standards. *Materials.* Registered cases of ended pregnancy on the 22nd week of the gestation during 2012-2014 years in Sheki Prenatal Centre (totally 7251 cases). *Methods.* The relative quantities description statistics methods. *Criteria:* Fetuses removed from womb on the 22nd week of pregnancy with weight more than 500 grams, without ant live signs at the moment of birth (new criteria of stillbirth); Fetuses removed from womb on the 28th week of pregnancy with weight more than 1000 grams, without ant live signs at the moment of birth (criteria of stillbirth till 2015 year). *Conclusion.* At the moment of assessment of new and old criteria, rate of stillbirth in Sheki Prenatal Centre was accordingly 3,20% (95% confidence interval- 2,79-3,61%) and 0,76%(95% confidence interval 0,55-0,97%). It is thought that the stillbirth risk increases depending on mother's age (more than 34), excess body weight of the mother, maternal hypertension and diabetes. The application of the new criteria is associated with increasing of stillbirth and prenatal death cases. It is recommended this fact to be taken into account when assessing childbirth aid.

Daxil olub: 19.10.2016

YENİDOĞULMUŞLARDA MƏRKƏZİ SİNİR SİSTEMİNİN ZƏDƏLƏNMƏSİNİN ANTENATAL VƏ İNTRANATAL FAKTORLARI

N.Ə.Rzayeva
Silahlı Qüvvələrin Baş Klinik Hospitalı, Bakı

Açar sözlər: yenidoğulmuşlar, mərkəzi sinir sistemi, antenatal faktorlar, intranatal faktorlar
Ключевые слова: новорожденные, центральная нервная система, антенатальные факторы, интранатальные факторы
Key words: newborns, central nervous system, antenatal factors, intranatal factors

MSS-in perinatal zədələnmələri uşaqlıq və yeniyetməlik dövrlərində bir çox sinir-psixi pozuntuların, astenik vəziyyələrin və minimal beyin disfunksiyasının əsasını təşkil edir [1,2,3] və bu şəkildə həm tibbi, həm də ümumi somatik problem kimi qarşıda durur.

Yenidoğulmuşların vəziyyəti sıx şəkildə ananın reproduktiv sağlamlığının vəziyyəti ilə bağlı olur. Bir çox pre- və perinatal faktorlar vardır ki, onlar uşaqlarda MSS-in patologiyasına cavab verir [4]. Serebral pozuntuların bir çox pozuntuları ilə yanaşı olaraq ağırlaşmış hamiləlik və oğuş gedişatı ilə əlaqədar olaraq baş verən bətndaxili infeksiya, irsi və anadangəlmə patologiyalar, xronik və kəskin hipoksiyalar böyük əhəmiyyət kəsb edir. Döl və yenidoğulmuşlarda MSS-in hipoksik pozuntularının patogenezində antenatal və intranatal faktorların rolu haqqında məsələ sona qədər öz həllini tapmamışdır.

Tədqiqatın **məqsədi** yenidoğulmuşlarda mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsinin antenatal və intranatal faktorlarını öyrənilməsindən ibarətdir.

Tədqiqatın material və metodları. Hamiləlik zamanı döldə hipoksiyanın aşkar edilməsinin klinik əlamət hasab edilməsi və neonatal dövrdə patologyanın inkişaf etməsində antenatal inkişaf faktorlarının iştirak etməsilə əlaqədar olaraq tərəfimizdən xəstəlik tarixçələri öyrənilmişdir. Buraya sosial tibbi və mamalıq göstəriciləri, eləcə də kəskin və xronik hipoksiya keçirmiş anaların yenidoğulmuşlarında klinik əlamət və simptomlar daxildir.

Hamilələrin yaşı 22 yaşdan 37 yaşa qədər olmuş və orta yaş həddi 28,7±1,3 (cədvəl 1) təşkil etmişdir.

Cədvəl 1
Yenidoğulmuşların analarının yaş baxımından paylaşdırılması

Yaş (il)	Hamilələrin sayı (n=100)	
	Müt.r.	%
22-25	27	27,0
26-30	36	36,0
31-34	20	20,0
35-37	17	17,0

Alınan nəticələr və onların müzakirəsi. Təqdim edilən cədvəldən məlum olur ki, daha çox qadınlar 26-20 yaş arasında qrupa daxil olmuş, 36,0% təşkil etmişdir. 17,0% halda hipoksiya olan uşaqların analarının yaşı 35-37 arasında olmuşdur. Xronik hipoksiyaya daha çox 27 yaşdan yuxarı olan anaların uşaqlarında, kəskin hipoksiya isə 27 yaşa qədər olan anaların uşaqlarında qeydə alınmışdır (Cədvəl 2).

Cədvəl 2
Anaların yaşından asılı olaraq yenidoğulmuşlarda hipoksiyanın rastgəlmə tezliyi

Anaların yaşı	Hipoksiya növləri		
	Kəskin	Xronik	Qarışıq
22-24	7 (7,0)	-	-
23-25	14 (14,0)	4 (4,0)	2 (2,0)
26-28	2 (2,0)	5 (5,0)	2 (2,0)
29-31	2 (2,0)	12 (12,0)	9 (9,0)
32-34	1 (1,0)	18 (18,0)	6 (6,0)
35-37	-	12 (12,0)	4 (4,0)
Bcero	26 (26,0)	51 (51,0)	23 (23,0)

Müxtəlif doğuş metodları zamanı nevroloji pozuntuların təhlilinin nəticələri cədvəl 3-də öz əksini tapmışdır.

Cədvəl 3

Doğuşun növündən asılı olaraq MSS-in zədələnməsinin tezliyi

Doğuşların növlər	MSS-in zədələnməsi	
	Müt.r.	%
Fizioloji doğuşlar	10	10
Planlı keysəriyyə kəsiyi	30	30
Təcili keysəriyyı kəsiyi	32	32
Mamalıq maşalarından istifadə edilməklə doğuşlar	28	28

Göründüyü kimi 28% halda MSS-in zədələnməsi mamalıq maşalarının zədələnməsi ilə əlaqədar olmuşdur. Bu müdaxilələrə göstərişlər ana tərəfindən olmuşdur: 10% qadında doğuş fəaliyyətinin zəifliyi və 14% qadında qanaxmalar. Qeyd etmək lazımdır ki, maşalar səliqə ilə qoyulmuşdur. Doğuş fəaliyyətinin davamlı şəkildə zəif olması, sancıların zəifliyi, dölün başının çanaq dibində ilişib qalması, medikamentoz vasitələrin qeyri-effektiv olması bu metodun tətbiq edilməsinə sövq etmişdir. Məlum olduğu kimi dölün başının uzun müddət çanaq boşluğunda qalması həm döldə (mexanik və hipoksik faktorların yanaşı olması), həm də anada (sidik-cinsiyyət və bağıqsaq-cinsiyyət fistulları) doğuş travmatizminə gətirib çıxara bilir. Doğuşların ikinci yarısında baş verən qanaxmalar normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl qopması, göbək ciyəsinin ayrılması ilə əlaqədar olmuşdur.

Keysəriyyə kəsiyinin köməkliyi ilə doğuş prosesi daha çox xronik hipoksiya (51%) və kəskin hipoksiya ilə (14,0%) bağlı olmuşdur. Mamalıq maşalarının qoyulması hər iki xəstədə eyni olmuşdur. Aparılan belə əməliyyatların 28%-dən I qrupda 9 (9,7%) qadın, II qrupda 10 (5,5%) və III qrupda 9 (10,9%) qadında baş vermişdir. Anamnez göstəriciləri üzrə aşkar edilən risk faktorları cədvəl 4-də öz əksini tapmışdır.

Cədvəl 4

Xəstəlik tarixçəsi üzrə hamilələrdə risk faktorları

Risk faktorları	Hamilələrin sayı (n=100)	
	Müt.r.	%
Anamnezdə keysəriyyə kəsiyi	17	17,0
Anamnezdə vaxtında əvvəl doğuşlar	22	22,0
Anadangəlmə xəstəlikləri olan uşaqların doğulması	11	11,0
Ölü uşağın doğulması	10	10,0
Xronik xəstəliklər (angina, xronik bronxit, xronik tonzillit, xronik kolit, xronik qastrit, qstrit, xolesistit)	44	44,0
Sidik yollarının xronik infeksiyaları	53	53,0
Şəkərli diabet	5	5,0
Ailədə şəkərli diabetin olması	14	14,0
Hipertoniya	28	28,0
Hamiləliyin erkən mərhələsində uşaqlıq qanaxmaları	34	34,0
30 yaşdan yuxarı yaşda ilk doğuşlar	7	7,0

Yenidoğulmuşların analarının öyrənilən 100 xəstəlik tarixçəsində yüksək risk təşkil edənlər 88,0% təşkil etmişlər. Sidik-cinsiyyət sistemi (53,0%) və xronik xəstəlikləri (44,0%) olan qadınların üstünlük təşkil etməsi də xüsusilə diqqəti cəlb edir. Sidik yollarının xronik infeksiyaları 28,0% qadının anamnezində, xronik pielonefrit 19,0%-də qeyd edilmişdir. Xronik infeksiyanın yüksək tezliyi anamenzdə respirator infeksiya: angina (6,0%), xronik bronxit (7,0%), xronik tonzillit (8%) və mədə- bağırsaq tarktı xəstəlikləri: xronik kolit (9,0%), xronik qastrit (8,0%) və xolesistit (6,0%) olan qadınlarda yüksək kəskinləşmə ilə şərtlənmişdir. 34 qadından hamuləliyin başlanğıcı uşaqlıq qanaxmaları iləmüşayiət olmuşdur, bununla yanaşı olaraq qanaxmalar 28-36 yaşlar arasında qeydə alınmışdır. Qeyd etmək lazımdır ki, 85% qadında 2-3 faktorun yanaşı olması qeydə alınmışdır. Belə ki, 26% qadında uşaqlıq qanaxması ilə yanaşı xronik tonzillit, 23%-də arterial hipertenziya ilə yanaşı sidik yollarının xronik infeksiyaları, 13% qadında xronik qastrit ilə yanaşı şəkərli diaet üzrə irsi ağırlaşma qeydə alınmışdır. Aparılan tədqiqatlardan məlum olmuşdur ki, 28,0%: qadının anamnezində qeydə alınan hipertoniya daha çox 31-37 yaşlarında baş vermişdir.

Xəstəlik tarixçələrinin təhlilindən məlum olmuşdur ki, vaxtında əvvəl doğuş olan 22 qadından 13 nəfəri əvvəllər cinsi yolla keçən infeksiyalar üzrə müalicə almışlar. Anamnezində anadangəlmə uşaqların doğulması olan 11 qadın arasında 4-də inkişaf qüsuları və 7-də nevroloji qüsurlar olmuşdur.

Hazırki hamiləlik zamanı ekstragenital patologiyaya 89%, toksikoz-58%, hamiləlik düşüyü təhlükəsi 37%, ağırlaşmış mamalıq anamnezi 59% qadında olmuşdur. 42,0% halda uzun müddət dölün mayesiz qalması, sürətli və ildırım sürətli doğuşlar, çanaq və yan gəliş, göbək ciyəsinin dölün boynuna ikiqat dolanması kimi ağırlaşmalar qeydə alınmışdır. 10,0% halda doğuşlar sərbəst olmuşdur, 62,0% halda ağır hestoz, doğuş fəaliyyətinin zəifliyi, ciftin qopması, dölün xronik hipoksiyası fonunda kəskin asfiksiya baxımından, müvafiq olaraq 8,0%, 6,0%, 5,0% və 4,0% halda keysəriyyə kəsiyi aparılmış, 28% halda mamalıq maşası qoyulmuşdur.

Cədvəl 5

Yenidoğulmuşların müayinə edilən qruplarında antenatal dövrün klinik gedişatının müqayisəli xarakteristikası (n=100)

Əlamətlər	Yenidoğulmuşlar qrupu		
	I (n=26)	II (n=51)	III (n=23)
Birinci dəfə hamiləlır	8/30,8	17/33,3	10/43,5
Təkrar hamilələr birinci doğanl	8/30,8	22/43,1	15/65,2
Təkrar doğanlar	10/38,5	12/23,5	8/34,8
33 yaşdan yuxarı birinci dəfə doğanlar	4/15,4	10/19,6	7/30,4
Peşə zərərləri	11/42,3	19/37,2	9/39,1
Əlverişsiz sosial status	12/46,1	25/49,0	14/60,9
Hamiləlik zamanı siqaret çəkmə	2/7,7	5/9,8	2/8,7
Düşüklər	7/26,9	30/58,8	10/43,5
Uzun müddəli sonsuzluq	3/11,5	9/17,6	2/8,7
Əvvəllər doğulmuş uşaqların ölməsi	3/11,5	6/11,8	2/8,7
4 həftədən çox hestoz	8/30,8	14/27,4	7/30,4
Hamiləlik zamanı anemiya	5/19,2	17/33,3	11/47,8
Bədən çəkisinin patoloji artması	3/11,5	21/41,2	10/43,5
Anamnezdə cinsi yolla keçən infeksiyaların olması	2/7,7	6/11,8	5/21,7
Urogeniyal mahiyə infeksiyaları	12/46,1	34/66,7	7/30,4
Mədə-bağırsaq traktı xəstəliklər	1/3,8	14/27,4	8/34,8
Ürək-damar sistemi xəstəliklər	2/7,7	18/35,3	7/30,4
Endokrin pozuntular	2/7,7	8/15,7	6/26,1
Allergik xəstəliklər	9/34,6	20/39,2	8/34,8
Xronik infeksiya ocaqları	16/61,5	41/80,4	14/60,9
Hamikəlik zamanı kəskin infeksiyalar	3/11,5	22/43,1	9/39,1

Tədiqatların gedişatında yenidoğulmuşların qrupları üzrə anaların anamnezinin müqayisəli təhlili aparılmışdır. Cədvəl 5-də müayinə edilən uşaqların qrupları üzrə ayrı-ayrı risk faktolarının rastgəlmə tezliyi təhlil edilmişdir.

Təqdim edilən cədvəldən məlum olur ki, kəskin hipoksiyanın olması dövrü onunla xarakterizə olunmşdur ki, bu uşaqların analarında daha çox 61,5% halda xronik infeksiya ocaqları, urogeniyal nahiyə infeksiyaları- 4,61%, əlverişsiz sosial status- 46,1%, peşə zərərləri-42,3%, allergik xəstəliklər - 34,6%, 4 həftədən çox hestoz- 30,8% olmuşdur. Kəskin hipoksiya olan uşaqların doğulduğu analar arasında təkrar doğanlar 38,%5, ilkin doğanlar 30,8% təşkil etmişdir. II qrupda I qrup yenidoğulmuşların analarından fərqli olaraq daha çox təkrar doğanlara rast gəlinmişdir- 43,1%. Onların 33,3%-ni birinci dəfə hamilə olanlar təşkil etmişdir. xronik hipoksik-işemik zədələnməsi olan yenidoğulmuşların analarında risk faktorlarından xronik inefskiya, urogenital nahyiə infeksiyaları (66,7%), düşükləri (58,8%), əlverilsiz sosial status (49,0%), hamiləlik zamanı kəskin infeksiyaları (43,1%) yüksək göstəricisini qeyd etmək lazımdır.

Alınan göstəricilərdən belə qənaətə gəlmək olaq ki, yanaşı gedən formalı hipoksiya olan yenidoğulmiuşların analarında daha çox əlverişsiz sosial vəziyyət- 60,9%, xronik infeksiya- 60,9%, hamiləlik zamanı anemiya- 47,8%, hamiləlik düşükləri- 43,5%, bir o qədər bədən kütləsinin yüksək şəkildə artması (43,5%) və peşə zərərləri (39,1%) kimi faktorlar qeyd edilmişdir. yanaşı gedən patologiyalı uşaqların anaları arasında II qrupda olduğu kimi təkrar hamilə, lakin birinci doğanlara- 65,2% daha çox rast gəlinmişdir.

Beləliklə, müayinə qruplarından əlverişsiz faktorların ratsgəlmə tezliyi nəzarət qrupu ilə müqayisə edilərək aşkar edilmişdir ki, MSS-in hipoksik-işemik zədələnməsi üçün daha xarakterik olmuşdur.

Ümumilikdə 100 anadan bu əlamət 71% qadında qeydə alınmışdır, urogenital nahiyə infeksiyaları 53,0% qadında olmuşdur.daha çox əlevrişsiz sosial status kimi faktor da qeyd edilmiş, 51,0% təşkil etmişdir. Hamiləlik düşükləri hər 3 qrupda olmuş, 47,0% təşkil etmişdir.

Əlverişsiz faktorların rastgəlmə tezliyini qiymətləndirdikdə MSS-in hipoksik-işemik zədələnməsi yenidoğulmuşların analarında peşə zərərləri kimi faktorların olduğu da qeydə alınmışdır. Bu faktor 39,0% təşkil etmişdir. Aparılan təhlildən məlum olmuşdur ki, peşə zərərləri arasında bunlar üstünlük təşkil etmişdir: sinir-emosional gərginlik (12,0%), ikinci yerdə temperatur faktoru- (8,0%), üçüncü yerdə fiziki gərginlik- (7,0%), dördüncü yerdə qazlı, tozlu, küylü və vibrasiyalı yerlər- (uyğun olaraq 4% və 3%), kompyuterlə fəaliyyətbeçinci yerdə olmuşdur (2,0%), daha az çəkisi olan peşə zərərləri qan, irinli infeksiya və USM ilə təmas olmuşdur (3,0%).

Peşə zərərləri müntəzəm olduğunu 40,0%, daimi təsir göstərdiyini 39,0%, qısa müddətli olduğunu 8,0% qadın qeyd etmişdir.

II və II qruplarda bütün uşaqlar yüksək risk qrupuna olan hamiləliklərdən doğulan uşaqlar olmuşdur (I trimestrdə hamiləlik düşüyü təhlükəsi, I trimestrdə toksikoz, anemiya, hestoz, kəskin infeksioan xəstəliklər epizodları, xronik xəstəliklərin kəskinləşməsi). 29 (29,0%) uşaqda göbək ciyəsinin dölün oynuna dolanması qeyd edilmişdir. Doğuş dövrünün başqa ağırlaşmaları 18(18,0%) uşaqda olmuşdur.

Qeyd etmək lazımdır ki, 30 təkrar doğandan 14 nəfərdə əvvəlki hamiləlikdən doğulanlarda sinir sisteminin perinatal zədələnməsi qeydə alınmışdır.

Tərəfimizdən hər 3 qrupa aid olan uşaqların analarının mamalıq anamnezinin aparılan müqayisəli təhlilindən məlum olmuşdur ki, III qrup (yanaşı gedən hipoksiya) uşaqlarda II qrup (xronik hipoksiya) və I qrup (kəskin hipoksiya) ilə müqayisədə daha ağır mamalıq anamnezi olmuşdur.

Alınan nəticələrdən belə qənaətə gəlmək olar ki, fetoplasentar qan dövranı pozuntusu ilə müşayiət olunan hamiləlik düşüyü təhlükəsinin aradan qaldırılması yenidoğulmuşlarda MSS-in posthipoksik zədələnməsi riskini kəskin şəkildə aşağı salır.

Aparılam tədqiqatlar yenidoğulmuşlarda sinir sisteminin hipoksik zədələnməsinin inkişafında perinatal risk faktorlarının əhəmiyytini təsdiq etmişdir. Belə ki, kəskin hipoksiya 25 yaşa qədər olan birinci hamilə və birinci doğan analardan doğulmuşlar, xronik hipoksiya olan uşaqlar 26 yaşdan yuxarı 99% halda ağır somatik anamnezi olan, doğuş və hamiləliyinin sayı olan analardan doğulmuşlar. Xronik və yanaşı gedən hipoksiya olan yenidoğulmuşların analarının qrupunda 100% halda fetoplasentar çatışmazlıq qeyd edilmişdir, buna səbəb hestoz və ya xronik (81%) və ya yanaşı gedən (72%) hipoksiya olmuşdur. Doğuş fəaliyyətinin təhlilindən məlum olmuşdur ki, daha çox doğuşlarda ağırlaşmalaar kəskin və yanaşı gedən hipoksiyalı uşaqlar doğulmuşdur. Bu zaman doğuş fəaliyyətinin zəifliyi sonradan güclənməsi 70% halda qeyd edilmişdir. Kəskin hipoksiya əsasən böyük bədən kütləsi olan uşaqlar məruz qalmışdır, xronik hipoksiya olan uşaqlarda 68% halda dölün boyu və inkişafı ləngimişdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Власюк В.В. Патология головного мозга у новорожденных и детей раннего возраста. М.: Логосфера, 2014, 288 с.

2. Дементьева Г.М. Низкая масса тела при рождении. Гипоксия плода и новорожденного / Приложение к журналу «Российский вестник перинатологии и педиатрии». М., 2003, 89 с

3. Копцева А.В., Виноградов А.Ф., Иванова О.В. Особенности перинатального поражения ЦНС и прогнозирование результатов лечения у недоношенных детей с ЗВУР // Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2010, №3, с.20-25

4. Пальчик А.Б. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных/ А.Б. Пальчик, Н.П. Шабалов. М.:МЕДпрес-информ, 2009, 256 с

5. Володин Н.Н. Неонатология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР- Медиа, 2013. 896 с.

6. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия ново-рожденных. М.: МЕДпресс-информ, 2009

7. Козлова Е.М. Особенности позднего неонатального периода у новорож- денных, перенесших тяжелую перинатальную гипо-ксию: Автореф. дис.... док. мед. наук. Н. Новгород, 2009, 42 с.

8. Ледяйкина Л.В. Патогенетические ас-пекты формирования и фармаколо- гической коррекции гипоксии новорожденного: Авто-реф. дис. ... док. мед. наук. Саранск, 2013. 32 с.

9. Радаева Т.М., Ганеев К.Г., Чекалова С.А. Перинатальные поражения нервной си-стемы. Клиника. Диагностика. Лечение. Н. Новгород: Изд. НГМА, 2009. 132 с.

Резюме

Антенатальные и интранатальные факторы риска поражения нервной системы у новорожденных

Н.А.Рзаева

Проведенные исследования подтвердили значимость перинатальных факторов риска для развития гипоксических повреждений нервной системы новорожденного. Так, острая гипоксия чаще возникала у новорожденных от матерей в возрасте до 25 лет с относительно благополучным анамнезом, от первой беременности и родов; хроническая – от матерей старше 26 лет с отягощенным в 99% случаев соматическим анамнезом, преимущественно от вторых и больших по счету беременности и родов. В группе матерей новорожденных с хронической и сочетанной гипоксией в 100% случаев диагностирована фетоплацентарная недостаточность, причиной которой являлся гестоз при хронической (81%) и при сочетанной (72%) гипоксии. Анализ родовой деятельности показал, что чаще осложнения в родах имели женщины, родившие детей с острой и сочетанной гипоксией, при этом родовая слабость с последующим родоусилением отмечалась в 70% случаев. Острой гипоксии были подвержены, в основном, дети с большой массой тела, хроническая гипоксия в 68% наблюдений способствовала замедлению роста и развития плода.

Summary

Antenatal and intranatal risk factors for neurological damage in newborns

N.A.Rzayeva

The conducted studies confirmed the importance of perinatal risk factors for the development of hypoxic injuries of the neonatal nervous system. Thus, acute hypoxia often occurred in newborns from mothers under the age of 25 with a relatively favorable history, from the first pregnancy and childbirth; Chronic - from mothers over 26 with 99% of cases of somatic history, mainly from second and large pregnancy and childbirth. In the group of mothers of newborns with chronic and combined hypoxia, fetoplacental insufficiency was diagnosed in 100% of cases, the cause of which was gestosis in chronic (81%) and with combined (72%) hypoxia. The analysis of labor activity showed that women who gave birth to children with acute and combined hypoxia were more likely to have complications in childbirth, with a generic weakness followed by delivery in 70% of cases. Acute hypoxia was mainly influenced by children with a large body weight, chronic hypoxia in 68% of the observations contributed to a slowdown in the growth and development of the fetus.

Daxil olub: 29.09.2016

METABOLİK SİNDROMU OLAN XƏSTƏLƏRDƏ KƏSKİN KORONAR SİNDROM ZAMANI RİSKİN SİNİFLƏNDİRİLMƏSİ VƏ MÜALİCƏ STRATEGİYASI

R.İ.Cəfərov

Akad.C.Abdullayev adına Elmi-tədqiqat Kardiologiya İnstitutu, Bakı

Açar sözlər: metabolik sindrom,kəskin koronar sindrom,risk,müalicə strategiyası.
Ключевые слова: метаболический синдром, острый коронарный синдром, риск, стратегия лечения
Key words: metabolic syndrome,acut coronary syndrome,risk,strategy of the treatment.

Kəskin koronar sindromu (KKS) qiymətləndirmək, diaqnostika, proqnoz və müalicəsi üçün patofizioloji halları özündə birləşdirən və qanda biomarkerlərlə xarakterizə olunan ümumi topludan istifadə etmək vacibdir. Bir sıra elmi-tədqiqatların nəticələrinə əsaslanaraq, çox markerli yanaşmanın riskin stratifikasiyasını yaxşılaşdırması haqqında məlumatlar ədəbiyyatda [1] öz əksini tapmışdır.

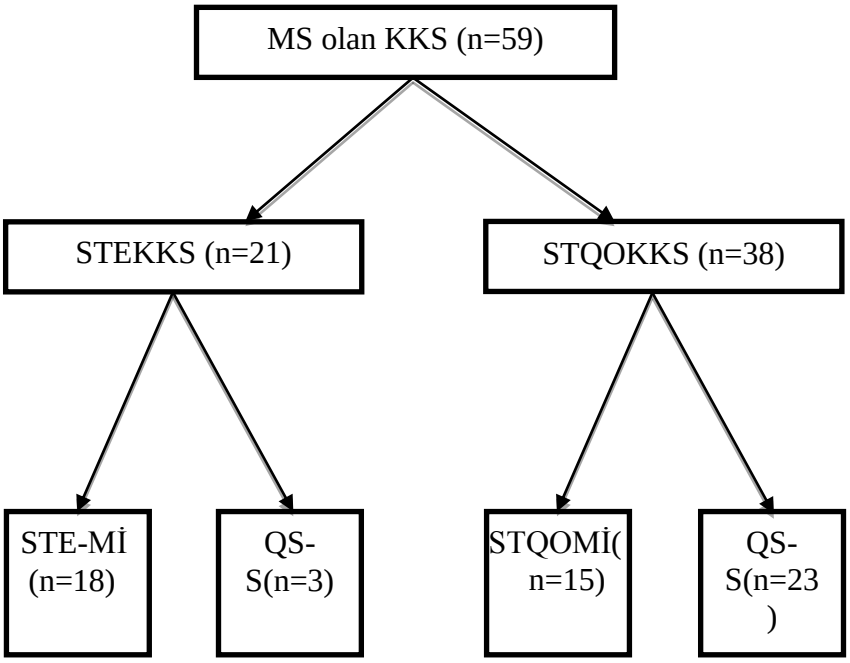
Məlumdur ki, KKS özündə bir neçə formanı birləşdirir. Onlardan ST segmentinin qalxması olmayan (STQO) KKS diaqnozunun qoyulması və riskin qiymətləndirilməsi mümkün qədər tez icra edilməlidir [2]. Həyat üçün təhlükəli olan qeyri-kardial hallar STQO-KKS təqlid edə bildiyi üçün,onların diaqnozu vaxtında müəyyənləşməlidir.

Xəstələrin vəziyyətini qiymətləndirmək üçün xəstəliyin riskini bilmək vacib şərtdir. Geniş xəstə

populyasiyalarında bir neçə risk stratifikasiyaları işlənib hazırlanmış və təsdiq edilmişdir.

TİMİ (Trombolysis İn Myocardial İnfarcion) üzrə risk hesablamaları [3,4] TİMİ-11B tədqiqatının populyasiyasından alınmışdır və TİMİ-11B və ESSENSE tədqiqatlarının xəstələri üzrə, həmçinin, Mayo klinik populyasiyasında, TİMİ-3 və Portuqaliya Registirlərində təsdiqlənmişdir. Müxtəlif risk qruplarında TİMİ risk hesablamaları ilə müalicənin effektliyi qiymətləndirilir. FRİSC hesablamaları eyni dəyişən kəmiyyətlərə əsaslanır və FRİSC-2 tədqiqatının 1 ildən sonrakı nəticələri əsasında işlənib hazırlanmışdır [3]. Bunun vasitəsi ilə erkən dövrdə invaziv müalicə strateqiyasının uzun müddətli faydası təkrarən göstərilən yeganə tədqiqat olması sübut edilmişdir. PURSUIT risk hesablaması qeyri-stabil stenokardiya və STQO-Mİ-lı xəstələrdə ayrılıqda riskin stratifikasiyasının aparılmasına imkan verir.

Bütün bu risklərin araşdırılması xəstələrin həyatında gələcək aqibətləri və düzgün müalicə strategiyasını seçməyə imkan yaradır. Yuxarıda deyilənləri nəzərə alaraq, aparılan tədqiqatın məqsədi Metabolik sindromu olan xəstələrdə KKS zamanı riskin sinifləndirilməsi və müalicə strategiyasının işlənib hazırlanması olmuşdur.



Şək. 1. Xəstələrin qruplara bölünməsi

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqat 59 xəstə üzərində aparılmışdır. Xəstələr 35-65 yaş arasında olmuşdur. Tədqiq olunan xəstələr 2 qrupa bölünmüşlər: birinci qrupa ST seqmentinin elevasiyası olan(21), ikinci qrupa isə ST seqmentinin qalxması olmayan xəstələr (38) daxil edilmişdir.

MS-lu xəstələrin seçilməsi YMP-IIIproqramına əsaslanmışdır:

– Ac qarına hiperqlikemiya; ac qarına qlükozanın qanda səviyyəsi ≥6,1 mmol/l olması;

– Abdominal piylənmə: kişilər üçün QD>102 sm və qadınlar üçün>88 sm olması (irsiyyətdə ürək-damar xəstəliklərinə və ya 2-tip ŞD-ə meyllik varsa QD-nin sərhəd zonası kişilərdə 94 sm-ə qədər azaldılır);

– Hipertriqliseridemiya: TQ-in qanın plazmasında səviyyəsi ≥1,7 mmol/l olması;

– YSLP –in səviyyəsi : kişilər üçün <1,04 mmol/l və qadınlar üçün <1,3 mmol/l olması ;

– AT≥130/85 mm Hg olması;

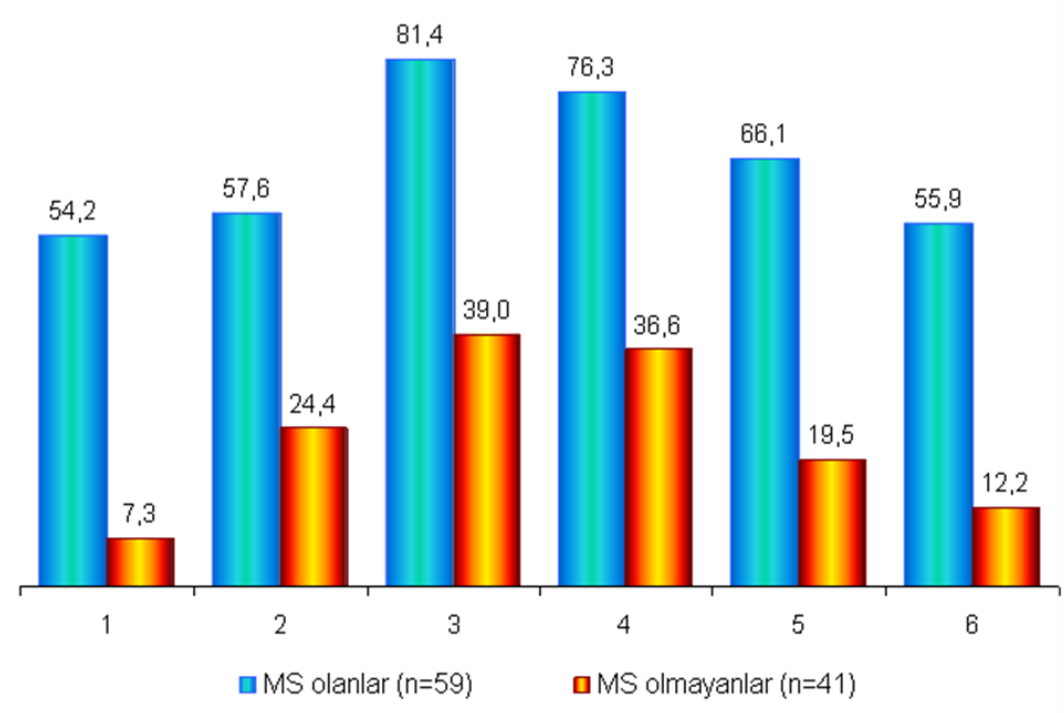
Göstərilən 5 kriteriyadan 3-nün olması metobolik sindromun diaqnostikası üçün kifayət etmişdir. KKS aşağıdakı klinik təzahürlərlə xarakterizə olunur;

– Sakit halda əmələ gələn döş sümüyü arxasında ≥20 dəqiqədən çox davamlı yandırıcı, kəsici, ağrıların olması, ağrıların soyuq tərlə müşayət olunması və ya ağrıya ekvivalent təngnəfəslik, bunların fonunda ölüm qorxusu və s.

– İlk dəfə baş verən stenokardiya (de novo) (Kanada Ürək Damar Cəmiyyətinə görə III funksional sinif (FS) stenokardiya)

– Əvvəllər stabil olan stenokardiyanın (ən azı III FS stenokardiya) sonradan qeyri-stabil stenokardiyaya çevrilməsi

– Mİ-dan sonrakı stenokardiya.



1 Aşağı səviyyə HDLc+hipertriqliseridemiya
2 Karbohidrat mübadilə pozulmaları
3 Aşağı səviyyə HDLC
4 Hipertoniya
5 Hipertriqliseridemiya
6 Yüksək BMI

Şək. 2. Kəskin koronar sindromlu xəstələrdə metabolik sindromun mövcud olub-olmamasından asılı olaraq xəstələrin xarakteristikaları

Bütün xəstələrdə qanın biokimyəvi analizi aparılmış, KFK (izofermenti-MB-KFK) və LDH-nın, daha spesifik olan Troponinin qan plazmasındakı səviyyəsi öyrənilmişdir.

MS olan KKS-lu xəstələrdə AH-nın qiymətləndirməsi aparılmışdır. Xəstələrin AT-nin ölçülməsi yaxınlaşma formasında Korotkov metodu və arterial təzyiqin sutkalıq manitorlanması (ATSM) metodu ilə icra edilmişdir. Bundan başqa arterial təzyiqin sutkalıq monitorlanması Təxirəsalınmaz Kardioloji Şöbədə yatan xəstələrdə distansion "Dinamap ® pro 1000" aparatı vasitəsi ilə icra edilmişdir. Gündüz saatları arasında interval 15 dəqiqə, gecə saatları arasında interval 30 dəqiqə götürülmüşdür (ONK tövsiyələri, 1997-ci il). Statistikada bu cür intervalların müşahidəsinin nəticəsi inandırıcıdır. Monitorun qoyulması mütləq səhər saatlarında qanunauyğun şəkildə aparılmışdır. Müayinə 26-28 saat davam etmişdir. Xəstələrə istirahət vaxtlarını, yuxu, şikayətlərini qeyd etmək üçün gündəlik verilmişdir.

KKS-un diaqnozunun qoyulması üçün rutin olaraq 12 aparmada EKQ və diaqnostika üçün ehtiyac olarsa 2 qütblü Neb aparmalarında EKQ çəkilir.

EKQ müayinələr xəstələrdə 1, 2, 3, 6 və 12-ci günlər stasionar müalicə vaxtı və 1, 6 və 12-ci aylar ambulator müayinələr vaxtı izlənmişdir.

Koronar qan təchizatını qiymətləndirmək üçün Funksional Elektrokardioqrafiya – veloerqometriya və yaxud tredmil testindən istifadə olunmuşdur.

KKS-lu xəstələrdə yataq şəraitində və xəstəxana daxilində aktivləşmə vaxtı xəstəliyin proqnozunu qiymətləndirmək üçün Holter Elektrokardioqrafik Monitorlaşma (HEM) aparılmışdır. Holter elektrokardioqrafik monitorlaşma üsulu ilə xəstədə gizli işemiya, ritm pozğunluqları, blokadaların olub-olmaması və s. izlənmişdir.EKQ-də tək, cüt və ya qrupşəkilli mədəcik tipli ekstasistoliyaların, ritm pozğunluqlarının müşahidə edilməsi, elektrokardioqrafik işemiya və ya stenokardik tutma ilə üst-üstə düşməsi onların işemik fonda yarandığını xarakterizə edir. Holter elektrokardioqrafik monitorlanma 6-12-ci aylarda KKS-dan müalicə olunmuş xəstələrdə ola biləcək riskin stratifikasiyasını qiymətləndirmək üçün

aparılmışdır. KKS-la Təxirəsalınmaz Kardioloji Şöbəyə–İntensiv Terapiya Blokunadaxil olan xəstələr bir qayda olaraq 24 saat, həyati göstərişlər olduqda daha çox Dinamap ® pro 1000 və Dinascope Fukuda Denchi HR-500 aparatları ilə distansion elektrokardioqrafik monitorlanma ilə izlənmişlər.

Xəstələrin exokardioqrafiyası ənənəvi üsulla aparılmışdır. Sol mədəciyin funksiyalarını öyrənmək üçün H.Feigenbaumun (1986) ümumi qəbul olunmuş 2 ülçülü sektoral görüntü metodikasından istifadə olunmuşdur. Sol mədəciyin funksional qabiliyyəti, ürəkdaxili hemodinamika, ürək boşluğunun həcmin ölçülməsi,son diastolik həcm, son sistolik həcm,atım fraksiyası,vurğu həcmi,qan dövranının dəqiqəlik həcmi, ürək indeksi və s. öyrənilmişdir. Sol mədəciyin ön, arxa divarının qalınlığı ölçülmüş,arxa divarın kinetikası,mədəciklərarası çəpərinhərəkəti, sol mədəciyin lokal hərəkət pozğunluğu qiymətləndirilmişdir. Sol mədəciyin divarlarının kinetikasını qiymətləndirmək üçün aşağıdakı xarakteristikalar verilir: hipokineziya, akineziya, diskineziya.

Doppler-exokardioqrafik üsul ilə transmitral axın sürəti və sol mədəciyin diastolik funksiyasının, proqnoz və riskin qiymətləndirilməsi, müalicə stratifikasiyası aparılmış, rəngli doppler-exokardioqrafiya vasitəsi ilə isə qapaqlarda işemik disfunksiya və işemiya nəticəsində yaranan digər patoloji proseslər qiymətləndirilmişdir.

KKS-un diaqnostikasında "qızıl standart" müayinə sayılan Koronar-angioqrafiya selektiv polipozisyon koronar-angioqrafiya Jubkins və ya Sones metodikası ilə həyata keçirilmişdir. Sol koronar arteriyanın (LCA) kontrastlaşması düz, ön-sağ və sol çəp proyeksiyada yerinə yetirilir. Sağ koronar arteriyanın (RCA) kontrastlaşdırılması düz və sol çəp proyeksiyada icra edilir. LCA-nın kötüyünün tədqiqi aksial proyeksiyadan yerinə yetirilir. Koronar arteriyalarda aterosklerotik zədələnməni qiymətləndirmək üçün L.C.Zinqerman klassifikasiyasından istifadə olunur (1974). Koronor-angioqrafiya müayinəsi-Simens anguostar aparatı ilə yerinə yetirilib, kontrast maddə pomiray-370 istifadə olunmuşdur.

Cədvəl 1

Miokardda baş verən dəyişikliklərin klinik morfoloji qiymətləndirilməsi və dinamikada izlənməsi

Miokardda baş verən dəyişikliklər	İlk günlər		1 ay		3 ay		6 ay		12 ay	
	müt.	%	müt.	%	müt.	%	müt.	%	müt.	%
ÜÇ (ürək çatmamazlığı)	8	13.6	6	10.2	3	5.1	3	5.1	2	3.4
KŞ (kardiogen şok)	5	8.5	–	–	–	–	–	–	–	–
Anevrizma	13	22.0	13	22.0	13	22.0	13	22.0	13	22.0
Killip təsnifatı	4	6.8	–	–	–	–	–	–	–	–
I sinif	2	3.4	–	–	–	–	–	–	–	–
II sinif	2	3.4	–	–	–	–	–	–	–	–
III sinif	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
IV sinif	1	1.7	–	–	–	–	–	–	–	–
Dresler sindromu	4	6.8	2	3.4	–	–	–	–	–	–

Alınmış nəticələr və onların müzakirəsi. MS olan kəskin koronar sindromlu xəstələrdə miokardda baş verən dəyişikliklərin nəticəsindən asılı olaraq xəstəliyin riski və proqnoz dəyişmişdir. Bu cədvəl 1-də qeyd edildiyi kimi müşahidə edilmışdir.

Məlum olduğu kimi, miokardın kütləsi nə qədər çox zədəyə məruz qalarsa, kəskin ürək çatmamazlığı riski o qədər çox müşahidə obyektinə çevrilmiş ola bilər.

Cədvəldən göründüyü kimi, daxil olan 8 (13,6%) xəstədə ürək çatmamazlığı müşahidə olunmuş, həmin xəstələr Killip təsnifatı üzrə klinik xüsusiyyətlərinə görə qiymətləndirilmişdir. Aparılan adekvat müalicələrin nəticəsi olaraq 1ay sonrakı araşdırmada 6 (10,2%) xəstədə ürək çatmamazlığı əlamətləri müşahidə olunmuş, lakin Killip təsnifatına görə daha yüngül qradiasiya qeyd edilmişdir. 3-cü ayda xroniki ürək çatmamazlığı manifestiyası 5 (8,5%) xəstədə, 2(3,4%) xəstədə ÜC II FS, 3(5,1%) xəstədə ÜC III FS qeyd edilmişdir. Davamlı standart və invaziv müalicələrə baxmayaraq, 6 ay sonrakı müqayisəli analizdə 7(11,9%) xəstədə xroniki ürək çatmamazlığı müşahidə olunmuşdür. Cədvəldən göründüyü kimi, 2(3,4%) xəstədə ÜÇ I FS, 1 (1,7%) xəstədə ÜÇ II FS, 2(3,4%) xəstədə ÜÇ III FS və nəhayət, 2 (3,4%) xəstədə ÜÇ IV FS olmuşdur ki, bu da metobolik sindromu olan kəskin koronar sindromlu 7 (11,9%) xəstədə ürək çatmamazlığı ilə nəticələnmişdir. 12 ay sonrakı araşdırmalarda aparılan adekvat müalicə, invaziv strategiya və revaskluyarizasiyaya (aorta-koronar şuntlama) baxmayaraq, 8 (13,6%) xəstədə xroniki ürək çatmamazlığı inkişaf etmişdir. 1 (1,7%) xəstədə ÜÇ I FS, 2 (3,4%) xəstədə ÜÇ II FS, 2 (3,4%) xəstədə ÜÇ III FS, 3 (5,1%) xəstədə isə ÜÇ IV FS qeyd edilmişdir.

Kardiogen şokla daxil olan xəstələr 5 (8,5%) nəfər olmuşdur, onlardan 3 (5,1%) xəstədə exitus qeyd

edilmişdir. 1 (1,7%) xəstə 6 ay sonra təkrar miokard infarktı stentin trombozu diaqnozu ilə daxil olmuş, kardiogen şok inkişaf etmiş, exitus qeyd edilmişdir. Belə bir fikir yürütmək olar ki, tromboz magistral arteriyaya qoyulmuş stentdə baş vermişdir. Kardiogen şokda ölüm 80-90% təşkil edir. Miokard infarktında arterial təzyiq 80 mm Hg-dan aşağı düşdükdə kardiogen şok əlamətlərinin inkişaf etməsi üçün əlverişli şərait yaranır. Kardiogen şok xəstəliyin ilk günü, nadir hallarda miokard infarktının 2-4-cü günü inkişaf edir. Bizim apardığımız tədqiqat aparılan tədqiqatların nəticəsi ilə uyğundur.

Remodelləşmə daxil olan xəstələrin ilk 10 günü müddətində başlanmış, 14 (23,7%) xəstədə müşahidə olunmuşdur. 1 ay sonrakı müşahidə vaxtı bu rəqəm dəyişməmişdir. 6 ay sonrakı müşahidə zamanı daha 2 (3,4%) xəstədə, 12 ay sonrakı müşahidə vaxtı 1 (1,7%) xəstədə sol mədəciyin remodelləşməsi qeyd edilmişdir. Apardığımız araşdırmaların nəticəsi deməyə əsas verir ki, bədən kütləsi indeksi 33-35-dən yuxarı olan kəskin koronar sindromlu xəstələrdə remodelləşmə və bunun nəticəsi olan anevrizma və ürək çatmamazlıqları arasında korrelyasion asılılıq vardır.

Daxil olduqları ilk 10-cu gündən 1ci ay müddətində 10 (16,9%) xəstədə sol mədəciyin müxtəlif lokalizasiyalı anevrizması inkişaf etmişdir. 1-3-cü aylarda dəyişiklik olmamış, 6-cı ayda 1 (1,7%) xəstədə, 12-ci ayda daha 1 (1,7%) xəstədə xroniki anevrizmalar inkişaf etmişdir. İstər kəskin, istərsə də xroniki anevrizmaların əmələ gəlmə səbəbləri polimorfdur. Lakin burada metobolik sindromun meyarlarının rolu yuxarıda qeyd olunduğu kimi qaçılmazdır.

Cədvəldən 1-dən göründüyü kimi, infarkdan sonra Dressler sindromu 2(3,4%) xəstədə müşahidə olunmuşdur. Xəstələrdən birində klinik gedişə uygğun olaraq 14-cü gün, ikinci xəstədə isə 16-cı gün Dressler sindromu qeyd edilmişdir. Bu sindromun patogenezində autoimmun prosesin olması ədəbiyyatdan məlumdur. Sindrom özünü perikardit, plevrit, pnevmonitlə göstərir. Bəzi müəlliflər Dressler sindromunda artrit, hətta qlomerulonefritin də autoimmun fonda inkişaf etdiyini göstərirlər.

Müvafiq tədbirlər əsasında proses sönmüşdür. Sonrakı ambulator müayinələr, araşdırmalar zamanı (I-III ay) 2 xəstədə prosesin uzanması və nəzarətə götürülmüş digər xəstələrdə Dressler sindromu aşkarlanmamışdır.

Tədqiqata daxil olmuş 2 (3,4%) xəstədə miokard infarktı yaranan gündən 2 gün sonra döş sümüyü arxasında nəfəsalma aktında, öskürdükdə, kəskin, bəzən küt ağrılar əmələ gəlmişdir. Ağrıların intensivliyi bədənin vəziyyətindən asılı olaraq dəyişmişdir. Auskultasiyada perikardın sürtünmə küyü eşidilmişdir. Miokard infarktında az hallarda perikard boşluğunda çox miqdarda hemorragik maye toplanır (hemiperikardit). Əgər xəstə bu vaxt, ürəyin tamponadasından ölməzsə, bu ləng gedişlə yapışan perikarditə keçər, bu da özünü qabarıq ağrılarla büruzə verir. Müalicənin yolu ancaq cərrahi müdaxilədir. Bunlarla qeyd etmək istərdik ki, ürəyin hər bir ağırlaşmasına ciddi yanaşmaq, riski düzgün qiymətləndirmək lazımdır. Xəstəliyin 4-5-ci günü 3 (5,1%) xəstədə, 8-ci gündə 2 (3,4%) xəstədə bədən temperaturunun yüksəlməsi, subfebrilitet, arabir üşütmə hissi müşahidə olunmuşdur. Xəstələrin müalicəsinə antibiotik əlavə edilmiş, lakin antibiotiklərə refrakterlik qeyd olunmuşdur. Müayinə vaxtı, müvafiq xəstələrdə sol mədəcik daxili divarönü tromb izlənmişdir. Xəstələrdə trombun anevrizma daxilində göründüyü qeyd olunmuşdur. 1 (1,7%) xəstədə 2-ci gün döş qəfəsində kəskin ağrı, təngnəfəslik, qan hayxırma müşahidə olunmuşdur. Klinik gedişat əvvəlcə kəskin sol mədəcik çatmamazlığı kimi qiymətləndirilsə də, sonra ağciyərlərin auskultasiyasında sol ağciyərin aşağı payında krepitasiyanın olması ağciyər arteriyasının trombemboliyası olması haaqqında şübhəmizi artırmışdır. Klinik ələmətlərə görə xəstəyə TKŞ-də döş qəfəsinin rengenoqrafiyasında infarkt pnevmaniya diaqnozu qoyulmuş, müvafiq müalicə nəticəsində vəziyyətdən çıxmışdır. Müayinə vaxtı sağ mədəcikdə trombun hər zaman izlənməməsi diaqnostika üçün şübhə yaratmır.

MS olan Kəskin koronar sindromlu xəstələr xəstələyin gedişindən asılı olaraq sinifləndirilmişdir. ST-seqmentinin qalxması olmayan 4 (6,8%) xəstədə agrılar müvafiq müalicə fonunda keçmiş, klinik yaxşılaşma qeyd olunmuşdur (cədvəl 2).

STEMI-lı xəstələrdə də yuxarıda qeyd olunduğu kimi anginoz ağrılar əsas klinik təzahür olmuşdur. Xəstələrdə ağrıların intensivliyi, irradiasiyası daha qabarıq olmuşdur. Obyektiv müayinədə xəstələrin rənglərinin avazıması, burun-dodaqlarının sianozu, profuz tərləmələri nəzərimizi cəlb etmişdir. Bu periferik arteriya-arteriolalarda baş verən mikrosirkulyasiyanin pozğunluğu ilə izah olunur. Ürək tonlarıniın bir qədər karlaşması qeyd olunmuşdur. ST-elavasiyası olan Mİ 12 nəfər (29,3%) xəstədə ağrılar TKŞ-yə daxil olduqdan, adekvat müalicə başlandıqdan 2saat (2saat±0,35dəq) sonra götürülmüşdür. Xəstəliyin klinikasının bu cür fəsadsız gedişi okkluziyanın baş verdiyi koronar arteriyada qan təchizatının müəyyən qədər bərpa olunması və / və yaxud kollateral damarların olması, onlarda zədələnmiş zonanı qidalandırmaq üçün kifayət qədər damar keçiriciliyinin olması ilə izah olunur. Mİ-nın asılı olduğu koronar arteriyalarda koronar perfuziyanin bərpası autoliz, spontan-trombolizis və eyni zamanda aparılan adekvat müalicənin nəticəsi ola bilər. Qeyd olunan xəstələrə təcili yardım briqadası tərəfindən aparılan tədbirlər 250 mq

Aspirin çeynədilməsi və göbəkətrafı nahiyyədə dəri altına 10.000 vahid heparinin inyeksiyası ilə tamamlanmışdır. Bu qrup xəstələrdə sonrakı 48 saat müddətində anginoz ağrılar və ya ağrıların ekvivalenti müşahidə olunmamışdır. Müvafiq xəstələrdə infarkdan sonra yarana biləcək erkən yaranan stenokardiya, yaxud ekvivalenti qeyd olunmamışdır. Auskultativ olaraq xəstələrdə ürək tonlarında bir qədər karlaşma qeyd olunmuşdur. Rezorbsion-nekrotik sindrom (A.V.Vinoqradov) mülayim keçmiş, eyni zamanda ekstrakardial ağırlaşmalar müşahidə olunmamışdır. Bu xəstələr AKCqəbul etdikləri riskin stratifikasiyasına (2012) görə orta risk qrupu kimi qiymətləndirilmişdir. Bütün xəstələrdə müayinələrin (miokardın zədələnməsinin göstəriciləri, EKQ, EXO-KQ, koronar-angioqrafiya) nəticələrindən sonra riskin stratifikasiyasına görə xəstələr qiymətləndirilmiş və müxtəlif klinik gedişdə şərh olunmuşdur. Daxil olan digər xəstə qrupunda anginoz ağrı ilə birlikdə 2 xəstədə səyrici aritmiya müşahidə olunmuşdur. Xəstələrin sayı 5 (12,2%) nəfərdən ibarət olmuşdur. 2 (4,9%) nəfərdə səyrici aritmiyanın müddəti 1ilə yaxın, qalan 3 xəstə (7,3%) epizodik olaraq son 1 ildə ürəkdöyünmə hiss etdiklərini qeyd etmişlər, EKQ və monitor müşahidə zamanı qabarıq sinus taxikardiyası qeydə alınmışdır. Səyrici aritmiyanın koronar arteriya daxili aterosklerotik düyün cırılması üçün risk faktoru olması düyündən əvvəl və sonra təzyiqlər fərqində yaranan qradiyentlə izah olunur. Yuxarıda qeyd olunanlar deməyə əsas verir ki, ritm pozğunluğu ÜİX-nin klinik təzahürlərindən biri olmaqla yanaşı KKS-in, bilavasitə Mİ-nın yaranmasında risk faktorudur. Xəstələrin yaxın stasionar daxili və uzun müddətli proqnozlarında ağırlaşma müşahidə edilməmişdir.

Cədvəl 2

Braunvald kriteriyasına görə klinik qiymətləndirmə stratifikasiyası

	İlk 48 saat		3-14 gün		1ay		3 ay		12 ay	
	müt	%	Müt	%	Müt	%	Müt	%	Müt	%
48 saat sonra ağrıların təkrarlanması	9	15.3	2	3.4	2	3.4	2	3.4	2	3.4
Braunvald kriteriyası	16	27.1	11	18.6	9	15.3	8	13.6	10	16.9
Aşağı riskli	4	6.8	4	6.8	4	6.8	3	5.1	4	6.8
Orta riskli	5	8.5	2	3.4	3	5.1	3	5.1	4	6.8
Yüksək riskli	7	11.9	5	8.5	2	3.4	2	3.4	2	3.4
Erkən stenokardiya	16	27.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

E.Braunwald meyarına əsasən kəskin miokard infarktına transformasiyasına görə aşagı riskli xəstələr hesab olunurlar. Xəstələrin 5 (8,5%) nəfərində agrıların residivləşməsi müşahidə olunmuş, təkrar qeyri-narkotik analgetiklərə və narkotik analgetiklərə ehtiyac olmuşdur. Xəstəliyin gedişini nəzərə alaraq beta-adrenoblakatorların dozaları qaldırılaraq sutkalıq doza 100-150 mq-a çatdırılmışdır. Eyni zamanda aspirinə alternativ olaraq klopidoqrel molekulasına malik olan vazoqrel müalicəyə əlavə olunmuşdur. Xəstəliyin bu cür gedişi (qeyri-stabil stenokardiyanin kəskin miokard infarktına keçməsi) E.Braunwald (1994) kriteriyasına görə orta risk kimi qiymətləndirilmişdir. Növbəti 48 saatda agriların təkrarlanmaması aterosklerotik düyünlərdə destabilizasiyanın tormozlanması haqqında fikir yürütməyə əsas verir. 7 (11,9%) nəfərdə xəstəliyin gedişi ciddi agır olmuşdur. 16 (27.1%) xəstədə infarktdan sonra erkən stenokardiya müşahidə olunmuşdur. Aterosklerotik düyünün destabilizasiyası MS olan kəskin koronar sindromlu xəstələrdə damarların kritik və difuz daralması və ya endotelin disfunksiyasının nəticəsidir. Braunvald kriteriyalarına əsasən risk stratifikasiyasına görə siniflənən xəstələrdə 12 aylıq izlənmədə aşağı, orta və yüksək riskli xəstələrdə azalan istiqamətdə olsa da (cədvəl 2) şikayətlər davam etmişdir. Belə ki, ağrılar qəbul vaxtı davamlı olmuş, profuz tərləmə, kəskin halsızlıqla müşahidə olunmuşdur. Sonrakı 48 saat müddətində ağrıların təkrarlanması, 20 dəqiqədən çox çəkməsi, profuz tərləmə, hipertenziv sindrom və bəzi xəstələrdə kəskin halsızlığın arterial hipotoniya ilə müşayət olunması diqqətimizi cəlb etmişdir. Bu ST-seqmentinin qalxması olmayan KKS-li xəstələrdə yüksək riskli xəstələr E.Braunwald (1994) kriteriyasının dərəcəsinə görə qeyri-stabil stenokardiyanın kəskin miokard infarktına transformasiyası üçün daha ağır kateqoriya hesab olunmuşdur. Müvafiq xəstələrdə aterosklerotik düyünün ya koronar kötükdə (ana koronar), ya da koronar arteriyaların çox şaxələrində yüksək faizlərlə tutulması əvvəlcədən qiymətləndirilir.

Braunvald risk siniflənməsi xəstəliyin gedişini müəyyənləşdirməyə və həkimin xəstənin alqoritmik olaraq müalicə taktikasını seçməyə istiqamət verir.

Beta-adrenoblokatorlar STQO-KKS-da, qeyri-stabil stenokardiyada və eyni zamanda STE-Mİ-da beta-1-reseptorlarını blokada edərək ürək yığılmalarının sayını azaldır, ürəyin oksigenə olan tələbatını azaldır. Eyni zamanda qanda dövr edən katexolaminlərin təsirini inhibə edirlər. Meta-analiz belə fikir yaratmışdır ki, beta-blokatorlarla müalicə STQ-Mİ-na doğru irəliləyən nisbi riskin 13% azalması ilə müşaiyət olunurki,

bizim tədqiqatda belə nəticə alınmışdır [4]. Beta-blokatorlarla müalicənin effektliyi ürək yığılmalarının sayını dəqiqədə 50-60 arasında olması olmuşdur.

Antikoaqulyantlarlar STQO-KKS-in müalicəsində əhəmiyyətli yer tutur, bunlara antitrombositar inhibisiya əlavə olunduqda onların effektliliyi daha da artmışdır.SOG-1-in inhibisiyasını tezləşdirmək üşün aspirini dil altında 160-325 mq dozada çeynədilmişdir. 3 tədqiqatın nəticələrində birmənalı olaraq göstərilmişdir ki, aspirin qeyri-stabil stenokardiyalı xəstələrdə ölüm və miokard infarktı hallarını azaldır [5]. Antitrombotik Trialists Collaboration meta-analizi hadisənin sayının 46% azalmasını sübut etmişdir. Eyni zamanda xəstələrə klopidaqre l75 mq-dan 325mq qədər dozada təyin olunmuşdur ki, bu da tədqiqatlarda öz əksini tapır [6,7]. TQO-KKS-in müalicəsində tiklopidin yalnız bir tədqiqatda öyrənilmişdir. 6 aylıq müalicədə ölüm və miokard infarktı riskinin 46% azalması qeyd edilmişdir. CURE və CAPRİE (2004) tədqiqatlarında klopidoqrelin aspirinlə və tək (aspirinə əks-göstəriş) verilməsində damar hadisələrinin qarşısı (infarkt, insult) xeyli alınmışdır. Müəyyən edilmişir ki, trombositlərin aqreqasiyasının qarşısı 300 mq-dan az klopidoqreldə əhəmiyyətli deyildir. Lakin STQO-KKS-lı xəstələrdə klopidoqrelin yüksək dozada istifadəsinin nəticələrini göstərən böyük miqyaslı kliniki tədqiqatların nəticələri yoxdur. Angioqrafiyadan sonra klopidoqrelin gecikdirilmiş təyini məsləhət görülə bilməz, çünki,STQO-KKS-in erkən mərhələsində fəsadlara daha tez-tez rast gəlinir. Yüksək riskə yaxın olan xəstələrdə, xüsusilə tropanin səviyyəsi yüksək olan, ST depressiyası və ya diabeti olan xəstələrdə, istər eptifibatid, istərsə də trofibanın ilkin erkən müalicə kimi daxilə qəbul olunan antitrombotik dərmanlara əlavə olunması məsləhətdir. Klinik simptomların və ST seqmentinin qalxması və yə sol ayaqcığın blokadası əsasında Mİ diaqnozu qoyulmuş xəstələrə məlum əks-göstəriş olmadığı hallarda gecikmədən aspirin və fibrinolitik terapiya aparılmışdır. Əsl məqsəd fibrinolizisi xəstənin yardıma çağırışı anından etibarən 90 dəqiqə müddətinə ("çağırış-iynə" zamanı) və ya xəstəxanaya daxil olduqdan 30 dəqiqə müddətində ("qapı-iynə" zamanı) başlamaq olmuşdır,

STQO-KKS-da koronar revaskuliyarizasiya və davam edən miokardial işemiyanı azaltmaq və Mİ-nin və ölüm hallarının qarşısını almaq üçün tətbiq olunur. Miokardın revasklarizasiya üçün göstəriş və müalicə üsulunun (PKM ya AKŞ) seçimi koronar angioqrafiya ilə müəyyən olunan zədələnmənin dərəcəsindən və yayılmasından və yanaşı xəstəliklərin mövcudluğundan asılıdır. Koronar angioqrafiya zamanı koronar vazokonstriksiyanı azaltmaq üşün KKS-da koronar vazodilatatorlar koronar arteriyanın içərisinə vurulur, sonra angioqrafiya aparılır.

TİMİ-3B və FRİSC-2 tədqiqatlarından alınan məlumatlar göstərir ki, qeyri-sabit koronar sindromlu xəstələrin 30-38%-də bir damar, 44-59%-də isə çox damar xəstəliyi (koronar damarın 50%-dən çoxunun daralması) mövcuddur. Sol koronar kötüyün daralması tezliyi 4-8%-dir. 14-19% hallarda arteriyalarda əhəmiyyətsiz dəyişiklik olur. Hal-hazırda qərb ölkələrində KKS-da revaskluyarizasiya üçün invaziv müdaxilə 14%-dən 53%-ə qədər təşkil edir. Nəticələr qiymətləndirildikdən sonra riskin stratifikasiyasından asılı olaraq müalicə ya medikamentoz təqiblə, ya da revaskluyarizasiya ilə ardıcıl medikamentoz təqiblə davam etdirilir. STQO-KKS-lu xəstələrdə işemik hadisələrin qayıtma riski yüksəkdir.

Xəstələrdə ikincili profilaktikanın aparılması KKS-in qayıtma riskini azaldır. Belə ki, medikamentoz təqib uzun müddətli və bəzən daimi olmalıdır (əlbəttə ki, əks-göstəriş yoxdursa). Həyat tərzinin yaxşılaşdırılmasının ÜİX-dən, o cümlədən STQO-KKS-dan əziyyət çəkən xəstələrdə faydalı olması sübut edilmişdir. Onlarda siqaret ləğv edilməli, spirtli içkilərin istifadəsi azaldılmalı (mülayim qəbulu faydalı ola bilər),çəkinin azaldılmasına nail olmaq lazımdır (BKİ<25 kq/m², kişilərdə QD<102 sm, qadınlarda QD<88 sm-ə olması arzuolunandır). Aydındır ki, bu göstəricilərin yüksək rəqəmlərdə olması MS üçün zəmin yaradar və gələcəkdə xəstələrdə qayıdan işemik riskin olması təhlükəsini qarşıya çıxarar. KKS-in müalicəsində lipid spektrinə təsir göstərilməsi vacib şərtlərdəndir və uzun müddət aparılmalıdır. Son rəhbər prinsiplər əsasən ASLx-i 100 mq/dl (2,6 mmol/l-dən aşağı) səviyyədən aşağı salmaq məqsədilə pəhrizi statinlərlə birgə kombinasiya şəklində və ya statinlərin digər lipidazaldıcı vasitələrlə kombinasiyası şəklində təyini tövsiyyə olunur (AHA/ACC guidelines-2006)

Angiotenzin çevirən fermentlərin inhibitorları (AÇF inhibitorları) Mİ-dan sonra sol mədəciyin (SM) funksiyasının azalması (klinik ürək çatışmazlığı ilə və ya onsuz) olan xəstələrdə sağ qalmanı yaxşılaşdırmaq və remodelləşməni azaltmaqda faydalıdır. AÇFinhibitorlarının işlədilməsi əvvəllər sol mədəciyin disfunksiyası ilə məhdudlaşırdısa, hal-hazırda onun aterosklerozun yarada biləcəyi riskləri azaltması haqqında geniş Avropa tədqiqatları vardır.

Mİ-da ölüm hallarının qarşısını almaq vacib şərtdir. Çoxsaylı tədqiqatlarda kəskin koronar çatmamazlıq nəticəsində baş verən bütün ölüm hallarının 30-50% xəstəliyin birinci ayına təsadüf etməsi sübuta yetirilmişdir. Ölüm hallarının təqribən yarısı ilk 2 saat ərzində başverir. Fibrinolitik terapiya, aspirinin tətbiqi və koronar daxili müdaxilələrin nəticəsində 1 aydan sonra bütün ölüm hallarını 6-7%-ə düşmüşdür. Bu rəqəmlər trombolizis və /və ya invaziv müdaxilə aparma imkanı olan xəstəxanalarda belədir. Avropa

Ürək Araşdırmaları tədqiqatının nəticələrinə görə ST seqmentinin yüksəlməsi ilə gedən KKS-lu xəstələrdə ölüm faizi ilk 1ayda 8,4%-dir. WHO (ÜST, ümumdünya səhiyyə təşkilatı)- MONİKA tədqiqatçıları sübut etməyə çalışmışlar ki, Mİ-dan 28 gün ərzində baş verən ölüm faizinin azalmasına səbəb istifadə olunan son müasir müalicə üsullarıdır [1].

Nəticə:

1. MS olan KKS-li xəstələrdə miokardda baş verən dəyişikliklərin nəticəsindən asılı olaraq xəstəliyin riski və proqnoz dəyişmişdir. MS olan bütün xəstələrdə riskin stratifikasiyasına görə ritm pozğunluğu ÜİX-nin klinik təzahürlərindən biri olmaqla yanaşı KKS-in, bilavasitə Mİ-nın yaranmasında risk faktoru kimi qiymətləndirilmişdir. Braunvald risk siniflənməsi xəstəliyin gedişini müəyyənləşdirməyə və həkimin xəstənin alqoritmik olaraq müalicə taktikasını seçməyə istiqamət verir.

2. KKS-li xəstələrdə yüksək riskli xəstələr E.Braunwald (1994) kriteriyasının dərəcəsinə görə qeyri-stabil stenokardiyanın kəskin miokard infarktına transformasiyası üçün daha ağır kateqoriya hesab olunmuşdur. STQO-KKS olan xəstələrdə koronar revaskuliyarizasiya davam edən miokardial işemiyanı azaltmaq və Mİ-nin, ölüm hallarının qarşısını almaq üçün tətbiq olunmuşdur.

ƏDƏBİYYAT

1. Quliyev F., Baxşıyev M., Zahidova K. və b. Kəskin koronar sindromun diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol. Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. Bakı: "CCC Azərbaycan" MMC, 2012, 60 s.
2. Goodacre S., Pett P., Arnold J. et al. Clinical diagnosis of acute coronary syndrome in patients with chest pain and a normal or non-diagnostic electrocardiogram // Emerg. Med. J., 2009, v.26 (12), p. 866-70
3. Grundy S.M., Cleeman J.I., Daniels S.R. et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association / National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. // Circulation, 2005, v.112 (17), p. 2735-52.
4. Holvoet P., Kritchevsky S.B., Tracy R.P., Mertens A. The Metabolic Syndrome, Circulating Oxidized LDL, and Risk of Myocardial Infarction in Well-Functioning Elderly People in the Health, Aging, and Body Composition Cohort. // Diabetes, 2004, v.53 (4), p.1068-73.
5. McCurdy CE1, Klemm DJ. Adipose tissue insulin sensitivity and macrophage recruitment: Does PI3K pick the pathway? // Adipocyte. 2013, v.2(3), p135-42
6. Marcus G.M., Cohen J., Varosy P.D. et al. The utility of gestures in patients with chest discomfort // Am. J. Med. 2007, v.120 (1), p. 83-89.
7. Masquio D.C., de Piano A., Campos R.M. et al. Saturated fatty acid intake can influence increase in plasminogen activator inhibitor-1 in obese adolescents.// Horm Metab Res., 2014, v.46(4), p.245-51.
8. Grundy S.M., Brewer H.B., Cleeman J.I. et al. Definition of metabolic syndrome: report of the National, Heart, Lung, and Blood Institute / American Heart Association conference on scientific issues related to definition // Circulation, 2004, v.109, p 433-438.
9. Zeller M.L., Steg P.G., Ravisy J. et al. Prevalence and Impact of Metabolic Syndrome on Hospital Outcomes in Acute Myocardial Infarction // Arch Intern Med. 2005, v.165(10), p.1192-1198.

Резюме

Классификация риска и разработка стратегии лечения при остром коронарном синдроме у больных с метаболическим синдромом

Р.И.Джафаров

Целью исследования является классификация риска и разработка стратегии лечения при остром коронарном синдроме (ОКС) у больных с метаболическим синдромом. В исследование было включено 59 больных. Их возраст был в пределах 35-65 лет. Обследуемые больные распределены на 2 группы: в первую группу было вошли 21 больной с элевацией ST сегмента, а во вторую – 38 больных, у которых не наблюдалось повышение ST сегмента. При остром коронарном синдроме в зависимости от результатов изменений, происходящих в миокарде, у больных с МС были изменены риск и прогноз заболевания: 1. У больных с МС при остром коронарном синдроме в зависимости от результатов изменений, происходящих в миокарде, были изменены риск и прогноз заболевания. Ввиду стратификации риска у всех больных с МС было оценено нарушение ритма (являясь одним из клинических проявлений ИБС) как фактор риска возникновения ОКС, непосредственно самого ИМ. Классификация риска по Braunvald-у позволяет определить протекание болезни, а также врачу выбрать алгоритм тактики лечения больного. 2. Больные с высоким риском ОКС относились к наиболее тяжелой категории ввиду трансформации нестабильной стенокардии в острый инфаркт миокарда из-за степени критерия E.Braunwald (1994). У больных с невозрастающим сегментом ST-

ОКС с целью сокращения продолжающихся случаев миокардиальной ишемии и ИМ, а также предотвращения случаев смерти была внедрена коронарная реваскуляризация.

Summary

Strategy of treatment and classification of risk of patients with metabolic syndrome during acute coronary syndrome

R.I.Jafarov

The goal of the examination was classification of risk in the patients with metabolic syndrome during SCS and implementation of therapy strategy.Examination was conducted over 59 patients. Patients were between 35-65 ages. Examined patients were divided in 2 groups: first group consists of ST segment elevated (21) and second group consists of ST segment non-elevated (38) patients.Risk and forecast of disease was changed by depending on changes occurred in myocardium in severe coronary syndrome patients with MS:1. Risk and forecast of disease was changed by depending on changes occurred in myocardium in severe coronary syndrome patients with MS. Rhythm disorder in all patients with MS due to risk stratification was directly assessed as risk factor in SCS and MI along with being one of clinical manifestation of IDH. Braunwald risk classification gives direction for determination of disease progress and election of therapy tactics of patient by doctor algorithmically.2. High-risk patients between SCS patients were considered as more severe category for transformation of non-stable stenocardia into severe myocardial infarction due to range of E. Braunwald (1994) criterions. Coronary revascularization was applied to ST segment non-elevated- SCS patients for decrease of progressing myocardial ischemia and MI, and elimination of death events.

Daxil olub: 29.09.2016

XRONİKA-ХРОНИКА

MİLLİ ELMDƏ İNNOVASİON SİYASƏTİN FORMALAŞMASINA DAİR

M.N. Vəliyeva, S.A.Atakişizadə
Azərbayca Tibb Universiteti, əczaçılıq texnologiyası və idarəçiliyi kafedrası.

Müstəqil, demokratik, hüquqi Azərbaycan Respublikasının milli elmləri özünəməxsus formada inkişaf edir. Sevindirici haldır ki, 14 iyun 2016-cı ildə "Azərbaycan Respublikasının Elm haqqında " qanunu qəbul olunub və bu qanun ölkəmizdə inkişafda olan bütün sahələri əhatə edir. Dövlət elmi innovasiya fəaliyyətini həyata keçirən bütün müəssisə və təşkilatlar üçün bərabər şərait yaradaraq onların fəaliyyətini stimullaşdırır.

Məqsədimiz Azərbaycan Respublikasinin Elm haqqında qanununun innovasion siyasətinin təhlilidir.

Qanundan irəli gələn elmi innovasiya sahəsində dövlət siyasətinin əsas istiqamətləri belə reallaşdırılır: dövlət innovasiya sisteminin formalaşdırılması və onun inkişafının strateji istiqamətlərinin müəyyən edilməsi; innovasiya layihələrinin maliyyələşdirilməsi, investisiyaların cəlb edilməsi və təşviqi üzrə əlverişli şəraitin yaradılması və müvafiq təşkilati işlərin görülməsi; elmi innovasiya subyektlərinin – inteqrativ elm, təhsil və sahibkarlıq mərkəzlərinin (zonaların), texnopolislərin, elmi texnologiya parklarının, texnoloji inkubatorların, innovasiya fondlarının, innovasiyalar üzrə məlumat informasiya bankının yaradılması və inkişaf etdirilməsi; rəqabətqabiliyyətli, yüksək texnologiyalara əsaslanan istehsal sahələrinin yaradılmasında iştirak etməklə, zəmanətli satış bazarlarının təmin edilməsi və xarici bazarlara çıxışının həvəsləndirilməsi və himayə edilməsi; inkişaf etmiş ölkələrin biliklərə əsaslanan, innovativ xarakterli inkişaf təcrübəsi və problemlərinin öyrənilməsi, ölkənin inkişaf strategiyasının hazırlanmasında və reallaşdırılmasında onlardan istifadə edilməsi. Elm, təhsil və iqtisadiyyatın inteqrasiyası elmin təhsil sahəsi və innovasiyayönümlü istehsalat mühiti ilə vəhdətinin təmin edilməsi məqsədilə həyata keçirilir. Ölkə ərazisində fəaliyyət göstərən elmi müəssisələrin və təşkilatların, ali təhsil müəssisələrinin elmtutumlu istehsal sahələri və sahibkarlığın birləşməsi əsasında klasterlərin, xüsusi zonaların, texnopolislərin yaradılması; elmi müəssisə və təşkilatların ali təhsil müəssisələri ilə birgə elm-tədqiqat mərkəzlərinin, kafedraların, laboratoriyaların, elmi texnologiya parklarının, texnoinkubatorların və tədris klinikalarının yaradılması.Elmi müəssisə və təşkilatlar və ali təhsil müəssisələri sifarişlər əsasında birgə elmi tədqiqatlar aparmaq, layihə və proqramlar hazırlamaq, məsləhət və bu Qanuna uyğun olaraq digər xidmətlər göstərmək hüququna malikdir.Elmi və elmi-texniki fəaliyyətin maliyyələşdirilməsi elmi müəssisə və təşkilatların beynəlxalq təşkilatlardan, maliyyə qurumlarından və fondlardan müqavilə, müsabiqə və qrantlar əsasında cəlb etdikləri, həmçinin elmi məhsul və xidmətlərin satışından daxil olan vəsaitlər hesabına da həyata keçirilə bilər. Elmi və elmi-texniki fəaliyyətin subyektləri ilə müvafiq icra hakimiyyəti orqanları, aidiyyəti qurumlar arasında elmi və elmi-texniki layihə, qrant və ya proqramların reallaşdırılması üzrə münasibətlər müqavilə əsasında tənzimlənir və bu müqavilələrin icra müddəti üç ildən çox olmamalıdır. Azərbaycan Respublikasının tərəfdar çıxdığı beynəlxalq müqavilələrdən irəli gələrək, beynəlxalq və sahələrarası müqavilələr əsasında formalaşan və həyata keçirilən məqsədli elmi proqramların maliyyələşdirilməsi iştirak qaydasında və tərəflər üçün nəzərdə tutulan pay bölgüsünə uyğun olaraq həyata keçirilir. Qanunda xüsusi diqqət elmdə innovasiya və sahibkarlıq fəaliyyətinə ayrılmışdır, çünki, bazar münasibətləri şəraitində elmin innovasiyası sahibkarlıq fəaliyyəti ilə birgə inkişaf etməlidir. Elmi müəssisələrin və ali təhsil müəssisələrinin elmi qurumları iqtisadi və sosial səmərə əldə etmək məqsədi ilə elmi tədqiqat və təcrübə-konstruktor işləri hesabına və onların nəticələrinin tətbiqi əsasında yeni və ya təkmilləşdirilmiş məhsullar əldə etmək, texnoloji prosesləri yenidən qurmaq və istiqamətləndirmək- innovasiya fəaliyyəti ilə məşğul olmaq hüququna malikdirlər.Elmi müəssisələrin və ali təhsil müəssisələrinin elmi işçilərinin və mütəxəssislərinin innovasiya fəaliyyətinin nəticələri elmi ekspertizadan keçirilir və innovasiya fəaliyyətinin daşıyıcısı olan şəxs stimullaşdırılır. Elmi müəssisələrin innovasiya fəaliyyəti ölkədə elmlə istehsalat sahələrinin, elmi işçilərlə sahibkarlıq subyektlərinin əlaqələrinin möhkəmləndirilməsinə və elm tutumlu layihələrin işlənib hazırlanmasına, rəqabət qabiliyyətli elmi-texnoloji inkişafın təmin olunmasına xidmət edir. Dövlət elmi müəssisələrin və təşkilatların innovasiya və istehsal fəaliyyətinin genişləndirilməsi məqsədilə yerli və xarici investisiyaların cəlb edilməsinə əlverişli şərait yaradır.Elmi müəssisələrin və ali təhsil müəssisələrinin elmi işçiləri və mütəxəssisləri ölkə daxilində və xarici ölkələrdə elmi innovasiya və elmi fəaliyyət məqsədli sahibkarlıq fəaliyyəti ilə məşğul olmaq hüququna malikdirlər.Elmi müəssisələrdə və ali təhsil müəssisələrində ölkədə rəqabət qabiliyyətli inkişafın formalaşdırılması məqsədilə innovasiya

təşəbbüsləri əsasında yüksək texnologiyalara əsaslanan təcrübə-sınaq xarakterli sənaye müəssisələri, təsərrüfat sahələri, alternativ enerji stansiyaları, elmi-informasiya, texnoloji və ekspertiza mərkəzləri yaradıla bilər. Elmi işçilər elmi informasiya, innovasiya və elmi ekspertiza xidməti ilə məşğul olurlar.

Beləliklə elm haqqında milli qanunumuzun təhlili göstərir ki, ölkəmizin iqtisadiyyatı sürətlə inkişaf edir, elmin müxtəlif sahələrinə imkan yaradır ki, innovativ siyasətlə geniş miqyaslı elmi araşdırmalar aparıb ölkəmizin daimi inkişaf strategiyasının hazırlanmasında və reallaşdırılmasında onlardan istifadə edib innovasiya yönümlü yenilikləri həyata keçirsin.

Daxil olub: 11.09.2016

MÜNDƏRİCAT

İCMALLAR- ОБЗОРЫ

Sərbəst radikal oksidləşmənin qaraciyərin diffuz xəstəliklərinin inkişafında rolu
A.Y.Məhəmmədli, A.E.Dadaşova, N.O.Qüdrətov.....3
Принципы ремоделирования сосудов при различных патологических состояниях
Я.З.Курбанов, Р.А.Рзаева, М.Р.Аббасова, Н.В.Зейналова.....8
Onurğa-çanaq birləşməsinin fiziologiyası klinik əhəmiyyəti və ona təsir edən amillər
K.E.Eyvazov, R.R.Əliyev, F.E.Eyvazov.....12
Современные подходы к терапии эктопии шейки матки
Н.А.Меликкасумова.....18
Состояние иммунной системы при офтальмогерпесах и возможности медикаментозной коррекции инфекции
Г.Ч. Джавадова, Т.А. Эйвазов, Г.А. Гусейнова, Р.Э.Джафарова 24
Diabet mənşəli qlomerulopatiyanin bəzi patobiokimyəvi xüsusiyyətləri
N.F.Lətifova 29
18-f fluorocholine (18-fch) PET-CT could identify the source of biochemically recurrent prostate cancer with minimal elevation of Psa
F.Guliyev, F.Novruzov, E.Mehdi…….33

ORİJİNAL MƏQALƏLƏR-ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Gözün evisserasiya və enukleasiyasinin səbəblərindən asılı tibbi-sosial ağırlığı
Q.M.İsmayılov.....37
Qadın cinsiyyət orqanlarının sallanması fonunda metabolik sindromun yayılması
M.Ş.Əsgərova 41
Təşviş-qorxu pozuntuları müxtəlif səviyyələrdə olan parodont xəstəlikləri müşahidə olunan pasiyentlərin ağız suyunda kortizol hormonu və iltihablı zülalların tədqiqi
O.S.Seyidbəyov, A.R.Əliyev, G.K.Haciyeva.....45
Lyambliozun fonunda uşaqlarda xronik hepatitin gedişinin klinik-laborator qanunauyğunluqları
T.İ.Axundova.....48
Düz bağırsağın bəd xassəli törəmələrində icra edilmiş ön və aşağı ön rezeksiya əməliyyatları zamanı qoyulmuş stomalarla bağlı meydana çıxan ağırlaşmalar
E.H. Əzimov.....51
Endoskopik polipektomiyalar. erkən və gecikmiş ağırlaşmalar
A.K. Səfiyeva.....56
2-ci tip şəkərli diabet və ürək-damar xəstəliklərinin klinik-epidemioloji tədqiqatın nəticələri
S.X. Mehdiyev, İ.İ. Mustafayev, M.N.Məmmədov.....59
Hedysarum cinsinə aid bitkilərin fitokimyəvi tədqiqi və tibbdə istifadə perspektivləri
C.İ. İsayev, N.T.Babayeva.....65
Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: современные подходы
Э.М.Абиева, З.И.Гасымов, Л.И.Абасова.....73
Tələbələrdə siqaretçəkmənin stomatoloji statusa təsirlərinin öyrənilməsi
C.A.Səfərov.....78
Müalicə-profilaktika müəssisələrinin LOR-şöbələrində infeksion ağırlaşmaların profilaktikası sisteminin təkmilləşdirilməsi
C.L. Qasımov, Ş.R.İbrahimov 82
Клинико-лабораторные аспекты биосовместимости стоматологических базисных полимеров
Л.Б. Акперли, Н.А. Гурская, Г.М.Архмамедова.....86
Xronik ürək çatışmazlığı olan xəstələrdə diuretik müalicənin xüsusiyyələri
K.R. Alıyeva, A.B. Baxşəliyev, S.M.Qəhrəmanova.....91
Nematodozlarin bağırsaq mərhələsinin klinik-laborator xarakteristikası
X.N.Xələfli.....96
Qastrointestinal sistemin alt hissəsinə aid olan şikayətlər zamanı kolonoskopıyanın və histo-morfoloji müayinənin diaqnostik əhəmiyyəti
N.Z.Süleyman, Y.Z. Qurbanov, Z.M. Süleymanov 101
Lənkəran iqtisadi rayonunda xroniki böyrək çatışmazlığının yayılması və strukturu
R.A.Ramazanov 104
Geniş yayılmış nematodozların və lyambliozun hamiləliyin gedişinə təsiri
F.M.Babaşova 108

Распространение малярии в Азербайджанской Республике и зарубежных странах
Н.Дж. Намазов, Ф.Г.Гусейнова.....112
Müxtəlif fiziki metodların laparoskopik xolesistektomiyadan sonrakı erkən dövrün gedişinə təsirinin qiymətləndirilməsi
A.M.Məmmədov.....116
Saçların tökülməsi əleyhinə müalicəvi-kosmetik şampunun alınma texnologiyasının işlənib hazırlanması
M.N. Vəliyeva, S.C. Mehralıyeva, B.S.Məmmədov.....123
Orta əsr şərq alimlərinin Latın dilinə tərcümə edilmiş əsərləri
E.M.Hacıyeva, İ.R.Cahangirov.....129
Ağciyər xərçənginin diaqnostikasında ultrasəs müayinəsinin imkanları
A.Y.Mehtiyeva.....134
Qalxanabənzər vəzi xəstəlikləri və ürəyin işemik xəstəliyi arasında funksional əlaqə və bu xəstələrdə koronar angioqrafiyanın rolu
A.B. Baxşəliyev, B.N. Əliyev, V.N. Qəndilova.....137
Müasir səhiyyə və əczaçılıq sektorunda aparılan islahatlar haqqında
V.A.Məhərrəmov, S.H.Məhərrəmova.....141
Fitohepatoprotektor vasitənin texnologiyasının işlənib hazırlanması
M.N. Vəliyeva, S.A. Atakişizadə, U.H.Aşurbəyova.....144
Miokardin erkən repolyarizasiyası sindromu olan məktəb yaşlı uşaqlarda miokardın diastolik funksiyasının xüsusiyyətləri
Z.K.Rəhmanov, B.M.Xəlilova, E.V.Qədimova, G.A.Qafarlı.....146
Современные конструкции в стоматологическом протезирования нефтяников, работающих в условиях повышенного радиационного фона
Т.Г. Махмудов, Л.Т. Мурадова, А.И.Тагиев.....149
Bakterial və virus mənşəli meningitlərin kliniki-mikrobioloji xüsusiyyətlərinin əhəmiyyəti
A.C.Orucova.....151
Qarın boşluğnun ön divarının deformasiyasının cərrahi korreksiyası
B.A.Ağayev, D.M. Məhərramov.....155
Ph-neqativ xroniki mieloproliferativ xəstəliklərin diaqnostikasına müasir yanaşmalar
Ç.D.Əsədov, A.B.Həsənova, E.M.Qurbanova, N.N.Zamanova, N.A.Qurbanova.....161
Plastik əməliyyat üçün müraciət edənlərdə B viruslu hepatitin aşkar edilmə nəticələri
R.H.Həsənli.....167
Qan zərdabinda ALT səviyyəsi, HCV RNT və anti-HCV arasında əlaqə
Yavər Hacisoy, A.Qurbanov.....169
Reproduktiv yaşlı qadınlarda uşaqlıq boynunun papillomavirus infeksiyasının monitorinqi
R.İ.Səfərova.....173
Qalxanabənzər vəzin düyünlü törəmələrinin ultrasəs elastoqrafiya müayinəsi
B.Ə.Baxşiyev, L.Z.Ağabəyli, F.Z.İsmayılova.....176
Hamilə qadınlarda bronxial astmanın klinik gediş xüsusiyyətləri və müalicə prinsipləri
L.C.Məmmədova, A.Ə.Qocayeva, X.P.Zeynalova.....181
Использование малоинвазивных технологий в лечение и профилактике кровотечений из варикозно расширенных вен желудка
А.Я.Мамедов.....184
Качество жизни пациентов после коррекции коарктации аорты
Ю.С. Синельников, И.А. Сойнов, И.А. Корнилов, Э.Н. Гасанов, А.В. Горбатых, Н.Р. Ничай, С.М. Иванцов, Е.А. Орехова.....189
Tələbələrin xəstələnməsinin müasir səciyyələri
Z.V.Tağıyeva.....193
Ürəyin kiçik inkişaf anomaliyası olan uşaqlarlarda fiziki inkişafin multifaktorlu qiymətləndirilməsi
İ.İ.İsayev, M.M. Fətəliyeva, G.A.Qafarlı, A.İ.Mustafayeva.....197
Sistem eritematoz qurdeşənəyi zamanı yumşaq, sərt və sümük toxumalarinda dəyişikliklərin morfoloji xarakteristikası
J.H.Zeynalova.....201
Возможное применение рекомбинантных препаратов в терапевтической клинике.
О.А. Кулиев, Ф.Х. Ахмедов, Ф.Р. Гусейнова, Г.И. Бахшалиева.....205
Показатели калия, неорганического фосфора, кальция и натрия в смешенной слюне пациентов с гальвонозом полости рта
Н.В. Кулиев, Ф.Ф. Гасанов, С.Н. Курбанов, А.В.Оруджов.....208
Nefronqoruyucu cərrahiyyə: üstünlüklər, uğurlar, qüsurlar və mübahisəli məsələlər
S.B. İmamverdiyev, S.B.Mehtiyev.....212

Qeyri-spesifik xoralı kolitin etiopatogenezi, diaqnostikası və müalicəsinin öyrənilməsində perspektivli yeni istiqamətlər
K.A. Əliyeva, M.M. Məmmədov, X.N. Musayev, N.C.İmanova, N.A. Məmmədova, A.M.Əliyeva.....218
Показатели заболеваемости и смертности от рака тела матки в г.Баку за 2016 год
Ф.А.Марданлы, С.И.Сафарова, Ф.К.Алиева, Е.Р.Джафарова.....224
Определение активности нейтрофильной эластазы при обострении хронической обструктивной болезни легких кандидо- бактериальной этиологии
Р.С.Байрамова.....226
Узловой зоб и послеоперационный гипотиреоз
Ф.Х. Саидова, Р.Г.Гусейнов, О.М.Шахсуваров, Л.И.Ахмедова, Ж.Б.Асланова.....229
Обоснование лечения миомы матки препаратом «улипристал ацетат» по данным допплерометрического исследования
И.А.Гаджиева.....232
Sidik yolları infeksiyaları olan uşaqlarda azot oksidin dəyişikliklərinin xüsusiyyətləri
S.N. Musayev, L.Ə.Hüseynova.....236
Askaridozun müalicəsində albendazolun və mebendazolun müqayisəli effektliyi
S.K. Rəfiyeva, A.K. Cəfərov, R.R. Məmmədova, Z.İ.Məmmədova.....239
мёртворождаемость в шекинском перинатальном центре
и факторы её риска
С.Н.Мамедова.....242
Yenidoğulmuşlarda mərkəzi sinir sisteminin zədələnməsinin antenatal və intranatal faktorları
N.Ə.Rzayeva.....247
Metabolik sindromu olan xəstələrdə kəskin koronar sindrom zamani riskin sinifləndirilməsi və müalicə strategiyasi
R.İ.Cəfərov…….……251

XRONİKA-ХРОНИКА

Milli elmdə innovasion siyasətin formalaşmasina dair
M.N. Vəliyeva, S.A.Atakişizadə.....260